

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

APORTACIONES TEORICAS E INSTRUMENTALES

Epoca II, Volumen XXIII - 1er. trimestre 2012



89



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 XXIII - Nº 89 - 1er. trimestre 2012

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

EDITORIAL	3
LA PERSPECTIVA NARRATIVA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA	5
Adrián Montesano	
ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO RECIBIDO (CRES-4): LA VERSIÓN EN ESPAÑOL.....	51
Feixas, G.; Pucurull, O.; Roca, C.; Paz, C.; García-Grau, E. y Bados, A.	
EL NARCISISMO Y SUS MODALIDADES	59
Manuel Villegas y Pilar Mallor	
LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CORE-OM: <i>Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure ..</i>	109
Guillem Feixas, Chris Evans, Adriana Trujillo, Luis Ángel Saúl, Lluís Botella, Sergi Corbella, Esther González, Arturo Bados, Eugeni Garcia-Grau y M. Angeles López-González	

EDITORIAL

El presente número recoge algunas aportaciones de carácter teórico e instrumental que pueden ayudar a actualizar conocimientos y evaluar prácticas. De ahí el carácter genérico con que lo hemos titulado “Aportaciones teóricas e instrumentales”. No se trata pues exactamente de una monografía, sino de un conjunto de artículos que por su longitud precisaban de un espacio suficiente que difícilmente les podía otorgar el formato habitual de la monografía. Esperamos que el lector pueda apreciar su utilidad.

El primero de los textos de Adrián Montesano, titulado “La perspectiva narrativa en terapia familiar sistémica”, pasa revista a las principales intervenciones basadas en el paradigma narrativo en el contexto del modelo sistémico. En primer lugar considera la evolución del modelo sistémico para describir la manera en que este proceso acompaña el desarrollo de la óptica narrativa. En segundo lugar, se pone la atención en la descripción del modelo de terapia narrativa de Michael White y el procedimiento de externalización, deteniéndose especialmente en los principales pasos del proceso terapéutico e ilustrando cada fase con ejemplos clínicos con el objeto de dar al lector una visión detallada de las intervenciones narrativas al uso. Un último apartado está dedicado a reseñar la afinidad entre la teoría de constructos personales y las intervenciones narrativas destacando su relevancia para el futuro desarrollo del modelo sistémico.

La satisfacción de consumidores y usuarios con los productos y servicios es un tema que en los últimos años ha ido adquiriendo cada vez más importancia hasta alcanzar también el campo de la psicoterapia. En este trabajo, fruto de la colaboración del equipo formado por Feixas, Pucurull, Roca, Paz, García-Grau, y Bados, se presenta la adaptación al español de la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4). Compuesta por cuatro ítems y fue creada para evaluar el grado de satisfacción del cliente con la terapia recibida, el grado en que considera que su problema principal se ha resuelto y el cambio percibido en su estado emocional del pretratamiento al postratamiento. La puntuación global pretende reflejar la eficacia del tratamiento según el paciente (Nielsen et al., 2004). Los estudios realizados hasta la fecha con este instrumento sugieren que la CRES-4 puede ser un buen instrumento complementario, especialmente si se quiere evaluar la satisfacción con la psicoterapia.

En el artículo, titulado “El narcisismo y sus modalidades” Manuel Villegas y Pilar Mallor presentan una visión constructivista del narcisismo, concebido como un déficit de descentramiento en el proceso de diferenciación del yo. La

función asimilativa del egocentrismo se considera la causa de la ausencia de empatía típica del narcisismo, así como de la fijación exclusiva en la propia imagen. La perspectiva genético estructural permite un desarrollo del concepto al margen de la visión psicoanalítica tradicional. Las modalidades que puede adoptar el narcisismo se subdividen en tres tipos denominados aristocrático, meritocrático y plutocrático en función de la mayor o menor incidencia del riesgo de invalidación

El equipo interuniversitario de investigación formado por Guillem Feixas, Chris Evans, Adriana Trujillo, Luis Ángel Saúl, Lluís Botella, Sergi Corbella, Esther González, Arturo Bados, Eugeni Garcia-Grau y M. Angeles López-González, presenta la versión en español del Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM), un instrumento creado por el Core System Group para la evaluación del cambio terapéutico. El CORE-OM es un cuestionario que evalúa el malestar psicológico a partir de cuatro dimensiones: Bienestar subjetivo, Problemas/Síntomas, Funcionamiento general y Riesgo. Se describe el cuestionario y se exponen los estudios psicométricos realizados, los cuales indican que el instrumento posee un nivel de validez y fiabilidad adecuadas, así como una excelente aceptación y sensibilidad al cambio terapéutico.

Nota Editorial:

La “Revista de Psicoterapia” está llevando a cabo, por motivos de economía ecológica y de mayor alcance en su difusión, un esfuerzo de adaptación a las nuevas formas de edición electrónica que están suplantando gradualmente las más tradicionales basadas en el papel impreso. Este esfuerzo ya ha conseguido sus primeros frutos en la edición electrónica que todos nuestros suscriptores pueden consultar a través de nuestro web. La idea es ir hacia la total sustitución de una por la otra en los próximos años, durante los cuales todavía coexistirán ambos formatos. A su vez se trabaja en la adecuación de los criterios de edición a los requisitos de homologación para las revistas de su especialidad, cuyos resultados esperamos poder ofrecer próximamente. Todo ello nos ha llevado a sufrir retrasos en la entrega de los últimos números, que esperamos subsanar a la mayor brevedad.

Agradecemos vuestra atención y confianza.

La dirección

LA PERSPECTIVA NARRATIVA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

Adrián Montesano

Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics.

Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona.

adrianmontesano@ub.edu

In this article we review the main interventions based on the narrative paradigm in the context of the systemic model. Firstly, we briefly recapitulate, at the risk of being overly simplistic, the evolution of family therapy describing how this process accompanies the development of narrative practice. Second, we focus on the description of Michael White's narrative therapy and his externalization procedure detailing every stage of the therapeutic process with clinical examples in order to give the reader a detailed view of common narrative interventions. A final section is allocated to describe the affinity between personal construct theory and narrative therapy highlighting its fruitfulness for the evolution of the systemic model.

Keywords: family therapy, narrative therapy, externalization, personal constructs, integration in psychotherapy

INTRODUCCIÓN

Antes de empezar creemos necesario hacer una breve aclaración acerca del apelativo *narrativa* al hablar sobre psicoterapia. Por terapia narrativa (TN) no se entiende un tipo particular de terapia con un procedimiento estándar y una metodología precisa y contrastada. Por el contrario, distintos modelos de intervención familiar e individual han incorporado la idea de la terapia como una actividad narrativa. Cada uno de ellos ha llegado a esta idea por diferentes caminos y ha aportado matices diferentes a la noción de terapia como un contexto de regulación intersubjetivo de narraciones. Todos ellos, independientemente de las técnicas que utilicen, tienen en común la visión del humano como un ser que busca el sentido de su experiencia a través de compartir historias acerca de quién es y quién no es, que piensa y que no piensa, que siente o no siente, que hace o deja de hacer. La evolución de las distintas escuelas hacia la perspectiva narrativa es tributaria de la evolución del pensamiento en las ciencias en general y guarda, a su vez, reverberaciones con

premisas constructivistas presentes en textos de la filosofía subjetivista. En nuestra opinión, la visión narrativa se enmarca dentro de la meta-teoría constructivista que concibe al ser humano como un *sujeto epistemológico* y postula que el conocimiento es un marco interpretativo y no el descubrimiento de la verdad (véase Feixas y Villegas, 2000 para una revisión). En el campo de la psicoterapia, es el modelo sistémico quien preconiza el desarrollo de una óptica narrativa de la práctica terapéutica pero en la actualidad son prácticamente incontables los modelos clínicos de diferentes orientaciones que han incorporado la narrativa en sus formulaciones teóricas. Una muestra significativa de ello es que en el congreso de la Society for Psychotherapy Research del 2012 había un bloque diario especialmente reservado para las presentaciones acerca de psicoterapia y narratividad.

1. La evolución del modelo sistémico

A lo largo de las 6 décadas de su existencia la terapia familiar sistémica ha evolucionado de diferentes maneras. Uno de los desarrollos más notables de su maduración consiste en la incorporación de la epistemología constructivista en las formulaciones teóricas de muchos de sus representantes más significativos (por ejemplo, Bateson, 1972, 1979; Boscolo, Cecchin, Hoffman, Penn, 1987; Sluzki, 1992, 1996, 2012; Watzlawick, 1984). Como acabamos de señalar, el planteamiento básico del constructivismo radica en que el cómo se conoce determina lo que se conoce y por tanto el conocimiento del mundo es una construcción consensuada, un marco interpretativo compartido que, por el momento, resulta el más viable para explicar la realidad, lo cual tiene insalvables implicaciones para la práctica clínica. Se reconoce que Kelly (1955/1991) es el pionero del constructivismo en psicoterapia y Watzlawick es quien lo introduce en el modelo sistémico (véase Feixas y Villegas, 2000; para una revisión).

Tras su gestación, los primeros pasos en terapia familiar se encaminan hacia el estudio del plano pragmático de la comunicación, es decir, hacia las secuencias interaccionales de conductas y su relación con la sintomatología. Los terapeutas sistémicos, influidos por la Teoría General de Sistemas y la Cibernética y motivados en parte por la ruptura con otros modelos antecesores (e.g. psicoanálisis) que contaban con una larga tradición en la aproximación intrapsíquica, rehúsan del estudio de los procesos mentales internos implicados en la experiencia relacional. Asumen que los problemas psicopatológicos derivan del modo en que las personas interactúan dentro del sistema familiar. La terapia, por tanto, se circunscribe a las interacciones, las conductas observables que se producen entre personas que pertenecen a un contexto determinado. Así, se busca el cambio a través de intervenciones terapéuticas cuidadosamente planificadas sobre la dinámica de la familia, alejándose, intencionadamente, de la terapia basada en el insight. La pregunta de “por qué” se sustituye por la de “para qué”. Sin duda, en la década de los 60 estos planteamientos suponen una auténtica renovación del ejercicio de la

terapia y dan luz a aquellos terapeutas insatisfechos con los modelos predominantes de la época.

Las siguientes generaciones de terapeutas familiares, sin embargo, conceden mayor importancia a la exploración del significado, el discurso narrativo y los procesos de cambio ligados a la identidad. Aunque los propios autores comunicacionalistas de Palo Alto de la denominada etapa pragmática, también podrían ser entendidos desde la perspectiva posmoderna. La obra de Watzlawick es un claro ejemplo de ello, en este sentido no puede ser más revelador el título de uno de sus libros fundamentales *¿Es real la realidad?* (1979). En cualquier caso, aunque la evolución constructivista no es lineal ni aglutina al conjunto de las propuestas teóricas surgidas, gran parte de los terapeutas sistémicos (sobre todo en EE.UU y el norte de Europa) cambian su foco de interés hacia los procesos mentales relegados antaño a la caja negra. Así la definición de terapia evoluciona y se concibe como un proceso epistemológico en el que la (re)construcción del conocimiento en un contexto relacional constituye el eje del cambio.

Desde este punto de vista renovado, el síntoma ya no se considera solamente como una expresión de la estructura y los patrones de interacción familiar sino que además se atribuye un papel crucial a la *mitología* familiar, entendida como una red de narrativas compartidas que alberga las creencias, afectos, legados, rituales y polaridades semánticas respecto a los cuales cada miembro es a su vez agente (contribuye a su construcción) y receptor (se posiciona y es influido por ellas; e.g. Dallos, 1996, 2006; Linares, 1996; Linares y Campo, 2000; Ugazio, 1998). La metáfora sobre los circuitos cibernéticos de feedback es transcendida y surge el interés sobre los circuitos intersubjetivos de diálogo y co-construcción. En palabras de Sluzki (1996) quienes maniobran con una visión cibernética más ortodoxa, operan bajo el supuesto de que “los problemas son comportamientos que forman parte de secuencias de procesos interpersonales que contribuyen a mantenerlos (...) los problemas estructurales (...) de la familia y del entorno social significativo constituyen el problema” (pág. 143). Mientras que los clínicos influidos por el nuevo salto epistemológico operan bajo el supuesto de que:

“el problema reside en la **descripción** del problema, y que, consecuentemente, el cambio consiste en describir los problemas de manera diferente, generando diferentes acuerdos y diferentes consecuencias. El foco de atención ya no es el individuo, o la familia, o la red como tal, sino las historias alojadas en el espacio virtual de la conversación entre personas, es decir, la narrativa, esa historia que se despliega, en el caso de las terapias, como respuesta a la pregunta ¿Qué los trae por aquí? o ¿A qué atribuyen este problema?” (pág. 145).

Esta nueva tendencia se caracteriza por un interés creciente en la construcción social del conocimiento y la realidad. Hoffman (1985, 1988), como ya anunciamos en otro lugar (Feixas, Muñoz, Compañ, Montesano, 2012), define este cambio

como un *movimiento pendular* puesto que estas premisas epistemológicas ya están en las formulaciones originales sobre el modelo ecológico de la mente de Bateson, quien impulsa definitivamente el nacimiento del modelo sistémico. Botella y Figueras (2006) señalan como muestra significativa de esta pendularidad el monográfico de *Family Process* del año 1982 (la revista más importante del modelo sistémico) que apela a la necesidad de una revisión epistemológica que reinterprete la postura constructivista de la obra de Bateson.

En aquel momento, el estudio de la intersubjetividad y los procesos de construcción del significado implicados en la experiencia relacional cobran vital importancia. La influencia también decisiva de la cibernética de segundo orden (Von Foester, 1981) descarta la idea de una aproximación objetivista, libre de influencias, del terapeuta en el contexto clínico. Se cuestiona la noción de autoridad del terapeuta. Este, es incluido como una voz más dentro de la red de discursos ligados al problema. Lo observado no es independiente del observador. Una premisa sencilla que exige la emergencia de modelos que contemplen el estudio de la complejidad, la pluralidad y la multidimensionalidad en la teorización sobre el ser humano y las relaciones entre los individuos de un sistema. El trabajo de Andersen (1991) sobre el equipo reflexivo es un punto de referencia fundamental de esta línea evolutiva al incorporar al espacio terapéutico una multiplicidad reverberante de visiones. Muchos otros autores desarrollan su trabajo bajo el influjo de la nueva forma de entender el cambio del modelo sistémico desarrollando recursos conversacionales de gran trascendencia (e.g. Anderson y Goolishian, 1988, 1990). De especial interés en el plano conversacional es el desarrollo de la entrevista circular del grupo de Milán (e.g. Tomm, 1985) por su precisa forma de dibujar secuencias interaccionales coloreadas de matices de significado relacional.

La conversación entre los interlocutores del contexto terapéutico (y también el extra-terapéutico) adquiere suma importancia, se enriquece con el uso de nuevas metáforas de cambio dotando el flujo conversacional de una carga significativa de connotaciones semánticas. El lenguaje adquiere un protagonismo insólito y se le confiere un *poder constitutivo*. Muchas de las propuestas teóricas subscriben la idea de que es en el lenguaje donde reside el centro de poder. A través de él puede generarse un contexto de libertad en el que proyectar futuros alternativos, explorar bifurcaciones y sus implicaciones, y multiplicar las posibilidades vitales de las personas y familias que consultan por un problema. Las posturas más radicales cuestionan incluso la noción de “sistema” al que definen como un subproducto del poder constitutivo del lenguaje. Es en este punto que el foco sobre la narrativa y los procesos de construcción de significado, vehiculizados por el lenguaje y la interacción social, así como la concepción del terapeuta como un co-constructor de alternativas liberadoras, aúna las posturas de una parte significativa de los representantes del modelo sistémico de finales de la década de los ochenta y principio de los noventa.

El contexto social en estos años está marcado por la caída del muro de Berlín y el triunfo de la economía neoliberal basada en el mercado y el capital. A su vez, el desarrollo tecnológico y la globalización modifican radicalmente la forma en que las personas se comunican y se relacionan. La psicología clínica, movida por los acontecimientos socio-económicos, sufre lo que algunos autores han denominado la fiscalización de la psicoterapia (Beyebach y Herrero de Vega, 2006). Las principales aseguradoras de EEUU redefinen las condiciones contextuales y económicas de la praxis terapéutica. Los terapeutas se ven abocados a reformular las bases de sus modelos. Ya no pueden tomar decisiones libremente acerca de las características idóneas de sus intervenciones y se ven obligados a modificar, para garantizar su continuidad, el setting terapéutico y a demostrar la eficacia de la terapia no tanto en términos clínicos sino más bien bajo las exigencias del balance coste-beneficio, tan próximo a la postura positivista. Hecho que, desafortunadamente, contribuye flagrantemente a intensificar la guerra entre modelos. Aunque como señalan Beyebach y Herrero de la Vega (2006), a pesar de la restricción de libertad que supone la fiscalización de la psicoterapia, hay que reconocer que genera algunos cambios positivos, como la reducción del tiempo de los tratamientos y el estudio riguroso de los métodos psicoterapéuticos y sus componentes. No obstante, estas exigencias presionan a los terapeutas y gestores de dispositivos de asistencia clínica a inclinar la balanza hacia el paradigma positivista preponderante en el modo de vida occidental. Los clínicos de modelos afines a este paradigma, como el conductista o los “objetivistas”, ven en este momento la oportunidad para desarrollar su supremacía frente a otros modelos que ven como apremiante su necesidad de renovarse.

Aunque los acontecimientos socioeconómicos favorecen el positivismo, la semilla del cambio epistemológico ya está dando, irrevocablemente, sus frutos en el panorama intelectual de las ciencias duras como la física, la química o las matemáticas y también, aunque con cierto retraso, en las ciencias sociales y las artes. En esta época acontece el llamado giro constructivista en el ámbito de la psicoterapia (Feixas y Villegas, 2000; Villegas y Pacheco, 2006) y es en el impulso de este salto epistemológico que algunos sistémicos empiezan a trabajar utilizando intervenciones narrativas. Así, junto con otros psicólogos y psicoterapeutas cognitivos influidos también por el movimiento constructivista y el construccionismo social, l empiezan a dar forma a la óptica narrativa en psicoterapia. Nótese que no se trata de un incremento del arsenal técnico disponible, sino que bajo el influjo del pensamiento posmodernista cambia la unidad psicológica objeto de evaluación y tratamiento. Tanto las aportaciones de los autores más teóricos (Hoffman, 1985, 1988; Tomm, 1985) como aquellas realizadas por los autores de vertiente más clínica (Sluzki, 1983, 1985) convergen en la necesidad de un giro hacia lo narrativo, lo discursivo. Desde ese momento, el concepto de narrativa en psicoterapia tiene una difusión extraordinaria, se aplica a una multitud de contextos y se diseñan una

gran cantidad de intervenciones y técnicas específicas. La obra de Carlos Sluzki (e.g. 1992) y la de Michael White (e.g. White, 1991; White y Epston, 1990) se convierten en textos de referencia puesto que gozan de una gran repercusión a nivel mundial y sirven de inspiración para muchos autores posteriores que han hecho aportaciones al paradigma narrativo.

En efecto, es en la década de los noventa que las terapias centradas en las narrativas empiezan a imponerse y extenderse rápidamente. La influencia del construccionismo social propuesto por Gergen (1985) en los terapeutas sistémicos inspira la creación de modelos basados en la metáfora del texto. El impacto de este enfoque es recogido por Bertrando y Toffanetti (2004) cuando señalan que, en 1996, Peter Steinglass, director editorial de la revista *Family Process* afirma: “Las aproximaciones narrativas de la terapia familiar han capturado la imaginación y el interés en nuestro campo, lo que se refleja en el hecho de que los escritos sobre estos temas constituyen el grupo más consistente de los artículos publicados en nuestra revista en este periodo” (pág. 403).

Las ideas del enfoque narrativo son utilizadas por autores provenientes de tradiciones diversas como la estratégica (Eron y Lund, 1996), la terapia familiar y de pareja (Sluzki, 1992; Zimmerman y Dickerson, 1994; Penn y Frankfurt, 1994; Papp e Imber-Black, 1996), la consultoría familiar en medicina general (Weingarten, Weingarten y Worten, 1997), la medicina narrativa (Greenhallgh y Hurwitz, 1998) la investigación sobre la intervención terapéutica (Dallos, 2006; Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos y Santos, 2011; Kogan y Gale, 1997) o incluso las relaciones públicas (Vasquez, 1993). No obstante, las reacciones ante tales acontecimientos están cargadas de contrastes en el campo de la terapia familiar. Los más ortodoxos apuestan por continuar con las intervenciones típicas sobre el sistema desde el punto de vista de la cibernética de primer orden. Otros son partidarios de la integración de los conceptos sugeridos por los narrativos con las formas más tradicionales de terapia familiar y piensan que esta postura supone un enriquecimiento mutuo y un incremento de la capacidad heurística de la práctica terapéutica. Algunos otros, más proclives al objetivismo, niegan la importancia del enfoque calificándolo, en ocasiones, de superfluo y ajeno a los objetivos fundamentales de la terapia familiar. Bertrando y Toffanetti indican que “White y sus seguidores imponen la narrativa con vehemencia, desencadenando el más radical rechazo de los modelos de terapia familiar que les han precedido” (2004, pág. 321). Quizás la crítica fundamental fue plasmada por Minuchin (1988) cuando plantea la pregunta: “¿Dónde está la familia en la terapia familiar narrativa?”. El discurso crítico plantea que la unidad de observación y de máximo interés de la TN, aun sosteniéndose en los postulados del construccionismo social, es el individuo más que la familia u otros sistemas más amplios. Es categorizado como un enfoque del interior al exterior en tanto que se centra principalmente en las experiencias subjetivas y la identidad de la persona, y atiende las repercusiones relacionales en un segundo momento, casi por añadidura.

Más allá del debate interno de la terapia familiar, otros autores se han posicionado con respecto al concepto de narrativa y su relación con la psicoterapia. Por ejemplo, en el panorama nacional, Fernández-Liria (Fernández Liria, 2001; Fernández Liria y Rodríguez-Vega, 2012) y García-Martínez (2012) son partidarios de entender la narrativa como un concepto de integración en psicoterapia capaz de aglutinar las posiciones teóricas y prácticas de múltiples orientaciones como la psicoanalítica (Luborsky), la experiencial (Greenberg) o la cognitiva (Russell, Gonçalves) e incluso el estudio de la personalidad (McAdams, Singer). A diferencia de otros conceptos como por ejemplo la “distorsión cognitiva” que tiene implicaciones muy precisas acerca del funcionamiento mental y, por ende, acerca del tratamiento, el término narrativa resulta tan inespecífico como sintético para representar la unidad objeto de interés de la psicoterapia. Tal vez es por esta capacidad abarcadora que ha alcanzado una difusión transteórica capaz de contentar las sensibilidades de múltiples modelos terapéuticos.

En nuestra opinión, el péndulo dibujado por Hoffman continúa en la actualidad pero, observado longitudinalmente, parece describir el movimiento del péndulo esférico de León Foucault diseñado para demostrar el movimiento de rotación de la tierra. Este péndulo, por su diseño, tiene la particularidad de describir dos movimientos simultáneos: el primero, más rápido, oscila de adelante a atrás, como cualquier péndulo, de un polo a otro. El segundo, más lento, demuestra que los primeros son en realidad microprocesos que describen un movimiento circular más amplio. Tras 60 años de terapia familiar parece que el modelo sistémico tiende a la integración oscilando circularmente, como el péndulo de Foucault, entre conductas y significados, procesos internos y discursos sociales, intrasubjetividad e intersubjetividad, individuo y sistema, estructura y proceso, prescripción y conversación, dinámica y mitología. Asumiendo que cada parte es útil y cuestionable al mismo tiempo.

2. Más allá de la pendularidad

Es indiscutible que el modelo sistémico ha realizado grandes aportaciones a la psicoterapia desde sus inicios. El impacto de los conceptos sistémicos en las ciencias sociales ha sido categorizado como un cambio paradigmático puesto que supone un cuestionamiento radical de los modelos lineales y deterministas del comportamiento. Y bien que es verdad que su interés sobre el contexto en que viven e interactúan las personas asienta un nivel de análisis insoslayable para el entendimiento de la complejidad de la conducta humana. Más allá de la causalidad lineal, desarrolla el estudio del humano bajo la concepción de un ser-en-relación, del individuo como parte de un contexto relacional vivo con mecanismos pragmáticos reguladores y connotaciones semánticas definitorias que se articulan en torno al vínculo emocional. Lejos de haber agotado sus aportaciones teóricas y prácticas, el (ya no tan) joven modelo sistémico sigue en continua evolución a pesar de (o gracias

a) las discrepancias de matices entre los distintos autores. Toda evolución requiere de una diferenciación y por tanto no es extraño que surjan opiniones divergentes. Los desarrollos de los distintos autores buscan su propia identidad y necesitan de la diferencia para establecerse frente a sus coetáneos en un proceso de validación por contraste (Procter, 2012). Mas en realidad, la propagación de las nuevas orientaciones depende tanto de su capacidad heurística como de su nivel de integración de los conocimientos precedentes. Podría considerarse que el lento proceso de la evolución del pensamiento se asemeja a una espiral en la que el conocimiento acumulado pasa a ser el centro del nuevo círculo emergente. Las distintas propuestas surgidas bajo el signo de la óptica narrativa no siempre cumplen estos preceptos pero muchos autores si han apostado por la integración en sus formulaciones contribuyendo a girar sobre la espiral del conocimiento.

Desde un punto de vista histórico, surgen inevitablemente dos preguntas con respecto al futuro del modelo sistémico. Por un lado, cabe preguntarse cuáles son los retos que deberá afrontar y qué desarrollos teóricos irán asociados. No es una pregunta sencilla de contestar, y su desarrollo excede el propósito de este texto. Aunque creemos oportuno señalar que algunos autores (e.g. Linares, 2003) han augurado que en el futuro la terapia familiar debería integrar de forma más profusa al individuo en sus planteamientos de manera que ocupe un mayor espacio tanto en las reflexiones teóricas como en la práctica clínica. Por tanto, en las futuras propuestas deberían incorporarse conceptos de índole individual que resultan del todo básicos para el ejercicio de la psicoterapia como por ejemplo la dimensión emocional del ser humano (como ya hiciera Virginia Satir en los albores del modelo sistémico), el estudio de la personalidad así como los factores involucrados en los fenómenos psicopatológicos a los cuales la sistémica ha dado la espalda durante tanto tiempo. Esto implicaría, sin salvedad alguna, que los autores del modelo sistémico aumentarían el grado de integración con otros modelos terapéuticos de corte individual. Un ejemplo de ello puede ser la propuesta de Valeria Ugazio (1998) sobre las polaridades semánticas, o la integración de Rudi Dallos de la TN, la teoría del apego y el modelo sistémico (Dallos, 2006) o el modelo de Harry Procter (2012) acerca del sistema de constructos familiares y los niveles de construcción interpersonal, del que hablaremos un poco más en el último apartado. Recientemente, Canevaro (2012) ha publicado un libro en el que aborda la terapia individual desde el punto de vista sistémico aunque ya existían precedentes en este sentido (e.g. Boscolo y Bertrando, 1996).

La segunda pregunta, más importante para el tema que nos ocupa, podría formularse de la siguiente manera: ¿Cuáles son las principales contribuciones que ha realizado el giro narrativo y que formarán parte del acervo teórico-práctico de la nueva generación del modelo sistémico y qué aspectos han sido criticados? Plantearse esta cuestión implica, en parte, asumir que el impulso renovador generado por los planteamientos constructivistas está llegando a su fin y que, en un

tiempo más o menos próximo, históricamente hablando, el modelo sistémico asistirá a un nuevo giro teórico. Pero es difícil delimitar este asunto cuando se está navegando todavía en las aguas del movimiento posmodernista. En cualquier caso, parece atisbarse por parte de una facción de terapeutas sistémicos cierto descontento acerca del radical papel que se le otorga al lenguaje como único motor de la construcción de realidades. Nadie cuestiona la poderosa influencia de la cultura en la narrativa individual, pero sí la postura epicéntrica que obvia la influencia de otros factores no epifenoménicos como por ejemplo la estructura y la organización familiar o el apego y la afectividad. Lo que genera cierta disconformidad es la visión del humano que se desprende ya que parece disolverse eclipsado por la ubicuidad de los discursos sociales y el poder soberano del lenguaje y la cultura. En este sentido, resulta controvertida la visión del self como algo volátil, gaseoso, indiferenciado del resto de narrativas, un sí mismo desprovisto de aspectos identitarios nucleares con anclajes a la experiencia relacional vivida como plantea, por nombrar sólo una, la escuela trigeneracionalista liderada por Bowen. En general, se cuestionan las propuestas posmodernas que no son capaces de integrar conceptos básicos de los modelos que les han precedido. Pero, pese a las voces críticas, parece claro que el posmodernismo, en sus distintas vertientes, ha calado en los supuestos básicos y procedimientos del modelo sistémico al menos en cuatro sentidos:

1. En el rechazo de la postura objetivista del terapeuta. El observador es parte integrante de lo observado y como tal, el terapeuta forma parte de la red de narrativas generadas en torno a un problema determinado. El terapeuta no es poseedor de la verdad, ni busca corregir las desviaciones a la norma, sino que se erige como un experto facilitador en la generación de nuevos mundos posibles y nuevas narrativas. Fruto de ello, se fomenta extensamente el estudio de los factores del terapeuta implicados en el cambio.
2. En la asunción de la complejidad como marco de referencia en el que articular cualquier propuesta teórica. Hecho que implica cierta flexibilidad mental y apertura conceptual a la creciente heterogeneidad de las fórmulas familiares y culturales a las que la terapia familiar tiene que dar respuesta.
3. En las múltiples alternativas técnicas generadas fruto del interés sobre el significado como son las preguntas circulares, las intervenciones basadas en la reflexividad (como el equipo reflexivo) o la externalización.
4. En el interés por la subjetividad del individuo, la identidad y los procesos de cambio ligados a ella. La causalidad lineal y la circular se compatibilizan en vez de contraponerse. El foco sobre el mundo de los significados expande considerablemente las posibilidades terapéuticas pues estos no son nunca únicos, siempre están abiertos a la transacción y pueden ser discutidos, re-definidos y re-valorizados.

LA TERAPIA NARRATIVA DE MICHAEL WHITE

Como hemos señalado en el apartado precedente, Michael White y el grupo del Dulwich Centre en Adelaide, Australia (véase www.dulwichcentre.com.au), fueron pioneros en la utilización de intervenciones narrativas en terapia familiar sistémica. White desarrolló un modelo terapéutico basado en la construcción de relatos alternativos (White, 1991, 2000; White y Epston, 1990). Utilizó la analogía del texto como metáfora explicativa del funcionamiento de la terapia. Desde su punto de vista, los clientes re-escriben sus historias vitales en el transcurso del proceso terapéutico generando una historia alternativa, que más tarde denominaría historia preferida, en la que el problema deja de tener sentido y la persona reorienta su vida. El desarrollo de su modelo tuvo tres grandes influencias. La primera fue la obra de Bateson de la que White heredó su postura epistemológica esencial. La segunda fue la obra del historiador Michael Foucault que supuso una fuente de inspiración casi inagotable que utilizó para conceptualizar cómo los sistemas de conocimiento de la cultura occidental afectan al individuo, lo cosifican y subyugan sus potencialidades. La tercera fueron las obras de Bruner y Vygotsky de las que tomó prestada, entre otras cosas, la visión constructivista del aprendizaje, como los conceptos de zona de desarrollo próximo y el andamiaje, que le servirían de guía para crear mapas de cómo articular las conversaciones terapéuticas (White, 2007).

Aunque White murió en el 2008, su legado sigue en plena expansión. La TN de Adelaide es, en la actualidad, uno de los grupos más activos y comprometidos con el trabajo comunitario y las cuestiones políticas relacionadas con la terapia. Tratan de dar respuesta a los efectos de la injusticia social, la pobreza, la marginación y el racismo. Han aplicado sus prácticas a colectivos desfavorecidos de Australia, como la comunidad aborigen, y de otros países de Europa, América, África y Asia. El enfoque está basado en el construccionismo social y se considera uno de los modelos más representativos de las denominadas terapias breves. En este sentido, guarda muchas similitudes con la terapia centrada en soluciones de Steve de Shazer (1985; 1988). La TN de White ha suscitado un gran interés en la comunidad de psicoterapeutas y se han transferido muchas de sus aportaciones a otros marcos de referencia. Aunque el arsenal de procedimientos narrativos generados por este grupo es muy amplio, la intervención terapéutica central y que mayor repercusión ha tenido en la terapia familiar es la externalización. En este apartado describiremos en detalle el método terapéutico generado por la escuela de Michael White. Comenzaremos definiendo la externalización y los mecanismos implicados en su eficacia terapéutica. A continuación expondremos brevemente algunas consideraciones básicas que el modelo adopta acerca de la patología y el cambio para ilustrar después las formas de utilizar este procedimiento a través de ejemplos clínicos.

1. ¿Qué es la externalización?

Considere el lector las siguientes preguntas en una situación clínica:

¿Cómo llamas a esa sucia materia que te mete en problemas? ¿Alguna vez has sufrido como esta “Ruín caca” te traicionaba y te manchaba los pantalones mientras jugabas? ¿Cómo se las ingenia esta “ruín caca” para molestarte a ti y a tu familia? ¿Hubo ocasiones en las que derrotaste a “la caca” y la pusiste en su lugar en vez de dejar que ella te derrotara? ¿Hubo ocasiones en que “la caca”, al hacer que su hijo se ensuciara, los incitó a gritarle y sin embargo ustedes fueron capaces de declinar tal invitación y ofrecieron, en cambio, comprensión?

Estas preguntas que pueden parecer extrañas para el lector que no esté familiarizado con la TN son ejemplos prototípicos de la particularidad conversacional que tiene este modelo. A principios de la década de los ochenta White descubre a través de la práctica clínica algo que tiene un efecto muy positivo en las familias que le consultaban. Trabajando con niños con problemas de encopresis, observó que la probabilidad de que la terapia tuviera éxito aumentaba de forma exponencial si invitaba a sus clientes a hablar del problema como algo ajeno y separado de su identidad. Llamar “Ruín Caca” al problema de la encopresis le permitía poner en el mismo bando al niño y sus padres, y aunar sus esfuerzos en la lucha contra las amenazas del problema, lo cual desbloqueaba la dinámica relacional y aceleraba notablemente el proceso terapéutico. A partir de este descubrimiento, White centra sus esfuerzos en desarrollar un método terapéutico conversacional focalizado en separar el problema de la identidad de las personas para liberarlas de los efectos opresivos que ejercen sobre ellas. Este cambio de posición abre un espacio psicológico para la (re)construcción de una imagen de competencia del self y fomenta la internalización de una posición de agencia personal (re-authoring) a través de la cual las personas pueden sentirse dueñas de sus vidas (Tomm, 1994). A este trabajo terapéutico sobre las narrativas de identidad se denomina *externalización*.

Algunos autores han categorizado este procedimiento como una técnica innovadora que favorece el proceso de la terapia a través del *cambio atribucional* del problema a factores externos. También puede entenderse como un caso particular del *uso de metáforas* en terapia. Las metáforas, incluida la externalización, aumentan la eficacia de la comunicación puesto que sintetizan, a menudo de forma gráfica, una gran cantidad de información la cual se torna más fácil de recordar y de manejar (Beyebach, 1995). En este sentido la externalización, además de liberar la identidad, reduce el problema a un tamaño mucho más manejable.

No obstante, los seguidores más próximos a la postura socioconstruccionista de base de la TN advierten que la externalización no es una técnica, sino un procedimiento que engloba todo el proceso terapéutico y entraña una *cosmovisión*, es decir, una forma particular de entender la terapia, las relaciones y el mundo. White declaró su preferencia a utilizar la acepción “prácticas narrativas” frente a “técnicas narrativas” bajo el argumento de que la segunda denota un ejercicio de

poder del terapeuta sobre el cliente mientras que la primera resulta más coherente con la posición política paritaria en la que enmarca su modelo. Una visión alternativa la ofrecen Beyebach y Rodríguez Morejón (1994) al decir que asumen la acepción de “técnica de la externalización” porque de esta manera se subraya la idea de que es un procedimiento transferible a otros marcos conceptuales distintos a los de White y su contexto particular. La postura de White no obstante, lejos de ser radical, es circunscrita en su contexto concreto y aunque cuestiona el concepto de terapia no renuncia a él.²

En cualquiera de los casos lo que resulta imprescindible entender es que el proceso de externalización es progresivo, no se trata de una reformulación estática del problema en un momento dado de la terapia. Más bien se trata de un intercambio co-constructivo en el que la disección identitaria del problema se lleva a cabo a través de diferentes estrategias narrativas a lo largo de todo el proceso terapéutico.

Tomm, al hablar sobre la externalización, destaca que “este proceso es particularmente curativo porque constituye un eficaz antídoto contra un proceso patologizante, inadvertido pero omnipresente dentro de la interacción humana: el rótulo negativo” (1994, pág. 12). Los diagnósticos y las etiquetas, “las palabras que una vez fueron mágicas” como anunciaba De Shazer (1994) tienen la habilidad de funcionar como profecías autocumplidoras que mantienen, cuando no exacerbaban, los problemas y sus consecuencias. A pesar de la evolución de la mayoría de los modelos terapéuticos hacia posturas menos patologizantes y más respetuosas con los clientes, sus valores y sus vidas, muchas de las características contextuales de los centros e instituciones donde se ejerce la práctica asistencial fomentan la internalización de los problemas. No sólo la cultura popular tiende a asumir que cuando alguien tiene un problema, *la persona es el problema*, sino que, lo que es peor, este punto de vista es alimentado también por los mensajes que dan los agentes de salud (médicos de cabecera, especialistas, trabajadores sociales, asistentes, psicólogos, etc.) acerca de la naturaleza del problema. Gracias a estos mensajes, que a menudo se transmiten a través de un informe oficial, una persona se convierte en “esquizofrénica”, en “depresiva”, o en “ansiosa”, lo cual desanima enormemente a la persona a cambiar puesto que resulta del todo extenuante luchar contra lo que uno mismo “es”. La TN de White en cambio tiene como lema fundamental que *el problema es el problema*. A través de la externalización, trata de pasar de la *persona problematizada a la personalización del problema*, de modo que libere a la persona de los efectos alienantes de una narrativa personal saturada por el problema y pueda luchar contra un ente separado que trata de amargarle la vida.

Desde otros modelos también han observado los beneficios de separar la persona del problema. Por ejemplo, el riguroso y fructífero modelo de Emoción Expresada (Leff y Vaughn, 1985) ha demostrado que las actitudes que adoptan los familiares ante una enfermedad o un trastorno psicológico tienen un impacto determinante en su pronóstico. Aquellos familiares que atribuyen los síntomas (y

las consecuencias que se derivan de ellos) a las intenciones de la persona, muestran una emoción expresada alta (en forma de crítica u hostilidad) e influyen desfavorablemente en el curso de la enfermedad. Mientras que los familiares de baja emoción expresada no se comportan de forma crítica, hostil o sobreimplicada, sino que separan la persona y sus capacidades de los efectos que un trastorno o una enfermedad mental grave ejerce sobre la persona y desarrollan estrategias relacionales que disminuyen significativamente la posibilidad de que sufra una recaída. En realidad en el modelo de emoción expresada se favorece que la persona y sus familiares reconozcan que hacen frente a una enfermedad auténtica de la que el paciente es víctima, lo que le resta responsabilidad sobre la conducta sintomática y las consecuencias a ella asociadas. Durante la terapia se puede ayudar a las familias a hacer esta distinción para que regulen sus actitudes. En este sentido se externalizan los síntomas de las intenciones de la persona. No obstante, para entender este modelo hay que tener en cuenta que surge del trabajo con familias de personas que sufren una esquizofrenia y que los síntomas positivos, y más aún los negativos, repercuten notablemente en la convivencia familiar. La adherencia al tratamiento farmacológico resulta esencial y se basan por tanto en que la *conciencia de enfermedad* es una clave para un buen pronóstico.

Las estrategias de uno y otro modelo no son incompatibles, al revés, resulta significativo que ambos coincidan en el gran efecto terapéutico que produce el distinguir entre persona y problema. Este reposicionamiento tiene claras ventajas con respecto a las dimensiones de “responsabilidad” versus “no responsabilidad” y “control” versus “no control” que una persona o una familia adopta frente a un problema determinado. Como señala Beyebach (Beyebach y Herrero de la Vega, 2006) el procedimiento de la externalización “constituye una salida elegante a una de las importantes encrucijadas de toda psicoterapia: la de superar la disyuntiva responsabilidad con culpabilidad vs. Desculpabilización con falta de control” (pág. 287). White (White y Epston, 1990) describe su propio trabajo como un abordaje que ayuda significativamente a las familias porque tiene efectos positivos en cuanto a una serie de aspectos esenciales:

1. Disminuye los infructuosos conflictos personales acerca de quién es el responsable del problema.
2. Contrarresta la sensación de fracaso personal cuando el problema continúa a pesar de los intentos por solucionarlo.
3. Genera las condiciones adecuadas para que los miembros de una familia cooperen entre sí.
4. Abre un espacio de diálogo en el que las personas pueden generar nuevas vías de acción y proyectos vitales libres de la influencia del problema.
5. Supone un diálogo y no un monólogo sobre el problema, puesto que éste no es ni la persona ni su relación con la familia, sino la relación de la persona y la familia con el problema.

Cuadro 1. Diferencias entre conversaciones internalizantes y externalizadoras (Adaptado de Morgan, 2000)

Internalizante	Externalizante
Ve a la persona como el problema	Ve el problema como el problema. Se localiza fuera de la persona y su identidad
Importancia de que la persona se identifique como "enferma"	Reconocer que se enfrenta un problema
Cultura del déficit: Hablar del problema y sus características	Cultura de las fortalezas: hablar de los recursos y virtudes de la persona
Único núcleo central del self	Diferentes niveles en la construcción de la identidad. Yo polifónico
Poca relevancia del contexto en el problema	Maximizar la influencia del contexto
Categorización del individuo en función de la normalidad y etiquetación	Celebrar la diferencia y desafiar las nociones de normalidad
La enfermedad como parte de la identidad. Línea de intervención: Cómo vivir con la enfermedad	Liberar del impacto de tales prácticas y dar cabida a nuevos si mismos
Los profesionales son los expertos y los pacientes aprenden	Las personas son expertas en sus propias vidas y los profesionales en formas de ayudar
Persona pasiva recibe el tratamiento	Persona activa en su cambio, alentar el sentimiento de agencia personal

Para que una conversación tenga estos efectos liberadores, el terapeuta tiene que tener en mente ciertos mapas conceptuales que le guíen en el proceso de externalizar. En el cuadro 1 se presentan algunas de las diferencias básicas entre conversaciones externalizadoras e internalizantes con respecto al problema.

2. Consideraciones acerca de la patología

White (1994), influido por la corriente construccionista, desestima el interés de la nosología psiquiátrica y el diagnóstico basado en criterios estadísticos. Más aún, considera que esta ciencia y su red de significados forman parte de los discursos sociales opresivos que generan y mantienen la patología. Entiende que los trastornos psicológicos son consecuencia de los efectos opresivos y alienantes que las creencias y discursos sociales tienen en las narrativas personales. Los problemas devienen cuando las personas de un contexto social determinado tratan de ser como *se supone que se debe ser*. Las narrativas sociales se tornan parasitarias para la identidad de las personas cuando éstas luchan para que su cuerpo, sus pensamientos, sus conductas, sus emociones y sus relaciones se ajusten a los patrones socialmente aceptables.

White (1994) se apoya en las ideas de Foucault (1979, 1980) para explicar los mecanismos a través de los cuales los cánones y los discursos sociales dominantes son transmitidos entre los interlocutores de un contexto social determinado. Es por medio de la tecnología del poder moderno, basada en el juicio normalizador, que los discursos sociales oprimen y limitan a las personas. La idea básica radica en que las formas modernas de poder contribuyen a la problematización y la sumisión del individuo a un marco interpretativo que deja de ser viable para el funcionamiento satisfactorio de su vida y sus relaciones. White denominó *narración dominante como conocimiento dominante y unidad de poder* al efecto que ejercen sobre el individuo los cánones y normas sociales. La metáfora del panóptico como mecanismo de control social resume la esencia de estas ideas que proclaman que todos somos portadores potenciales del “virus” del discurso social dominante y todos somos susceptibles de ser “infectados” puesto que el juicio normalizante adopta una estructura jerárquica ascendente. En el cuadro 2 se contrasta el modelo de poder tradicional con el moderno, propio de nuestra época, para señalar cómo las creencias sociales dominantes ejercen su influencia sobre las personas y sus vidas.

Cuadro 2. Diferencias entre el poder tradicional y el moderno
 (Adaptado de White, 2000).

	Poder Tradicional	Poder Moderno
Mecanismo de control	Control social a través del juicio moral ejercido por representantes e instituciones del estado	Sistema de juicio normalizante ejercido por personas paritarias en la evaluación de sus vidas y las de los demás
Quién ostenta el poder	Está ubicado en un centro definido y responde a los intereses particulares de los monopolizadores	Ubicado en circuitos de alianzas y coaliciones cambiantes con intereses similares. Es difuso, no se localiza con claridad
Figura representativa	Jerarquía piramidal: de arriba hacia abajo	Panóptico: Se desarrolla y refina a nivel local
Participación	La gente está a las afueras y son objetos del poder. El poder es impuesto	La gente participa activamente en la construcción de sus vidas de acuerdo con los cánones
Acciones	Oprime, reprime, limita, prohíbe, impone, coarta	Agrupar a la gente para la vigilancia y establecimiento de lo normativo
Tecnología del poder	Empleo de símbolos de poder, ceremonias, castigo público. Busca generar temor	Basada en el continuum normalidad/ anormalidad, tablas de desempeño, fórmulas para la categorización de las personas, etc.

Frente al conocimiento dominante Foucault habló de cierto tipo de conocimientos minoritarios que se producen a nivel local y que no encuentran espacio para

expandirse a los que denominó conocimientos subyugados. A partir de estas ideas, White terminó de articular la dimensión *narrativa dominante versus narrativa alternativa* que es, en definitiva, el constructo nuclear alrededor del cual gravita el resto de su teoría.

3. Consideraciones acerca del cambio

Como hemos visto, el foco de atención principal de la TN lo constituye la relación del individuo con su entorno. Concede un papel central al lenguaje puesto que concibe al hombre como un narrador de historias que a través de los relatos da orden, coherencia y significado a la experiencia vital. El terapeuta asume la responsabilidad de proveer una conversación especial que permita generar el cambio. De forma general, el proceso terapéutico podría resumirse en tres fases:

1. El terapeuta realiza un acoplamiento con el cliente o la familia para **detectar la narrativa dominante** saturada por el problema. Así el terapeuta debe captar los mandatos y modelos sociales de los que derivan los patrones narrativos habituales en sus discursos.
2. En la segunda fase el terapeuta trata de **deconstruir** las narrativas relacionadas con el estilo de vida insatisfactorio. Es aquí donde el proceso de externalización adquiere mayor intensidad. El terapeuta centra sus esfuerzos en comenzar a separar la identidad de los clientes de la asignada por los diagnósticos psiquiátricos y los cánones sociales.
3. En la tercera fase, una vez se ha deconstruido la narrativa dominante que sometía a la persona a un estilo de vida insatisfactorio, la terapia se centra en **construir narrativas alternativas** que contradigan al relato opresivo dominante y que recuperen dimensiones de competencia y satisfacción personal. La terapia suele culminarse con la aplicación de técnicas específicas como cartas o rituales diversos, como veremos más adelante.

Un aspecto crucial a tener en cuenta es que se trata de un programa basado en cambios mínimos, es decir, se prima la dirección de los avances que va haciendo la persona sobre la frecuencia o intensidad de los mismos. En este sentido las "recaídas" son re-definidas como bajones propios de la adaptación al nuevo estilo de vida. La estrategia terapéutica básica consiste en amplificar lo positivo y maximizar los cambios por mínimos que puedan parecer. Esta perspectiva confluye sincrónicamente con la terapia centrada en soluciones de Steve de Shazer (1982, 1985, 1988) aunque, al parecer, no se influyeron mutuamente. El proceso de la terapia breve de de Shazer se concentra en indagar cuidadosamente sobre los sucesos positivos de la vida de sus clientes, se focaliza principalmente en la parte constructiva del proceso esbozado arriba. Para ello, resulta fundamental que los clientes descubran lo positivo que ya están haciendo y que recuperen el control sobre sus vidas. En la actualidad muchos terapeutas integran ambos modelos de terapia en su práctica clínica.

Antes de detallar el proceso de externalización mostramos, a modo de síntesis de lo expuesto hasta ahora, un esquema de cómo la TN entiende la patología y cuál es la alternativa terapéutica que propone (figura 1).

Figura 1. Esquema del modelo de Terapia Narrativa de White



4. El proceso de externalización

La utilidad del procedimiento de externalización, al igual que cualquier otra técnica, depende en gran medida de la manera en que se haya definido el setting terapéutico, de las características de la familia con la que se esté trabajando, del momento del proceso terapéutico en que se encuentre la intervención, del contexto institucional en el que trabaje el terapeuta, de sus habilidades conversacionales, de la aceptación por parte de la familia del trabajo metafórico, etc. No puede pasar desapercibido que este procedimiento es claramente de carácter interactivo, que se basa en co-construir a través del diálogo historias alternativas que favorezcan la disolución de los problemas. El éxito de la técnica, por tanto, no radica en el modo en que el terapeuta aplica el procedimiento sino en la interacción entre la familia y el terapeuta y las narrativas resultantes de la conversación entre los mismos.

Veamos más en detalle y de forma secuencial cómo se lleva a cabo el proceso de externalización. Una primera decisión que se tiene que tomar es **qué va a ser externalizado**. En este sentido es el cliente el que tiene que proponer la metáfora externalizante. El terapeuta, por su parte, debe decidir sobre qué aspecto del problema o de la vida del cliente va a sugerir el trabajo de externalización. Por ejemplo, en un caso de depresión, un cliente señalaba que de forma especialmente significativa le abrumaban pensamientos sobre un futuro desesperanzador. Todos estos pensamientos seguían una lógica del tipo “y si no consigo dinero”, “y si mi

pareja me deja”, “y si tengo un problema de salud” y le paralizaban a la hora de tomar decisiones con respecto a su vida de pareja y su vida en general. El equipo terapéutico consideró externalizar estos pensamientos a los que el cliente decidió bautizar como “*los malditos Y sis*”. A partir de esta mínima metaforización, el cliente pudo observar la influencia que ejercían sobre su vida cotidiana y pudo, con ayuda de su pareja, aprender a ponerlos en su lugar de manera que resultasen menos molestos para su vida a medida que avanzó la terapia. Es importante tener en cuenta que la definición externalizante del problema puede fluctuar a lo largo del proceso. Así por ejemplo, una persona con problemas de adicción a la cocaína, puede empezar luchando contra el “*maldito veneno*” que intoxica sus ganas de vivir o el “*gusano hambriento*” que sustenta las ganas de consumo, para pasar a luchar después contra la “*traicionera impulsividad*” que le juega malas pasadas a la hora de tomar decisiones. En otras ocasiones, el problema externalizado originalmente se mantiene a lo largo de todo el proceso. En otras ocasiones es la propia familia la que viene con una visión externalizadora. Aun en estos dos últimos casos, la externalización suele sufrir una transformación paralela al avance de la terapia. Especialmente cuando se utiliza un recurso analógico para la externalización es aconsejable marcar los avances en el propio objeto utilizado. Por ejemplo, un cliente utilizó una figura de arcilla en forma de mano para externalizar la inseguridad (que le aprisionaba y le impedía hacer cosas), a medida que avanzó la terapia, el terapeuta le sugirió que fuese arrancando dedos a la figura como símbolo de la pérdida de poder del problema.

Frecuentemente lo que se decide externalizar tiene que ver con algún aspecto negativo del problema por el que la familia ha solicitado el tratamiento. El sentido común invita a que el criterio preferente sea el considerar qué elemento o elementos de la situación actual preocupan más a la familia y qué aspectos internalizados están bloqueando la posibilidad del cambio. No hay que olvidar que el objetivo primordial de la danza identitaria entre lo internalizado y lo externalizado es ofrecer posibilidades viables para la resolución del problema. En cierto sentido, la elección sobre lo que va a ser externalizado focaliza la conversación terapéutica en torno a uno o varios aspectos que marcarán el curso de la terapia. Beyebach (e.g. Beyebach y Rodríguez Morejón, 1994; Beyebach, 2006) basándose en su amplia experiencia clínica en modelos breves de terapia familiar, enumera una serie de indicaciones para el uso de la externalización en función de la situación clínica y de las características del cliente (véase cuadro 3).

Otra consideración importante es que lo que es susceptible de ser externalizado no son sólo los aspectos negativos ligados a la sintomatología de un trastorno. También pueden ser externalizadas las creencias que van ligadas al mantenimiento del problema. En este sentido podría decirse que existen dos modalidades de externalización: la primera consiste en hablar del problema o el síntoma como si fuera un personaje externo. En la segunda, el problema se relaciona con ciertas

**Cuadro 3. Recomendaciones en el uso de la externalización
(Adaptado de Beyebach y Rodríguez Morejón 1994).**

Situación Clínica	Objetivo y efecto buscado
Clientes que se muestran pasivos, resignados o incapaces para hacer frente a una situación.	Aumentar la responsabilidad sin culpabilizar.
El cliente está paralizado por los sentimientos de culpa.	Desplazar la culpa y recuperar los recursos de las personas para que actúen sobre el problema.
La Familia está enfrentada por el problema.	Reestructurar las posiciones de la familia frente a un enemigo común.
El cliente muestra una fuerte internalización del diagnóstico.	Aplacar las connotaciones peyorativas del diagnóstico.
El cliente sostiene creencias fuertemente arraigadas que mantienen el problema.	Cuestionar las creencias de los clientes sin que se sientan atacados.
El cliente se expresa de forma ambigua y poco concreta.	Ayudar a establecer un punto de referencia concreto al que poder hacer alusiones.

creencias o modelos sociales que gobiernan el estilo de vida del cliente sin que este lo haya notado. Considérese por ejemplo el caso de una pareja en la que uno de sus miembros padece una enfermedad física crónica como el cáncer. Las parejas que pasan por una experiencia como esta suelen ver amenaza su estabilidad familiar y conyugal puesto que la aparición de la enfermedad y su cronicidad implican cambios en los roles y en la estructura familiar (Navarro, 2004).

En el caso de David y Sandra, el cáncer había inundado la totalidad de sus vidas. David llevaba enfermo más de dos años y a pesar de que la posibilidad de morir a causa del tumor era bastante baja, las consecuencias del tratamiento con quimioterapia habían socavado sus capacidades funcionales tanto a nivel laboral como familiar. Ambos miembros de la pareja se sentían consternados por la pérdida de la normalidad que había supuesto la aparición del cáncer. Tal era la consternación que la relación entre ambos giraba completamente en torno a la enfermedad. David, quejumbroso por los dolores y las molestias, y Sandra, sumida en su rol de cuidadora, habían transformado su relación de pareja hasta convertirla casi en una relación de enfermera y paciente. Ninguno de los dos estaba satisfecho con la situación, pero el no poder ventilar estos sentimientos por miedo a herirse mutuamente, provocaba que la insatisfacción se tradujera en un mayor distanciamiento emocional entre los miembros de la pareja e incluso facilitaba la aparición de síntomas de tipo depresivo en Sandra. En este caso resultaba del todo adecuada una intervención terapéutica que ayudase a poner la enfermedad en su lugar. Para ello, combinamos ambas

modalidades de externalización en la terapia. Por un lado se metaforizó la enfermedad como “un diablillo caprichoso” que daba órdenes y que no entendía de las necesidades de la pareja. Este movimiento permitió unir a la pareja contra la enfermedad y que ambos pudieran expresar qué necesidades estaban siendo desatendidas por culpa del caprichoso diablillo. En un momento más avanzado de la terapia se analizaron las creencias de Sandra acerca de su rol de cuidadora. Se externalizó la creencia de “la mujer como sostén de la familia” lo que permitió analizar e identificar los requerimientos abusivos de este rol y que ganara tiempo y espacio para otras necesidades relevantes en su vida.

Por último, señalar que aunque la externalización sea un procedimiento aplicable a una gran variedad de situaciones y condiciones clínicas tiene algunas excepciones en su uso. Como señalan Payne (2002) y el propio White (White y Epston, 1990) no debe utilizarse en casos de abuso y maltrato como el abuso sexual, la violencia de género, las violaciones, el bullying, etc., cuando se trabaja con el agresor. Ante tal situación el terapeuta tenderá, en todo caso, a externalizar las creencias y actitudes que fundamentan la agresión para desmontar el discurso que justifique la violencia.

4.1 De la problematización de la persona a la personificación del problema

Una vez tomada la decisión de qué va a ser externalizado es momento para **ponerle un nombre**. Habitualmente este nombre va asociado a la manera en que las personas definen el problema cuando llegan a la consulta. En la práctica clínica se observa que cada familia y cada miembro tiene una forma específica de formular el problema por el que consultan. Es importante que el terapeuta muestre sensibilidad hacia las características específicas de cada situación de manera que la redefinición del problema resulte creíble, asumible y próxima a la experiencia particular de la familia.

Una forma típica de negociar el nombre con el cliente o la familia de lo que se va a externalizar es indagar sobre la definición del problema y alentar a que ellos mismos lo concreten, a través de la imaginación, en un nombre que lo represente. En este primer movimiento táctico comienza la personificación del problema al que después habrá que dotar de connotaciones específicas. A continuación transcribimos una secuencia conversacional en la que se pone de manifiesto esta fase del proceso. En este caso, un joven con problemas de adicción a la cocaína y el cannabis definía el problema como un impulso irrefrenable que le llevaba al mismo sitio una y otra vez.

Terapeuta: ¿Cómo definirías ese impulso que no puedes frenar?

Carlos: pues... no se... como eso, un impulso, no lo sé. Pues que me llama y no puedo dejar de escucharlo... es una mierda... luego me arrepiento.

Terapeuta: entiendo... ¿Entonces quieres decir que de alguna manera hay

una voz que te invita a seguir ese camino que siempre te lleva al mismo sitio?

Carlos: Sí, algo así. Pero cuando escucho esa voz... es que no escucho otra sabes, se me va la pinza.

Terapeuta: ¿Y cómo llamarías tú a esta especie de voz?

Carlos: no te entiendo ¿Que cómo se llama?

Terapeuta: Sí, para que podamos entendernos tú y yo, si fuese una persona y tuvieras que ponerle un nombre ¿Cómo la llamarías?

Carlos: Pues... no sé (pausa.) La verdad que te come la olla. Si fuese una persona se llamaría Mr. Comecocos.

Terapeuta: (risas) ¡Qué bueno! Parece que Mr. Comecocos es un auténtico experto en convencerte de que hagas cosas que no quieres.

Carlos: Ya te digo ¡Menudo listillo!

En este ejemplo se ve como el joven acepta rápidamente la propuesta que le hace el terapeuta, pero esto, obviamente, no siempre ocurre así. En ocasiones habrá que desistir de la técnica o buscar otro foco si se atasca el proceso o no resulta útil para la familia. Si bien hemos dicho que existen básicamente dos modalidades de externalización, las técnicas para personificar el problema son múltiples y las metáforas resultantes infinitas. Las posibilidades tácticas están al servicio de la imaginación y la creatividad del terapeuta. Cuando por algún motivo la persona tiene dificultades para encontrar un nombre, resulta de gran utilidad introducir un elemento analógico, como la mano de arcilla que hemos comentado antes. De esta manera, se ayuda a definir la externalización. El terapeuta puede mandar la tarea al cliente de que traiga al próximo encuentro algún objeto que represente el problema. Esto mismo puede hacerse a través de dibujos. La utilización de dibujos para comenzar la externalización resulta especialmente eficaz en el trabajo con niños y adolescentes y sus familias. En el caso del joven del ejemplo anterior, se le pidió que realizara un dibujo que representase a Mr. Comecocos (figura 2). Una vez realizado el dibujo se le pidió que describiese las características de este personaje. Escribió lo siguiente:

“Despreocupado, liante, malo, descontrolado”.

“Mr. Comecocos pasa de todo, es un despreocupado que entra en mi vida para liarme y entrar en su mundo, me aísla. Es un mundo descontrolado y malo que rige él.”

La descripción de las características del problema, como en el caso de Mr. Comecocos, forma parte de la siguiente fase del modelo que White denomina **preguntas de influencia del problema sobre la persona**. Consiste en describir cómo el problema influye en la vida de las personas en todas las esferas: conductual, emocional, física, relacional. Pueden ser preguntas del tipo ¿Qué te hace pensar, sentir, hacer y cómo te lleva a relacionarte (el personaje o creencia que sea)?

Resulta conveniente atribuir al personaje los aspectos negativos que se derivan

Figura 2. Dibujo de externalización



del problema y atribuir lo positivo a la persona. En este sentido, utilizar *expresiones personificadoras* y un *lenguaje de guerra* resulta de gran utilidad (Beyebach y Rodríguez Morejón, 1994). Ejemplos prototípicos de ello pueden ser: “*los malditos ‘Y sis’ están tratando de hundirte*”, “*la colonización de los ‘Y sis’*”, “*parece que Mr. Comecocos sabe cómo vencerte*”, “*la tiranía de la ruin caca*”, “*la batalla contra el gusano hambriento*”, “*el pulso contra el diablillo caprichoso*”, “*la opresora mano de la inseguridad*” o “*el sometimiento a los mandatos de la visión*”

de la mujer como sostén de la familia”.

Todas estas intervenciones tienen el don de generar una distancia cada vez mayor entre la persona y el problema. Del mismo modo que en el modelo dialógico del self se generan diálogos entre las distintas voces interiores (Hermans y Dimaggio, 2004), resulta muy útil contraponer la voz del problema con la voz de la persona y la familia, intensificando las diferencias entre ambos y polarizando los atributos positivos y negativos en uno y otro bando (Beyebach y Rodríguez Morejón, 1994). Y si la situación lo requiere se puede optar también por externalizar algún atributo positivo con la finalidad de hacerlo más consciente y engrandecerlo.

En el caso de niños y adolescentes (aunque también es aplicable en adultos) resulta muy eficaz continuar con los dibujos iniciales generando una historia en torno a ellos que describa el tipo de relación que se mantiene con el problema tanto en el pasado como en el presente y especialmente en el futuro. Continuar esta historia y compartirla con la familia ayuda a que tengan un lenguaje común, sentido como propio y relacionado con su experiencia, para hacer frente al problema, recuperar el control sobre el mismo y descubrir cuál puede ser la vía alternativa para recuperar una vida satisfactoria. En la figura 3 se presenta una viñeta dibujada en la tercera sesión por el joven que luchaba contra la influencia de Mr. Comecocos.

4.2 La nueva narrativa de la historia preferida

Una vez que se ha descrito de una manera más o menos detallada la influencia que ejerce el problema sobre la vida de la persona y sus relaciones, se invierte el sentido de la entrevista y comienza una segunda tanda de **preguntas acerca de la influencia de las personas sobre el problema**. El objetivo fundamental consiste en identificar episodios concretos en los que el cliente y sus familiares no dejaron que el problema externalizado o las creencias y modelos opresivos del contexto social pautaran sus vidas por completo. Es decir, hay que incluir en la nueva narrativa episodios de la experiencia que contradigan la antigua narrativa. Es lo que White denominó **acontecimientos extraordinarios**.³

Por lo general no resulta sencillo que las personas identifiquen este tipo de hechos en el flujo de su experiencia. Menos aún cuando la narrativa está muy saturada por el problema. Esta fase exige un auténtico ejercicio de virtuosismo exploratorio por parte del terapeuta para ayudar al cliente y a sus familiares a que identifiquen acontecimientos extraordinarios. Estos pueden rastrearse en el pasado remoto o el inmediato, o incluso en el espacio entre sesiones. También pueden buscarse en la experiencia presente, estos son los que tienen lugar durante el transcurso de la sesión. Pero también pueden identificarse en el futuro mediante preguntas relativas a las intenciones o planes que tiene la persona para hacer frente a los problemas. La descripción pormenorizada de la fase anterior, de la influencia del problema sobre la vida de la familia, facilita encontrar matices en la experiencia del cliente que contradiga la narrativa dominante. El terapeuta debe estar receptivo

Figura 3. Presente, pasado y futuro de la relación con Mr. Comecocos



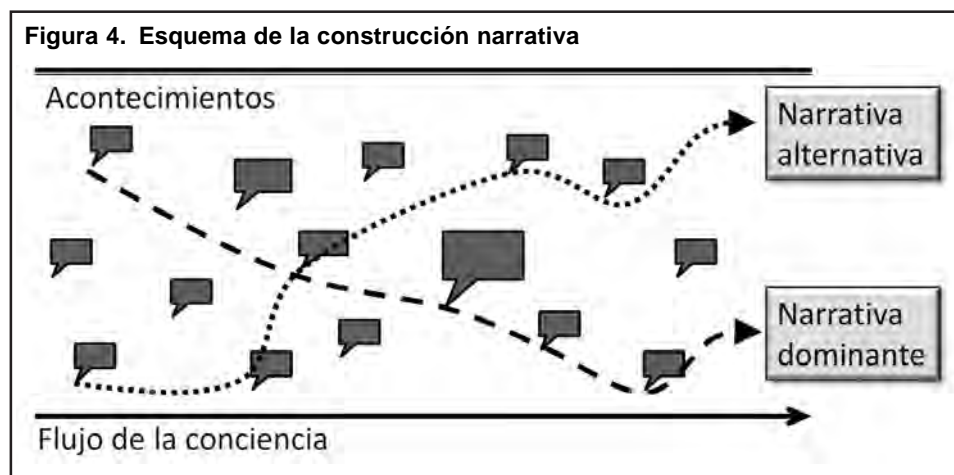
a cualquier señal que marque una diferencia para poder amplificarla a través de preguntas destinadas a construir nuevos significados. La táctica para generar una narrativa alternativa consiste pues en encontrar puntos de entrada en la historia de la persona que permitan construir nuevos significados que sostengan una identidad libre del problema y que potencien un sentido de agencia personal.

Como estrategia fundamental para generar nuevos significados White (1994)

toma prestada de Bruner (1986) la distinción entre el **panorama de acción** y el **panorama de conciencia**. El primero hace referencia a los hechos, las conductas y pensamientos que tienen lugar en un nivel factual de la experiencia. El segundo, en cambio, es el lugar donde yace el mundo del significado y las implicaciones que tienen esos hechos, conductas y pensamientos para la persona y su sentido vital. Cuando se localiza un acontecimiento extraordinario se pueden formular preguntas relativas al panorama de acción tales como: ¿Cómo has conseguido enfrentarte eficazmente al problema? ¿Qué hiciste o qué pensaste para que esos episodios tuvieran lugar? ¿Qué te dijiste a ti mismo para actuar así? ¿Qué abono el terreno para que aflorara esa idea? ¿Qué hiciste para mantener esa idea hasta el final?

Las preguntas relativas al panorama de conciencia en cambio buscan aclarar el significado que tiene para la persona tales acontecimientos, por ejemplo: ¿Qué indica esto acerca de tus cualidades como persona? ¿Qué estás descubriendo de ti ahora que antes estaba oculto por (creencia/ personaje)? ¿Por qué es importante para ti que sea de otra manera? ¿De qué forma va a repercutir esto en tu relación con el problema? ¿Y con tu familia? ¿Qué crees que dirá de ti tu mejor amigo cuando sepa acerca de esto? ¿Qué otras personas que te conocen llegarían a la misma conclusión que tú?

Cuanto más acontecimientos extraordinarios puedan localizarse más fácil resultará tejer la nueva narrativa. Sin embargo, tal y como señala White sólo con identificar uno es suficiente si resulta suficientemente significativo para la persona. Lo más habitual es que se localicen varios en distintos momentos temporales de la historia de la persona. Es tarea del terapeuta facilitar que la persona establezca las conexiones necesarias para dotar de coherencia a la historia alternativa resultante (figura 4). En cierto sentido, el mero hecho de preguntar acerca de acontecimientos extraordinarios puede suscitar que sucedan al focalizar la experiencia consciente de la persona en búsqueda y captura de la diferencia.



En TN los terapeutas adoptan una actitud de doble escucha. Permanecen muy atentos a la narrativa que la familia trae a la sesión pero al mismo tiempo se concentran en percibir qué significados se esconden en lo no dicho o no narrado. Es lo que White denominó **lo ausente pero implícito** (White, 2000). Este concepto hace referencia a que la categorización de una experiencia en torno a un significado se hace en base a una diferencia, sólo puede hacerse por contraste a lo que no es. Por ejemplo, sólo puede conocerse la desesperación si la persona tiene un conocimiento acerca de la esperanza. Una historia de soledad habla también de experiencias de conexión con los otros. En este sentido White propone que toda atribución de significado a una experiencia esta en relación a un opuesto que a menudo no es expresado pero que se encuentra latente en la narrativa. En su terminología, siempre hay un punto de resistencia frente a las prácticas de poder del discurso dominante.

Si aplicamos esta idea al marco de la terapia, la familia no sólo nos habla de lo que es el problema sino también de lo que el problema no es. El significado emergente de la línea de implicación de lo opuesto supone un punto de salida a la narrativa constrictiva del problema pues lo ausente pero implícito ofrece múltiples vías para describir el tipo de relación que la familia o cliente mantiene con el problema. Como guía para la conversación el terapeuta puede preguntarse a sí mismo en qué significados latentes se apoya la narrativa saturada por el problema y en qué forma pueden conectarse con la historia alternativa. El terapeuta debe tratar de hacer visible los significados que no son evidentes pero que están por implicación o contraste en la narrativa presentada. Normalmente estos significados entrañan valores importantes de la persona y esperanzas vitales que han sido quebrantadas o subyugadas por la aparición del problema. Carey (2006) propone algunos ejemplos de preguntas que ponen de manifiesto estos valores en una persona que expresa dolor emocional como resultado de una experiencia traumática: ¿Qué dice este dolor acerca de tus creencias importantes sobre la vida que han sido subyugadas o violadas? ¿De qué dan testimonio estas lágrimas acerca de lo que es preciado para ti? ¿Qué conocimientos importantes del mundo han sido insultados, degradados, transgredidos o pisoteados?

En nuestro ejemplo del joven muchacho que luchaba contra Mr. Comecocos también se puede inferir lo ausente pero implícito. Como está descrito más arriba, el joven describió al personaje como “*despreocupado, liante, malo, descontrolado. Mr. Comecocos pasa de todo, es un despreocupado que entra en mi vida para liarme y entrar en su mundo, me aísla. Es un mundo descontrolado y malo que rige él*”. En estas líneas se puede leer claramente una alternativa al problema basada en la historia de alguien preocupado, responsable, bueno, con capacidad de control y conectado con los demás. Los significados opuestos a la expresión narrativa del problema tienen que ser contrastados con el cliente y sus familiares y observar de qué manera estas características se manifiestan en las acciones que llevan a cabo y cómo se conectan con sus valores personales.

Como puede observarse existen múltiples vías de entrada para construir la historia preferida. La idea básica radica en facilitar que las personas reflexionen sobre su experiencia, descubran nuevos valores, redescubran viejas esperanzas y adquieran compromisos con ellas mismas que les guíen hacia una vida mejor. White (2007) sistematizó ciertos recursos conversacionales para orientar la narrativa en el proceso terapéutico. Incorporó las metáforas del andamiaje y la zona de desarrollo próximo, creadas por Vygotsky (1962) y desarrolladas por Bruner (1990) para estructurar la práctica de conversaciones terapéuticas. A través de estos recursos el terapeuta puede ayudar al cliente a pasar de lo *conocido y familiar* de la narrativa del problema a lo *no conocido pero posible de conocer* de la historia preferida. Estos desarrollos teóricos están detallados en una de las últimas obras antes de su muerte. En ella White (2007) describe una serie de mapas basados en el andamiaje para guiar la conversación terapéutica de manera que facilite la consecución de distintos objetivos en la emergencia de la historia preferida. Remitimos al lector interesado en profundizar a dicha obra que, de momento, solo está disponible en inglés.

4.3 Mantener y enriquecer la nueva narrativa

En el primer paso del proceso se le da un nombre al problema que permita objetivarlo como algo externo. Seguidamente se explora sobre dos aspectos cruciales. Primero cómo el problema influye en la vida de las personas y después la manera en que las personas influyen sobre el problema. A partir de los acontecimientos extraordinarios y del significado ausente pero implícito se comienza a tejer una historia diferente a la inicial. Pero es evidente que la historia, nunca mejor dicho, no ha hecho más que empezar.

La pregunta más habitual que formulan los alumnos cuando están realizando un entrenamiento en un modelo breve como la TN suele referirse a cómo se logra un compromiso para el cambio cuando el problema del cliente o la familia tiene cierta gravedad o bien cuando muestran reticencias para continuar con la todavía incipiente historia alternativa. Por ejemplo, en el marco de las drogodependencias se observa a menudo que la persona puede haber aceptado el trabajo de externalización sobre la conducta adictiva y haber identificado acontecimientos extraordinarios en los que ha conseguido el control sobre su vida y, sin embargo, no sentirse en disposición para continuar con la terapia o para cesar el consumo y seguir dando pasos en el proceso de cambio. La propuesta de White para este tipo de situaciones consiste en plantear al cliente o la familia un **dilema** que hay que resolver. Al plantear el dilema se contraponen dos situaciones opuestas respecto a las cuales el cliente ha de tomar una decisión. En un extremo del dilema, se plantea la posibilidad de seguir con o aumentar la sumisión al personaje o modelo que haya sido externalizado. En el otro, se sitúa la posibilidad de continuar con la libertad personal experimentada en los acontecimientos extraordinarios. Cuando se realiza este movimiento conviene concretizar a través de preguntas los efectos y consecuencias

de ambas posturas. Se preguntaría por ejemplo, ¿Cómo deberías hacer para aumentar tu sumisión a (personaje/ creencia)? ¿Qué tendría que pasar para que el (personaje/ creencia) ganara más terreno? Con el objetivo de esclarecer qué cosas harían que el problema fuese a peor. Como contrapartida se recuerda el futuro positivo dibujado por los desenlaces inesperados, se evalúan los inconvenientes que conlleva el realizar pasos en esta dirección y se explicitan las estrategias y recursos que tiene la persona para afrontarlos. La decisión queda a la voluntad de la persona.

Como ya hemos señalado en un apartado anterior, se trata de un programa basado en cambios mínimos por lo que llegados a este punto del proceso el foco terapéutico se centra en amplificar cualquier cambio que se haya dado por mínimo que sea. La estrategia a seguir durante esta fase de la terapia consiste en identificar los **episodios satisfactorios** de la experiencia de la familia y entretrejerlos con la imagen de cambio generada a partir de los desenlaces inesperados. Ejemplos de preguntas en esta línea son: ¿Qué ha ido mejor desde la entrevista anterior? ¿Qué hiciste para conseguir que esto sucediera? ¿Qué más personas se dieron cuenta de este logro? ¿Qué cosas diferentes crees que vieron en ti? ¿Cómo reaccionaron ellos cuando lo notaron? ¿En qué te ayudó (personas significativas)?

En esta misma línea resulta de gran ayuda para el cliente realizar preguntas que identifiquen las posibilidades relacionadas con los **sí mismos posibles positivos** que emergen de la nueva narrativa. En concordancia con la terapia centrada en soluciones, en estas preguntas es importante dar por supuesto que el cambio ocurrirá. Realizar este tipo de preguntas cuando procede no sólo favorece el timing del cambio sino que además ayuda a la persona a tener una imagen muy clara y definida de lo que es el cambio. Por ejemplo: ¿Qué vas a hacer, pensar, sentir *cuando* esto pase? ¿Quién *será* el primero en advertir los cambios? ¿Cómo *va a reaccionar* (persona significativa) cuando se dé cuenta de ello? ¿*Cuándo* esta persona reaccione así, cómo *vas a reaccionar* tú? ¿Qué pasará *cuando* mantengas este cambio?

Como se habrá dado cuenta el lector, los verbos y las conjunciones de las preguntas eluden deliberadamente el uso del condicional para remarcar la idea de que el cambio tendrá lugar. Es importante que el terapeuta tenga esto en mente a la hora de elaborar su discurso. Una tercera vía de acción consiste en realizar preguntas acerca del futuro próximo. Estas pueden ir dirigidas a dos tipos de objetivos. Las primeras van dirigidas a determinar cuáles son las **posibilidades extraordinarias** que el cliente puede conseguir: ¿Qué cosas te ves capaz de conseguir de aquí a seis meses con esta nueva imagen de ti mismo? ¿Cómo te vas a sentir cuando veas que has dado este paso? ¿Qué pasos estas dando ya que van en esta dirección?

La otra serie de preguntas sobre el futuro tienen por objetivo identificar y seleccionar audiencias adecuadas que ayuden y mantengan la nueva identidad de la persona. Son las llamadas **preguntas de difusión extraordinaria o de circulación**. Ejemplo de ellas pueden ser: ¿Quiénes han percibido estos cambios? ¿A quienes les comunicaremos las buenas noticias primero? ¿Cómo les harás saber lo

que has logrado? ¿Cómo van a pensar y reaccionar cuando lo sepan? ¿Qué será diferente en tu relación con ellos?

Como habrá observado el lector, se trata, en definitiva, de enardecer la libertad de las personas frente a la constricción vital impuesta por el problema. La estrategia general consiste en situar al cliente en una posición de mayor control sobre los acontecimientos de su vida, clarificar las posibilidades positivas que brotan de la nueva posición y vincular estas experiencias con una nueva identidad teniendo muy presente el contexto relacional de la persona o familia consultante. Es esencial que la renovación identitaria resultado del cambio vital se vea confirmada y enaltecida por la red de relaciones significativas de la persona. La TN, prolífica en el diseño de estrategias para tal fin, acostumbra a ritualizar el cierre de la terapia en base a intervenciones que apelen a la audiencia de voces externas (e internas) implicadas en la trama resultante de la lucha entre las dos historias: la saturada por el problema y la preferida. La explicación de estos procedimientos nos conduce ineludiblemente al siguiente apartado.

5. Cómo finalizar la terapia

La TN busca que las personas re-escriban sus vidas a lo largo del proceso terapéutico. En consonancia con la nueva historia vital generada, la persona experimenta un cambio identitario, denominado en la jerga de la TN **migración de identidad**. White (1986) buscó una metáfora que reflejase este proceso de transición identitaria para definir la terapia. Encontraron que la noción de *Rito de pasaje* o *Rito de paso* descrita por van Gennep era una analogía muy adecuada para enmarcar el tipo de trabajo terapéutico que habían configurado.

El rito de pasaje es definido por van Gennep como un fenómeno universal que se realiza a través de rituales diversos en función de la cultura en que se dé y que está destinado a facilitar las transiciones de la vida social, de un estatus a otro o de una identidad a otra. El rito de paso concluye con la reincorporación de la persona a su mundo social y familiar pero en una posición diferente. A su vez, promueve la participación de las personas significativas del entorno en la celebración y el reconocimiento de que la persona alcanzó un status mejor que el anterior.

Aplicar esta conceptualización a la práctica terapéutica permite alejarse de la noción clásica del fin de la terapia como pérdida y de suscribir el proceso a los límites de la privacidad y la exclusividad de la relación cliente terapeuta. Por el contrario, para completar la migración identitaria será necesario que se proclame, mediante declaraciones que sostengan la idea de que la persona logró realizar la transición con éxito, un reconocimiento social de la nueva posición de la persona.

White y Epston (1990) propusieron diferentes formas de ritualizar el pasaje a la nueva reincorporación y contrastaron con sus clientes y familias consultantes cuáles habían resultado más útiles. Se percataron de que lo más relevante era disponer de una audiencia capaz de dar cuenta del cambio acontecido y de legitimar

la nueva posición de la persona. Fruto de esta revisión concretaron cuatro vías diferentes de llevar a cabo este objetivo:

1. Notificar por escrito el cambio logrado a las personas más importantes de la vida de la persona.
2. Realizar declaraciones personales y redactar cartas o documentos que dejen constancia del nuevo estilo de vida.
3. Celebrar los cambios con algún ritual en presencia de las personas significativas.
4. Consultar al cliente en calidad de experto quien se convierte en asesor del terapeuta.

El cierre narrativo puede revestir múltiples formas y no siempre implica la disolución total del problema. Pero siempre conlleva una re-descripción de la situación problemática y un enriquecimiento narrativo en términos de flexibilidad y coherencia.

5.1 Cartas, documentos y declaraciones personales

El punto 1 y 2 hacen referencia a la utilización de material escrito en psicoterapia. Este es un tema muy amplio puesto que el uso de la escritura por parte del terapeuta o de la familia se ha aplicado a una infinidad de situaciones. Es un medio técnico que no conoce límites y cuya aplicabilidad tiene tantas facetas como terapeutas lo utilicen. No obstante en este sub-apartado vamos a considerar sólo algunos de los procedimientos más habituales que facilitan el final de la terapia. Un trabajo muy sistemático sobre el uso de cartas en terapia familiar puede encontrarse, para quien quiera profundizar, en Linares, Pubill y Ramos (2005). Desde el modelo de TN se le da mucha importancia a cómo la tecnología de poder a través del lenguaje escrito define y moldea a las personas. Por ejemplo, el expediente de un estudiante es un vehículo de la valía de la persona y determinará en parte el acceso a oportunidades laborales. En el caso de los informes psiquiátricos el impacto en la definición de la identidad de la persona es mucho mayor. Con más frecuencia de lo conveniente en la práctica clínica se dan situaciones en las que una persona desenfunda una carpeta llena de informes médicos y psiquiátricos para contarle al infortunado terapeuta la retahíla de conclusiones que los expertos han hecho sobre la persona y su problema. Es por ello que la TN muestra gran interés en *contradocumentar* y describir las capacidades de la persona, su competencia y su lugar en la comunidad a través de cartas, certificados y declaraciones personales.

Una de las técnicas de contradocumentación más famosas en TN es la utilización de *certificados* que den testimonio de los nuevos relatos. Preferentemente se utilizan con niños y adolescentes pero pueden adaptarse muy fácilmente al mundo de los adultos. Tremendamente ingeniosos son los certificados diseñados por White y Epston (1990), por ejemplo: Certificado de Domador de Monstruos y Cazador de Fantasmas, Certificado de Victoria sobre el Pipi Traicionero, Certifica-

do de control sobre la Ruin Caca, Certificado de huida de las Rabetas, los cuales son emitidos por instituciones tan pintorescas como la Asociación Australiana de Domadores de Monstruos y Cazadores de Fantasmas o la Sociedad Internacional de Vencedores del Miedo. Estos certificados se entregan normalmente en el marco de una celebración. En la figura 5 presentamos un ejemplo de un diploma entregado a un niño que había superado un problema de impulsividad.

Figura 5. Certificado de Domador de Caballos Salvajes



Las *cartas* es el otro gran bloque de producciones escritas utilizadas en el transcurso de la terapia. Utilizar cartas como cierre narrativo incrementa la eficacia de la comunicación así como la divulgación de los cambios logrados. Utilizaremos, a modo de ejemplo, la carta dirigida a una pareja fuertemente polarizada que decidió finalizar la terapia prematuramente y que encontró continuación a través del envío de la siguiente carta:

Estimada Pareja:

Queríamos escribiros unas palabras que puedan servir de recuerdo del trabajo que habéis realizado durante estos cinco meses. Lo primero de todo felicitaros porque después de muchos años en los que habéis estado jugando en bandos contrarios a consecuencia del sometimiento a la dictadura de la rivalidad, habéis tomado la decisión de volver a caminar uno al lado del otro y empezar a funcionar como un equipo.

Pareciera que habéis empezado a entender la importancia que esto tiene

para el bienestar emocional y la salud individual y de pareja y habéis empezado a ganar terreno a los mandatos de la rivalidad. Os confesaremos que hubo momentos en los que nos preocupaba que no entendierais los riesgos que comportaba jugar en equipos rivales. En la terapia observamos que, bajo el influjo de la consentida rivalidad, tú, Dorotea, dedicabas gran parte de tu atención en señalar lo que Teófilo “no hacía” y tú, Teófilo, aprendiste a responder “escapando”. Así se consolidó el círculo vicioso en el que os quedasteis atrapados: “a mayor crítica, mayor escapismo y viceversa”.

Tanto sufrimiento cuando lo que en realidad los dos estabais buscando todo este tiempo era el reconocimiento, el cariño y el amor del otro. En nuestra opinión, hacéis bien en desoír lo que la rivalidad tiene preparado para vosotros. Durante la terapia habéis realizado algunos pasos en esta dirección:

- 1. Habéis empezado a hablar y compartir las cosas que os preocupan e interesan.*
- 2. Habéis retomado salidas, viajes, actividades, etc... que han sido y son placenteras para vosotros.*
- 3. Habéis empezado a tomar decisiones conjuntamente llegando a acuerdos en los que cada uno tiene que ceder y poner algo de su parte. Os animamos a seguir avanzando en esta dirección: tú Teófilo a seguir amplificando tus señales de cariño y de reconocimiento hacia Dorotea y tú, Dorotea, a continuar poniendo más confianza en Teófilo. Ambos tenéis que valorar los gestos de buena voluntad que cada uno hace hacia el otro, pues es la manera en que podéis desplazar a la obstinada rivalidad. Os deseamos mucha suerte y una buena continuación en la búsqueda del bienestar.*

El Equipo Terapéutico

5.2 Celebración de los cambios

Celebrar los cambios a través de rituales tiene un gran efecto terapéutico. La conveniencia de incluir rituales al final de la terapia (o durante el proceso) viene marcada por el valor cultural simbólico que poseen y por su capacidad para estrechar lazos y legitimar transiciones en la posición e identidad de las personas (García-Martínez, 2012). Sirva como ejemplo el resumen del siguiente caso clínico al que hemos titulado Bruno y La muerte del León.

Bruno era un joven que a pesar de contar con sólo 23 años de edad tenía una larga historia de consumo de cocaína que comenzó cuando era un adolescente pre púber. Cuando llegó a nuestra consulta nos sorprendió su determinación en querer abandonar ese estilo de vida y comenzamos un trabajo terapéutico individual y familiar que se extendería por un periodo de once meses. Durante los primeros

meses la terapia tuvo sus idas y venidas con respecto al mantenimiento de la abstinencia, pero la determinación de Bruno era tal que no le importaba cuantas veces tenía que levantarse y volver a hacer frente a la “fiera salvaje” que le arrastraba al viejo estilo de vida. Al principio la familia estaba dividida con respecto al problema. El padre culpaba al hijo de todas sus fechorías y había desistido de la idea de ayudar, la madre, en cambio, trataba de compensar la actitud del padre con una marcada sobreprotección e indulgencia. Como resultado Bruno actuaba a sus anchas sin que nadie pudiese poner límites y, lo que era peor, contenerle cuando la fiera salvaje empujaba a Bruno hacia la desesperación. Tras unas sesiones conjuntas los padres consiguieron alinearse y ayudar a Bruno poniéndole límites donde él no era aún capaz de controlarse y ofreciendo contención en los momentos de mayor dificultad. Durante los últimos siete meses de la terapia, Bruno mantuvo la abstinencia total con relativa facilidad y nos dedicamos a trabajar sobre otros aspectos de su vida que habían sido desatendidos por satisfacer las necesidades que le imponía la fiera salvaje. Pasados estos meses el equipo terapéutico decidió dar por finalizada la terapia y se convocó a toda la familia para una última sesión especial. En esta sesión se invitó a Bruno y a sus padres a comentar qué cambios valoraban más y cómo habían sido capaces de hacerlos. Los padres reconocieron el esfuerzo de Bruno y éste el de sus padres, sin embargo seguía siendo señalado como el chico problemático que, en esencia, no había cambiado, sólo había aprendido a controlarse más. Esta actitud exigente había sido útil durante una parte del proceso, pero en estos momentos resultaba del todo contraproducente puesto que bloqueaba la consolidación de la historia alternativa de Bruno. El equipo terapéutico consideró necesario ayudar a la familia a completar la migración de identidad y se transmitió el siguiente mensaje para facilitar la etapa de reincorporación del rito de pasaje:

Estimada familia, hemos estado luchando conjuntamente durante once largos meses contra una fiera salvaje, un león, que había destrozado las cualidades tan fascinantes que posee vuestro hijo y que son un reflejo de los valores que vosotros como padres le habéis sabido transmitir. Entendemos que la fiereza del león resulta muy amenazante para vosotros por todas las cosas que habéis tenido que pasar. Sin embargo creemos con total firmeza que Bruno ha sabido dar caza a la fiera salvaje y ha terminado con el peligro que antes acechaba constantemente. Seguro que habéis escuchado la historia de los Masais en África. Los niños de esta tribu llegados a una edad deben cazar un león para demostrar su valor como guerreros. Para ello deben adentrarse en la selva y seguir el rastro de un macho hasta darle caza. Una vez que vuelve a la tribu, se realiza una gran celebración a partir de la cual el niño deja de serlo para siempre y pasa a ser un hombre más de la tribu. Pues pensamos que eso es justo lo que ha sucedido en vuestra familia. Bruno, no sin la ayuda de vuestras enseñanzas, ha conseguido matar al León, y está deseoso de volver a casa para ser

un hombre más de vuestra tribu. Es por eso que creemos que es injusto para todos vosotros no celebrar vuestra victoria y que os privéis de disfrutar del fin de la guerra, por mucho que en la selva haya más leones. Así que os animamos encarecidamente a que celebréis vuestra victoria con todas aquellas personas que significan algo para vosotros sin escatimar en gestos que expresen el amor que sabemos que os procesáis los unos a los otros. Habéis matado al León, es tiempo para celebraciones ¿Cómo podríais empezar?

Tras una breve pausa padre e hijo se levantaron dubitativamente de sus sillas y se dieron un abrazo que llevaba esperando casi una década. Seis meses después en la sesión de seguimiento nos contaban que todavía seguían celebrándolo.

5.3 Archivos de resistencia

En el seminario que impartió Michael White en Bilbao dos años antes de su fallecimiento, manifestó su entusiasmo con respecto al proyecto que desde hacía unos años estaban llevando a cabo: la creación y almacenamiento de archivos de resistencia. Estos archivos están creados por una comunidad amplia de clientes que acceden a participar activamente a través de su experiencia en la resolución de problemas similares a los que ellos tuvieron. La participación puede darse en varios niveles. Pueden ser invitados, si ellos así lo desean, a asistir a sesiones de terapia en las que tendrán el rol de asesores de los clientes que están consultando en la actualidad. También pueden ser invitados como conferenciantes para que den cuenta de su experiencia ante un auditorio interesado. Lo más frecuente es que aporten un testimonio personalizado bien sea por escrito, filmado, pintado, en forma de canción, etc. acerca de cómo se resolvió el problema o qué cosas ayudaron a que la relación de la persona con el problema cambiara hacia una interacción más dócil. Estos son almacenados en un archivo o biblioteca para que puedan ser utilizados por otras personas que pasen por problemas similares. Ejemplos de estos archivos de resistencia pueden consultarse en la página web de la Asociación Española de Terapia Narrativa (ww.aeten.es).

5.4 El cliente como experto

Como se ha señalado más arriba, desde la TN se entiende que cualquier ser humano siempre tiene un punto de resistencia hacia los problemas y discursos sociales de poder. Las personas que se rebelan contra una versión de su historia personal restrictiva o escindida, poseen un conocimiento especial que puede ir más allá de su historia singular. La idea de que estas personas compartan sus conocimientos acerca de los problemas y el modo de resolverlos disuelve el protagonismo del terapeuta en la construcción de la historia alternativa y relega su posición a un facilitador de contextos y relaciones que generen los ingredientes necesarios para que las personas se sobrepongan en la lucha con el problema y sus aliados.

Esta postura *down* del terapeuta también se utiliza como forma de cerrar la terapia. El movimiento consiste en invitar a la familia a una última sesión especial en la que se le consulta en calidad de experta. En la conversación el terapeuta está interesado en aprender sobre la familia y los conocimientos especiales que ha desarrollado en la resolución del problema. Se les preguntan cosas como: ¿Cómo encontraron las estrategias que han sido útiles para solucionar el problema? ¿Cuáles son las nuevas teorías personales que respaldan los cambios conseguidos? ¿Y qué lugar ocupan ahora en su vida? ¿Qué podrían contar a otras personas que atraviesan situaciones similares con la finalidad de ayudarles a resolver los problemas? ¿Qué les diría a las familias acerca de cómo implicarse en la lucha contra los problemas? ¿Qué cosas importantes de su historia particular más allá del problema le gustaría compartir con el resto del mundo? ¿Qué mensaje le gustaría transmitir a los profesionales que trabajan con personas que enfrentan este tipo de problemas?

TERAPIA NARRATIVA Y CONSTRUCTOS PERSONALES

1. Sistema de Constructos Familiares

Como hemos señalado en la introducción, George Kelly fue pionero en adoptar una postura constructivista en psicoterapia. Ajeno a la revolución que seguiría en los años posteriores, se adelantó a su época con su Teoría de Constructos Personales (TCP; 1955/1991) en la que sienta las bases de una psicología que concibe al humano como un ser activo en la transacción con la experiencia vital, constructor de significados, en continua interacción con el mundo que le rodea. En la formulación original de la TCP, la elaboración de constructos se circunscribe al individuo, pero su marco conceptual permite asumir fácilmente el origen social de los mismos. Afortunadamente, Procter (1985, 1991, 2005, 2012) y otros autores (e.g., Feixas, 1990a, 1990b, 1991, 1992a, 1992b) llevaron a cabo este desarrollo ampliando los corolarios de la teoría Kelliana para incluir la profundidad del nivel sistémico en la comprensión de la conducta. En la noción de Sistema de Constructos Familiares (SCF) se sintetiza la integración, bajo la meta-teoría constructivista, del modelo sistémico con la teoría de Kelly (véase Feixas, 1995). De forma similar a lo que hemos denominado mitología familiar en la introducción, el enfoque del SCF propone que los miembros de una familia comparten (en mayor o menor medida) un espacio psicológico en el que negocian una realidad común. Cada miembro adopta una *posición* con respecto a los constructos que conforman el SCF. Este posicionamiento no es estático sino que comienza con la pareja y varía a lo largo del ciclo vital familiar. En este sentido, Ugazio (1998) ha realizado un importante trabajo en el que ha descrito de forma sistemática qué polaridades semánticas familiares (una noción original de Ugazio pero equivalente a la de constructo familiar a los efectos de este artículo) son más frecuentes en diversos trastornos del espectro neurótico. Para esta autora, “cada organización psicopatológica se desa-

rolla dentro de un contexto familiar caracterizado por una polaridad semántica específica [...] el desarrollo de cada psicopatología depende de la posición particular que el individuo y las personas significativas para él adopten respecto a la polaridad crítica” (pág. 33). Señala por ejemplo que en los trastornos fóbicos la polaridad principal se centra usualmente en torno a la semántica de la libertad mientras que la anorexia se enmarca dentro de la semántica del poder (victorioso/perdedor). Otros autores (Montesano, 2009) han explorado cómo en la distimia la semántica de la fortaleza (fuerte/ débil) adquiere especial protagonismo.

A partir de la noción de SCF, Procter (2012) ha diseñado recientemente varias versiones de rejillas cualitativas aplicables tanto en la investigación como en la práctica que permiten mapear los procesos de construcción interpersonal en el contexto familiar. Investigaciones preliminares han mostrado que estas rejillas tienen una gran validez para capturar tanto los procesos de construcción como la dinámica de interacción y que su utilización en el marco de una terapia permite sintetizar de forma gráfica y sencilla la narrativa familiar-individual (Procter, comunicación personal). La técnica permite no sólo dinamizar la comunicación entre terapeuta y familia sino que, lo que es más importante, alienta el entendimiento mutuo entre los familiares, factor clave para el éxito de la terapia. Consideramos que este es un terreno muy fértil para el modelo sistémico y su reto de integrar lo relacional con lo individual, precisamente porque permite utilizar el mismo marco interpretativo para describir los procesos de construcción de los sistemas personales y de los sistemas familiares (Feixas, 1995). Además, la integración de estos modelos resulta viable para describir de forma sistemática procesos y contenidos de los fenómenos psicopatológicos, el segundo de los ejes de evolución de la sistémica.

2. Los científicos cuentan historias

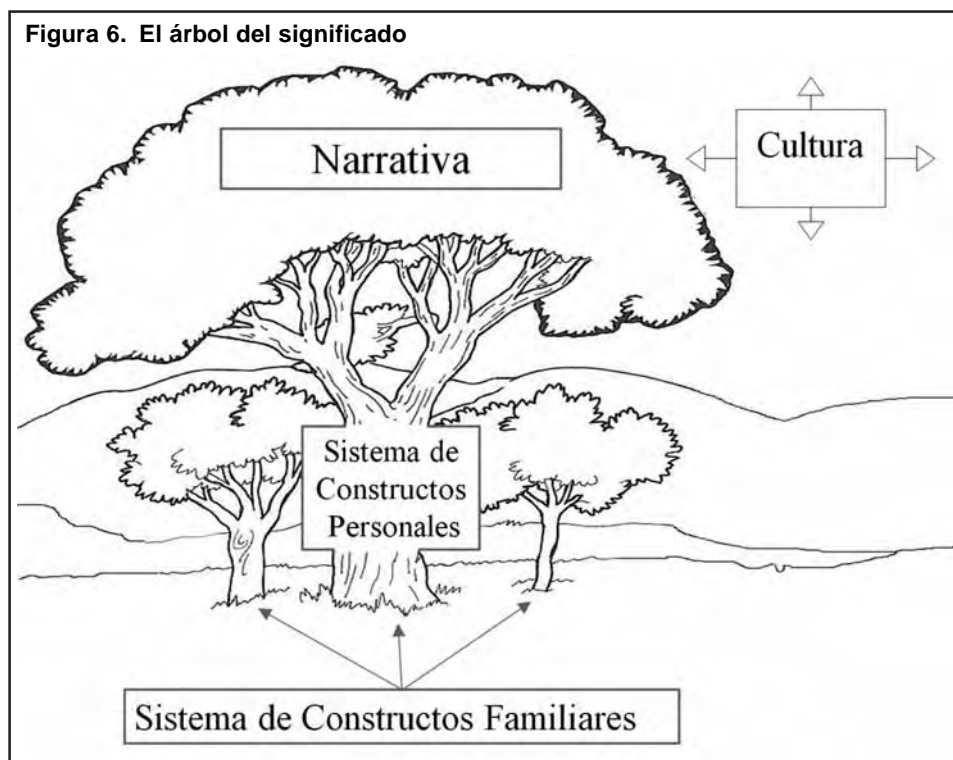
Del mismo modo que la TN entiende que la narración expresa los procesos psicológicos del ser humano, la TCP se apoya en la noción de constructo personal para reflejar la naturaleza del funcionamiento mental. Kelly utiliza la metáfora del ser humano como un científico que elabora teorías, realiza hipótesis y predicciones de futuro en base a sus constructos. A diferencia de la ciencia formal, los humanos utilizamos constructos personales, de naturaleza idiosincrática y a menudo de forma implícita para anticipar los acontecimientos y dar sentido a la experiencia vital (véase Botella y Feixas, 1998). Como señala Procter (2009) el concepto de constructo personal engloba diversos significados: entraña la dimensión perceptual, emocional, conductual y relacional de la experiencia. Separar dichas dimensiones, como es tradición en psicología, se aleja de la vivencia holística que tienen las personas de su experiencia cotidiana y plantea muchos problemas teóricos (véase Feixas, 2003). En cambio, tanto la narrativa como los constructos personales, representan de forma mucho más precisa la extraordinaria complejidad de la experiencia vital. En realidad, ambas unidades de análisis guardan muchas seme-

janzas entre sí y existen muchos puentes entre los desarrollos teóricos y las aplicaciones prácticas de ambos puntos de vista. De hecho, en un sentido amplio, podría incluso considerarse que la única diferencia radica en la forma de puntualizar su metáfora fundamental. La TCP centra más su atención en los procesos intrapsíquicos de la construcción de la experiencia (el hombre como científico), mientras que la TN, de base construccionista, prima los procesos sociales, el discurso y la influencia de las ideologías (el hombre como contador de historias). Pero ambas perspectivas se rigen por la predilección hacia la subjetividad, los procesos ligados a la construcción de la identidad y asumen que es en la experiencia relacional donde se generan y negocian los significados. Mair (1989), un investigador de la TCP fuertemente sensibilizado con el poder de las historias (stories), reescribe el principio fundamental de la TCP de la siguiente manera: “Los procesos de las personas están canalizados psicológicamente por las historias que viven y las historias que cuentan” (pág. 5). A pesar de su compatibilidad no pueden obviarse, sin embargo, las diferencias epistemológicas entre los enfoques constructivistas y los construccionistas. El lector interesado puede disfrutar de un atractivo debate en el volumen 24 del *Journal of Constructivist Psychology* (Brent, 2011) suscitado a raíz de la publicación de uno de los últimos libros de Gergen (2009).

Nuestro interés aquí es esbozar algunos de los puentes entre la TCP y la TN. Nos sumamos a la visión de Procter (2009) cuando afirma que los constructos conforman la trama fundamental de una narración. Para él un constructo “es como el asa de una maleta. Dentro de la maleta reside una (o varias) historias que pueden abrirse o expandirse en mayor o menor medida” (pág. 4). Desde este punto de vista, la narrativa es la aplicación de uno o varios constructos en una secuencia temporal en la que distintos personajes o (partes de uno mismo) se definen y se posicionan en torno a uno u otro polo de la(s) dimensión(es) de significado descrita(s) por dichos constructos. Por ejemplo, un relato de un episodio breve puede contener un constructo incidental, mientras que una narrativa elaborada sobre la vida de la persona podría reflejar el sistema nuclear de construcción. Los constructos subsumen historias en tanto que generan una determinada narrativa o seleccionan qué narrativas son pertinentes a una dimensión de significado concreta. La narrativa y los constructos mantienen por tanto una relación dinámica, la narrativa refleja los constructos en relación y los constructos revelan la síntesis de la narrativa. En este sentido, un sistema de constructos puede generar una extraordinaria riqueza de escenarios narrativos. Pero también puede que la narración, como ocurre con la narrativa sintomática, devenga repetitiva, aplicando una y otra vez los mismos constructos sobre la experiencia vital. Podríamos entender, por tanto, que la narrativa dominante parasitaria descrita por la TN refleja uno o varios constructos centrales que oprimen a la persona y que hacen que la construcción de la experiencia se constriña a esas coordenadas. Cuestionar, flexibilizar o introducir nuevos constructos es el modo de generar una historia alternativa. A su vez, las historias son

la manera principal de ayudar a otra persona a revisar o añadir nuevos constructos a su repertorio (Procter, 2009).

Ya hemos esbozado antes como los constructos personales entroncan con el SCF. Si a ello le añadimos la dimensión narrativa del discurso en el plano interaccional, obtenemos una imagen más precisa de la arquitectura de los sistemas de construcción de significado. Esta podría semejarse a la estructura de un árbol. La narrativa, como las hojas de los árboles, interacciona con el medio, respirando historias, transformando la energía del sol en alimento para sí y en oxígeno para el mundo. El follaje brota de las ramas como la narrativa surge de los constructos personales. Cuando brota una nueva hoja, la rama también se transforma. Y a medida que las ramas crecen permiten aumentar la riqueza y los matices del colorido del follaje. A veces estas ramas son más visibles y explícitas, otras no. Unas son más fuertes que otras, más o menos independientes, pero todas confluyen sobre un tronco primigenio que cumple, con mayor o menor éxito, una función sustentadora. Además, al igual que cada árbol tiene unas características específicas que son tributarias del contexto en el que crece, todo sistema de significado se circunscribe a la cultura en la que se genera (véase figura 6).



Considerando todas estas conexiones entre las unidades básicas de análisis de

la TCP y la TN, no es extraño que ambos enfoques converjan en muchos aspectos de sus procedimientos terapéuticos. Seguro que el lector ya ha percibido la analogía entre lo que White denominó lo ausente pero implícito y la naturaleza bipolar de los constructos descritos por Kelly. White se basa en la noción batesoniana de que el conocimiento es la captación de una diferencia y que, por tanto, todo significado esta en relación a un opuesto. Pero Kelly ya había teorizado acerca de esta forma de entender la generación del conocimiento. Para él, un constructo es la unidad mínima de conocimiento del individuo que consiste en la captación de una diferencia (y una similitud). Definió los constructos como dimensiones bipolares de significado que tiene un individuo para entender y anticipar su experiencia. En consecuencia, la terapia de ambos modelos alienta a los terapeutas a modular la intervención en torno a los contrastes de significado que el cliente o la familia expresan (explícita o implícitamente) en su narrativa. A menudo en este contraste se encuentra la base sobre la que articular el cambio.

En cuanto a la praxis, no puede pasarse por alto tampoco la similitud intencional de la terapia de rol fijo propuesta por Kelly y la creación de una historia alternativa a partir de excepciones de la TN. Desde ambas estrategias, se desafía a la persona a aventurarse en la empresa de experimentar nuevas formas de hacer, sentir y pensar acerca de los sucesos vitales a partir de una propuesta alternativa pero coherente con los valores personales y familiares. Las similitudes técnicas no sólo se ciñen a estos aspectos generales sino que también pueden observarse en cuestiones más específicas de la intervención. Por ejemplo, ambos enfoques procuran conectar siempre la acción con el significado a través de preguntas que permitan la reflexión (e.g., escalamiento, diagrama circular, panoramas de acción y de conciencia). Por otra parte, como se ha descrito más arriba White propuso manejar situaciones de resistencia en terapia presentando un dilema al cliente o la familia. Desde la TCP existe toda una línea de investigación aplicada en la que se ha constatado la importancia de los dilemas implicativos en distintos grupos clínicos (véase Feixas, Saúl y Ávila, 2009; Feixas y Saúl, 2005). A grosso modo, podemos definir los dilemas implicativos como un tipo de conflicto cognitivo en el que la construcción del síntoma está asociada a aspectos identitarios de la persona. A diferencia de la TN, la TCP ofrece procedimientos específicos de evaluación, detección e intervención sobre los dilemas y ha generado una notable cantidad de investigaciones empíricas al respecto (www.usal.es/tcp). Se ha encontrado que tanto la existencia como la proporción de dilemas en el sistema de constructos se asocian con la severidad de los síntomas (e.g., Feixas, Montesano, Erazo-Caicedo, Compañ y Pucurull, en prensa) y que el éxito de la terapia, con independencia del modelo, correlaciona con la resolución de dichos dilemas (e.g., Feixas, Saúl, Winter y Watson, 2008).

En definitiva, tanto la TCP como la TN invierten sus esfuerzos en construir elementos teóricos y procedimientos prácticos que den cuenta de cómo los seres

humanos crean sistemas de significado para dar sentido y actuar en el mundo. Conciben al individuo como un contador de historias (Mair, 1989), co-autor de los guiones de su vida (Mahoney, 1988), que construye su mundo en y a través de una red de relatos o narrativas múltiples (Sluzki, 1992). Tanto la TCP como la TN y el modelo sistémico, además de compartir la epistemología constructivista, asumen posturas similares con respecto a diversas cuestiones clínicas como la influencia de la etiquetación como mecanismo mantenedor de la patología, la visión de las situaciones de no cambio como coherentes con la estructura y organización del sistema (individual/ familiar) y no fundadas en la personalidad o en dobles intenciones, la centralidad del lenguaje y la visión de la terapia como un proceso de (re)construcción de significados.

REFLEXIONES FINALES

En poco más de medio siglo de evolución, el campo de la salud mental ha sufrido grandes transformaciones. En el año 1949 el psiquiatra Egas Moniz recibía el premio nobel en medicina por el valor terapéutico del procedimiento de la lobotomía en la psicosis. Muchas cosas han cambiado desde aquel hito histórico. La psicología clínica se ha expandido mundialmente y ha asistido a un vasto desarrollo, no siempre lineal, que ha generado un número de modelos y procedimientos inabarcable. Aun así la historia resulta, a veces, paradójica. Es probable que en la actualidad los investigadores de las neuronas especulares, también llamadas neuronas espejo, opten al premio nobel y sin embargo, durante más de medio siglo diversos autores, especialmente del modelo sistémico, habían anunciado y detallado, sin tener en cuenta la biología subyacente, los fenómenos a los que hacen referencia.

Como hemos visto la sistémica sentó las bases de una concepción relacional del ser humano y del desarrollo de la identidad. En las últimas décadas ha incorporado a su repertorio teórico el concepto de narrativa. No sólo ha sido el modelo sistémico, sino que muchos otros de corte individual han adoptado la perspectiva narrativa para dar cuenta de los fenómenos objeto de su interés. De este modo, las terapias se muestran más sensibles a la experiencia particular de cada cliente o familia, lo que supone una ganancia para los modelos terapéuticos al uso y sus consultantes. Sin embargo aunque la narrativa ha alcanzado una difusión transteórica capaz de contentar las sensibilidades de múltiples modelos terapéuticos, resulta insuficiente para explicar cierto tipo de procesos psicológicos, como por ejemplo los significados implícitos que se encuentran en un nivel no consciente y que, por tanto, no se muestran en la narrativa (como se hace patente en el trabajo clínico con la hipnosis). El marco interpretativo de la TCP, en cambio, es capaz de abarcar tanto la dimensión discursiva como la implícita de los significados y dispone de herramientas sistemáticas para su evaluación. La TN podría beneficiarse ostensiblemente de integrar tales procedimientos en su modelo.

Otra ventaja, sin duda, de la evolución de los modelos de intervención hacia la narratividad tiene que ver con que están más orientados hacia el futuro y menos hacia el pasado, sin obviarlos. La meta-teoría constructivista apela a los modelos terapéuticos a vivir en el mundo de las posibilidades. Es decir, los flexibiliza y les permite pasar de la rigidez estructural de los modelos esencialistas (rasgos, genes, etc.) al mundo de los significados. En consecuencia, se expanden considerablemente las posibilidades terapéuticas pues, como sabe el lector, los significados no son nunca únicos, siempre pueden ser discutidos, redefinidos y revalorizados. La TN está especializada en diseñar procedimientos para tal fin. Visto desde la actualidad, parece mentira que nadie se hubiera dado cuenta antes de los beneficios de externalizar el problema. El procedimiento de externalización tiene el poder de las ideas simples y la profundidad de las teorías bien articuladas. Pero tampoco es una panacea. En el contexto terapéutico, la externalización puede ayudar notablemente a focalizar y acelerar el proceso pero debe abandonarse cuando no se obtiene la respuesta esperada o la familia no acepta la redefinición. En cualquier caso, el legado de la TN de White no sólo se basa en este procedimiento. Por ejemplo, han popularizado el uso de cartas y documentos escritos como herramientas terapéuticas de gran valor. En realidad, los terapeutas narrativos son auténticos arquitectos del arte de preguntar, son artífices de miles de preguntas interesantes cuya relevancia clínica va más allá del marco donde fueron creadas. En nuestra opinión, son creadores de una auténtica tecnología de resolución de problemas que sobrepasa con creces la rigidez que adolece, en muchas ocasiones, el programa clásico de entrenamiento en solución de problemas que tan amplia difusión ha tenido en la literatura psicológica.

Desde nuestro punto de vista los modelos de intervención psicológica necesitan reformularse para adaptarse a un mundo cuyas estructuras sociales cambian cada vez más rápido. Ya hemos apuntado que una vía de desarrollo para el modelo sistémico es la integración con psicoterapias de corte individual. Sin embargo, este movimiento debería ser bidireccional, las terapias individuales no deberían seguir obviando la importancia del contexto relacional en sus procedimientos. Consideramos que la TN encarna una de las alternativas más viables para esta evolución y que tiene mucho que aportar a este respecto. Pero para ello se necesita, sin duda alguna, mayor volumen y rigurosidad en la investigación sobre los procedimientos y constructos teóricos del modelo que tan útiles resultan en la práctica clínica.

Por lo general, y a excepción de algunos autores (e.g., Gonçalves et al., 2011), se ha renunciado (en ocasiones por considerar que está en contra de los postulados construccionistas) a vincular la teoría de la TN con el mundo de la investigación. En nuestra opinión, la rigurosidad en la investigación no está reñida con la TN, sólo hace falta adoptar el marco interpretativo adecuado. La combinación de métodos cuantitativos y cualitativos puede ser un marco muy útil para dar cuenta de la fenomenología y la casuística relacionada con los problemas de salud mental en

términos de significado (e.g., Montesano, Feixas y Varlotta, 2009). Sin embargo, también es cierto que esto resulta del todo imposible sin el apoyo financiero de las instituciones macro que distribuyen los recursos. La prestigiosa revista *Nature* (2012) ha tildado recientemente de “escandalosa” la falta de apoyo para los estudios de mejora de las terapias psicológicas. Reconocen que los tratamientos psicológicos tienen el potencial de marcar una diferencia substancial en el tratamiento de pacientes pero que la financiación destinada a su estudio es muy escasa en comparación a los recursos destinados al descubrimiento de fármacos. Esta carencia de inversión es especialmente problemática en el caso de las terapias de corte constructivista. Creemos que es importante que, a pesar del escaso apoyo financiero e institucional, se sigan generando propuestas de investigación que ayuden a difundir estos modelos por los canales a los que de momento no ha tenido acceso. De este modo sería posible que, en las próximas décadas, la tensión entre la “narrativa dominante” de lo biológico y los “conocimientos subyugados” de los modelos psicoterapéuticos narrativos y constructivistas se resuelva a favor de una postura más integrativa y surja una “narrativa alternativa” más fructífera y útil al servicio de los usuarios de la red de recursos asistenciales en salud mental.

En el presente texto se revisan las principales intervenciones basadas en el paradigma narrativo en el contexto del modelo sistémico. En primer lugar recopilamos de forma somera, aún a riesgo de resultar excesivamente simplistas, la evolución del modelo sistémico para describir la manera en que este proceso acompaña el desarrollo de la óptica narrativa. En segundo lugar, nos centramos en la descripción del modelo de terapia narrativa de Michael White y el procedimiento de externalización, deteniéndonos en los principales pasos del proceso terapéutico e ilustrando cada fase con ejemplos clínicos con el objeto de dar al lector una visión detallada de las intervenciones narrativas al uso. Un último apartado está dedicado a reseñar la afinidad entre la teoría de constructos personales y las intervenciones narrativas destacando su relevancia para el futuro desarrollo del modelo sistémico.

Palabras clave: terapia familiar, terapia narrativa, externalización, constructos personales, integración en psicoterapia

Agradecimientos

Queremos agradecer enormemente al Dr. Guillem Feixas sus sugerencias de incalculable valor tanto a nivel conceptual como de redacción en la preparación de este manuscrito.

Notas:

- 1 Las posturas constructivistas y construccionistas comparten la idea de que el conocimiento no es la representación fiel de una realidad independiente del observador. Sin embargo, ambas posturas difieren en algunos aspectos clave de su formulación. Mientras que para el constructivismo el conocimiento reside en el sujeto, para el construccionismo reside en las relaciones sociales y el lenguaje. Estas diferencias ya han sido recogidas en otros textos y exceden el propósito de nuestro trabajo. Por ello remitimos al lector interesado en profundizar a los textos de Luis Botella y Sara Figueras (2006) y Guillem Feixas y Manel Villegas (2000).
- 2 White explica su postura al respecto en una entrevista con Andrew Wood: “*es mucho lo que podemos hacer para que el contexto terapéutico sea más igualitario. No obstante, creo que es un error suponer que la terapia pueda ser siempre totalmente igualitaria, porque la verdadera estructura de este contexto determina lo que podríamos llamar una diferenciación de poder. Para que esta distinción se esfumara y para poder creer que la terapia puede llegar a ser totalmente igualitaria, los terapeutas tendrían que ignorar las particulares responsabilidades morales y éticas vinculadas con la posición que ellos ocupan*”. (White, 1994; pág. 227).
- 3 El término en inglés es “unique outcome”. La palabra inglesa unique se traduce literalmente como único pero es una palabra que, a diferencia del español, se usa con muy poca frecuencia porque tiene el matiz de señalar algo realmente extraordinario.

Referencias bibliográficas

- ANDERSEN, T. (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues*. New York: W.W. Norton & Co.
- ANDERSON, H., & GOOLISHIAN, H. (1988). Human Systems as Linguistic Systems: Evolving Ideas about the Implications for Theory and Practice. *Family Process*, 27, 371- 393.
- ANDERSON, H., & GOOLISHIAN, H. (1990). Beyond Cybernetics: Comments on Atkinson and Heath's Further Thoughts on Second Order Family Therapy. *Family Process*, 29, 157-163.
- BATESON, G. (1972). *Pasos hacia una ecología de la mente: una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires: Carlos Lohlé.
- BATESON, G. (1979). *Mind and nature: A necessary unity*. New York: Dutton.
- BERTRANDO, P., & TOFFANETTI, D. (2004). *Historia de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- BEYEBACH M. (1995). Uso de metáforas en terapia familiar. En J. Navarro y M. Beyebach, (Eds.) *Avances en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Paidós.
- BEYEBACH, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- BEYEBACH, M., & HERRERO DE LA VEGA, M. (2006). Psicología y pensamiento posmoderno. En L. Botella (Ed.) *Construcciones, narrativas y relaciones: aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia* (pág 269-299). Barcelona: edebé.
- BEYEBACH, M., & RODRIGUEZ MOREJÓN, A. (1994). Prácticas de externalización: la enseñanza de habilidades para externalizar problemas. En Varios, *La formación en terapia familiar* (281-306). Vitoria: Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar.
- BOSCOLO, L., & BERTRANDO, P. (1996). *Terapia Sistémica Individual*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- BOSCOLO, L., CECCHIN, G., HOFFMAN, L., & PENN, P. (1987). *Milan systemic family therapy: Conversations in theory and practice*. New York, NY: BasicBooks.
- BOTELLA, L., & FEIXAS, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- BOTELLA, L., & FIGUERAS, S. (2006). Psicología y pensamiento posmoderno. En L. Botella (Ed.) *Construcciones, narrativas y relaciones: aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia* (pág 15-70). Barcelona: edebé.
- BRENT, D. S. (Ed.). (2011). Exploring and critiquing Ken Gergen's Book Relational Being. [special issue]. *Journal of Constructivist psychology*, 24 (4).
- BRUNER, J. S. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge: Harvard University Press. (Edición en castellano: *La realidad mental y los mundos posibles*. Barcelona: Gedisa, 1988).

- BRUNER, J. S. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge: Harvard University Press. (Edición en castellano: *Actos de significado: Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza Editorial, 1991).
- CANEVARO, A. (2012). *Terapia Individual sistémica con familiares significativos*. Madrid: Morata.
- CAREY, M., WALTHER, S., & RUSSELL, S. (2006). *The absent but implicit a map to support therapeutic enquiry*. Workshop notes, Dulwich center: Adelaida.
- DALLOS, R. (1996). *Sistemas de creencias familiares: Terapia y cambio*. Barcelona: Paidós.
- DALLOS, R. (2006). *Attachment narrative therapy: Integrating systemic, narrative, and attachment approaches*. Maidenhead: Open University Press.
- DE SHAZER, S. (1982). *Patterns of Brief Family Therapy: An Ecosystemic Approach*. New York, NY: The Guilford Press.
- DE SHAZER, S. (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- DE SHAZER, S. (1988). *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- DE SHAZER, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.
- ERON, J., & LUND, T. (1996). *Narrative solutions in brief therapy*. New York: Guilford Press.
- FEIXAS, G. (1990a). Approaching the individual, approaching the system: A constructivist model for integrative psychotherapy. *Journal of Family Psychology*, 4, 4-35.
- FEIXAS, G. (1990b). Personal construct theory and the systemic therapies: Parallel or convergent trends? *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 1-20.
- FEIXAS, G. (1991). Del individuo al sistema: La perspectiva constructivista como marco integrador. *Revista de Psicoterapia*, 6-7, 91-120.
- FEIXAS, G. (1992a). Family constructs govern interaction: An integrative view. *PsycCRITIQUES*, 37(9), 915-916.
- FEIXAS, G. (1992b). Personal construct approaches to family therapy. In R. A. Neimeyer, & G. J. Neimeyer (Eds.), *Advances in personal construct psychology, vol. 2*. (pp. 215-255). US: Elsevier Science/JAI Press.
- FEIXAS, G. (1995). Personal constructs in systemic practice. In R. A. Neimeyer, & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy*. (pp.305-337). Washington, DC US: American Psychological Association.
- FEIXAS, G. (2003). Una perspectiva constructivista de la cognición: Implicaciones para las terapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, 56, 107-112.
- FEIXAS, G., MONTESANO, A., ERAZO-CAICEDO, M. I., COMPAÑ, V., & PUCURULL, O. (in press). Implicative Dilemmas and Symptom Severity in Depression: A preliminary and content analysis study. *Journal of Constructivist Psychology*.
- FEIXAS, G., MUÑOZ, D., COMPAÑ, V., & MONTESANO, A. (2012). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. Material Docente. Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/31584>
- FEIXAS, G., SAÚL, L. A., & ÁVILA, A. (2009). Viewing cognitive conflicts as dilemmas: implications for mental health. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 141-169.
- FEIXAS, G., SAÚL, L. WINTER, D., & WATSON, S. (2008). Un estudio naturalista sobre el cambio de los conflictos cognitivos durante la psicoterapia. *Apuntes de Psicología*, 26, 243-255.
- FEIXAS, G., & SAÚL, L. A. (2005). La cognición: Tratamientos constructivistas. En B. Rojí y L. A. Saúl (Comp.), *Introducción a las psicoterapias experienciales y constructivistas* (págs. 427-470). Madrid: UNED.
- FEIXAS, G., & VILLEGAS, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia (3ª ed. revisada)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- FRENÁNDEZ LIRIA, A. (2001). Una confluencia en las narrativas. En A. Fernandez-Liria y B. Rodríguez Vega. *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Desclée de Brouwer: Bilbao.
- FERNÁNDEZ LIRIA, A., & RODRIGUEZ VEGA, B (2012). *Terapia narrativa basada en la atención plena para la depresión*. Desclée de Brouwer, Bilbao.
- FOUCAULT, M. (1979). *Discipline and punish: the birth of the prison*. Middlesex: peregrine books.
- FOUCAULT, M. (1980). *Power/knowledge: selected interviews and other writings*. New York: pantheon Books.
- GARCÍA-MARTÍNEZ, J. (2012). *Técnicas narrativas en psicoterapia*. Madrid: Editorial Síntesis.
- GERGEN, K. (2009). *Relational Being: Beyond Self and Community*. New York: Oxford University Press.
- GERGEN, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275.
- GONÇALVES, M. M., RIBEIRO, P. A., MENDES, I., MATOS, M., & SANTOS, A. (2011). Tracking Novelties in Psychotherapy Process Research: The Innovative Moments Coding System. *Psychotherapy Research*, 21, 497-509.

- GREENHALGH, T., & HURWITZ B. (1998). *Narrative Based Medicine. Dialogue and discourse in clinical practice*. London: BMJ Books.
- HERMANS, H., & DIMAGGIO, G. (Eds.) (2004). *The dialogical self in Psychotherapy*. Nueva york: Brunner Routledge.
- HOFFMAN, L. (1985). Beyond power and control: Toward a "second-order" family systems therapy. *Family systems Medicine*, 3, 381-396.
- HOFFMAN, L. (1988). A constructivist position for family therapy. *Theirish Journal Of Psychology*, 9, 110-129.
- KELLY, G. A. (1955/ 1991). *The Psychology of personal constructs*. Norton/London, Routledge, New York.
- KOGAN, S. M., & GALE, J. E. (1997). Decentering therapy: textual analysis of a narrative therapy session. *Family Process*, 36, 101-126.
- LEFF, J. P., & VAUGHN, C. (1985). *Expressed emotion in families*. New York: Guildford Press.
- LINARES, J.L. (1996). *Identidad y narrativa: La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- LINARES, J. L., PUBILL, M. J., & RAMOS, R. (2005). *Las cartas terapéuticas. Una técnica narrativa en terapia familiar*. Barcelona: Herder.
- LINARES, J. L., & CAMPO, C. (2000). *Tras la honorable fachada: Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona: Paidós.
- LINARES, J.L. (2003). ¿Acaba la historia en el posmodernismo? Hacia una terapia familiar Ultramoderna. *Redes*, 11, 31-47.
- MAHONEY, M. J. (1988). Constructive metatheory: I. Basic features and historical foundations. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 1- 35.
- MAIR, M. (1989). Kelly, Bannister, and a story-telling psychology. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 2, 1- 14.
- MINUCHIN, S. (1988). Where is the family in narrative family therapy? *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 397-403.
- MONTESANO, A. (2009). *Identidad y narrativa en la distimia: análisis de contenido de constructos personales*. Trabajo de investigación no publicado. Universidad autónoma de Barcelona. Barcelona.
- MONTESANO, A., FEIXAS, G., & VARLOTTA, N. (2009). Análisis de contenido de constructos personales en la depresión. *Salud Mental*, 32, 371-379.
- MORGAN, A. (2000). *What is narrative therapy? An easy-to-read introduction*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- NAVARRO, J. (2004). *Enfermedad y Familia. Manual de intervención psicosocial*. Barcelona: Paidós.
- NATURE: Therapy Deficit: studies to enhance psychological treatments are scandalously under-supported. [Editorial]. (2012). *Nature*, 489, 473-474. doi:10.1038/489473b
- PAPP, P., & IMBER-BLACK, E. (1996). Family themes: transmission and transformation, *Family Process*, 35, 5-20.
- PAYNE, M. (2002). *Terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.
- PENN, P., & FRANKFUT, M. W. (1994). Creating a participant text: Writing, multiple voices, narrative multiplicity. *Family Process*, 33, 217-231.
- PROCTER, H. G. (2009). The construct. In Butler, R. (ED.) *On reflection: emphasising the personal in Personal Construct Theory*, Wiley: Chichester.
- PROCTER, H. G. (1985). A construct approach to family therapy and systems intervention, in Button, E. *Personal Construct Theory and Mental Health*. Beckenham: Croom Helm.
- PROCTER, H. G. (2005). Techniques of Personal Construct Family Therapy. In D. Winter and L. Viney (eds.) *Personal Construct Psychotherapy: Advances in Theory, Practice and Research*. Whurr, London.
- PROCTER, H. G. (2012). Developments in Personal and Relational Construct Psychology: Qualitative Grids and the Levels of Interpersonal Constructing. Unpublished manuscript.
- PROCTER, H.G. (1991). Psicología de los constructos familiares. *Revista de Psicoterapia*, 6-7, 73-90.
- SLUZKI, C. (1983). Process, structure and context: Toward an integrated view of the systemic models in family therapy. *Family Process*, 22, 469-476.
- SLUZKI, C. (1985). Terapia familiar como construcción de realidades alternativas. *Sistemas Familiares*, 1, 53-59.
- SLUZKI, C. (1992). Transformations: A Blueprint for Narrative Changes in Therapy. *Family Process*, 31, 217-230.
- SLUZKI, C. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- SLUZKI, C. (2012). *La presencia de la ausencia. Terapia con familias y fantasmas*. Barcelona: Gedisa.
- STEINGLASS, P. (1996). Editorial: Family therapy's future, *Family Process*, 35, 403-405.
- TOMM, K. (1985). Circular Interviewing: A multifaceted clinical tool. In D. Campbell & R. Draper (eds.), *Applications of systemic family therapy: The Milan model*. New York: Grune & Stratton.

- TOMM, K. (1994). Externalización del problema e internalización de la posición como agente. En M. White, *Guías para una terapia familiar sistémica*. (págs. 9-19). Barcelona: Gedisa.
- UGAZIO, V. (1998). *Historias permitidas, historias prohibidas. Polaridad semántica familiar y psicopatología*. Barcelona: Paidós, 2000.
- VASQUEZ, G.M. (1993). A Homo Narrans Paradigm for Public Relations: Combining Bormann's Symbolic Convergence Theory and Grunig's Situational Theory of Publics. *Journal of Public Relations Research*, 5, 201-216.
- VILLEGAS, M., & PACHECO, M. (2006). Psicología y pensamiento posmoderno. En L. Botella (Ed.) *Construcciones, narrativas y relaciones: aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia* (pág. 159-191). Barcelona: edebé.
- VON FOESTER, H. (1981). *Observing systems*. Seaside, CA: Intersystems Publications.
- VIGOTSKY, L. S. (1962). *Thought and language*. Cambridge, MA: MIT Press and Wiley.
- WATZLAWICK, P. (1984). *The invented reality*. New York: Norton. (Trad. cast.: *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa, 1989).
- WATZLAWICK, P. (1979). *¿Es real la realidad?* Barcelona: Herder.
- WEINGARTEN, K., & WORTEN, M. E. (1997). A narrative approach to understanding the illness experiences of a mother and daughter, *Family Systems and Health*, 15, 41-54.
- WHITE, M. (1986). *Ritual of inclusion: An approach to extreme uncontrolled behaviour in children and young adolescents*. Dulwich Centre Review.
- WHITE, M. (1991). La externalización del problema y la reescritura de vidas y relaciones. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 18, 31-59.
- WHITE, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- WHITE, M. (2000). *Reflections on narrative practice*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.
- WHITE, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: W.W. Norton & Co.
- WHITE, M., & EPSTON, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W. W. Norton. [Traducción al castellano: 1993 *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.]
- ZIMMERMAN, J. L., & DICKERSON, V. C. (1994). Using a narrative metaphor: Implications for theory and clinical practice, *Family process*, 33, 233-245.

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO RECIBIDO (CRES-4): LA VERSIÓN EN ESPAÑOL

Feixas, G.^{1, 2}; Pucurull, O.¹; Roca, C.¹; Paz, C.¹; García-Grau, E.¹ y Bados, A.¹

¹ Universitat de Barcelona

² Institut de Recerca Cervell, Cognició i Conducta (IR3C)

The satisfaction of consumers and users with the products and services is an issue that in recent years has been taking more and more importance and now it even reaches psychotherapy. This paper presents the Spanish adaptation of the Consumer Reports Effectiveness Scale (CRES-4) consisting of four items designed to evaluate whether patients are satisfied with the therapy they have received and if it has been perceived as effective or not. Its global score is intended to reflect treatment effectiveness as perceived by the patient. Existing studies suggest that the CRES-4 is a good complementary tool to judge, in particular, satisfaction with treatment received.

Keywords: Client satisfaction, scales adaptation, psychotherapy, perceived improvement after treatment

El campo de la evaluación de la psicoterapia ha sido dominado por instrumentos orientados a valorar el nivel de cambio obtenido con respecto a aspectos como los síntomas, el funcionamiento psicosocial, la calidad de vida, aspectos cognitivos o intrapsíquicos, etc. Por otro lado, a nivel general se han ido instaurando procesos de control de calidad y de medida del grado de satisfacción de los clientes y/o usuarios de servicios de todo tipo. Sin embargo, tanto en la práctica clínica cotidiana como en la investigación existe poca tradición de evaluar el grado de satisfacción con el servicio psicoterapéutico recibido.

A finales de la década de los años 70 se empezaron a desarrollar estudios dedicados a la obtención de un método estandarizado para evaluar la satisfacción de los pacientes con el tratamiento recibido. Se observó la necesidad de involucrar al paciente en las evaluaciones de los servicios asistenciales. Se pretendía conocer el grado en que se habían cumplido sus expectativas, la calidad de la prestación obtenida o la existencia de posibles deficiencias, etc., con un método que fuera cuantificable y con cierta validez y fiabilidad.

Uno de los cuestionarios de satisfacción más usado en servicios asistenciales de todo el mundo es el *Client Satisfaction Questionnaire* (CSQ) (Larsen, Attkisson, Hargreaves y Nguyen, 1979). Existen 6 versiones: CSQ-3, CSQ-4, CSQ-8, CSQ-18A, CSQ-18B y la versión completa de 31 ítems destinada exclusivamente a fines de investigación. La versión estándar es la CSQ-8; se trata de un cuestionario breve formado por 8 ítems con cuatro opciones de respuesta y una puntuación que va desde 8 a 32. La versión original de este cuestionario está en inglés, pero actualmente el CSQ-8 está disponible en más de 25 idiomas, entre ellos el español (Atkinson, 2012).

A nuestro juicio, una desventaja de este cuestionario es que pregunta de muchas formas la misma cuestión (p. ej., después de preguntar el grado de satisfacción, pregunta si se recomendaría a un amigo o si se volvería al programa de tratamiento, caso de necesitarlo). En nuestra experiencia, la pregunta reiterada sobre lo que esencialmente es un mismo aspecto produce tedio y desconexión, lo que suele resultar en un patrón repetitivo de respuestas con poca variabilidad entre ellas. Por otro lado, el sistema CSQ no es de libre acceso. Para poder administrarlo, además de tener un permiso expreso y por escrito del titular de los derechos de autor, se debe pagar por él una tarifa establecida que varía según la versión de la escala que se quiera usar, el idioma en que esté y el número de usos que se necesiten.

El estudio del *Consumer Reports*: un hito en la medida de la satisfacción en psicoterapia

Consumer Reports (CR) es una organización estadounidense, independiente y sin ánimo de lucro fundada en 1963 con la finalidad de proteger a los consumidores y trabajar para promover un comercio justo, equitativo y seguro. Lleva a cabo su actividad principal evaluando los productos existentes en el mercado (automóviles, electrodomésticos, compras, salud, etc.) mediante personas expertas y mediante las encuestas que rellenan los mismos consumidores. A partir de los datos obtenidos se informa a todos los consumidores con la publicación de revistas, libros, guías y boletines de los resultados obtenidos. En España existen también organizaciones similares como la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU).

En 1995 la revista *Consumer Reports* realizó un estudio a gran escala en EE.UU. sobre la eficacia de la terapia psicológica en la práctica clínica habitual y la satisfacción con la misma (véase Seligman, 1995). La revista envió en 1994 a 184.000 lectores un cuestionario que incluía preguntas sobre reparación de automóviles y sobre salud mental; esta última sección debía contestarse si en los últimos 3 años se había buscado ayuda (no necesariamente profesional) para problemas psicológicos. Todo el cuestionario fue respondido por 22.000 personas (el 12%). De los 6.900 que respondieron la sección de salud mental, 2.800 consultaron sólo a amigos, familiares o sacerdotes y los otros 4.100 buscaron más de una fuente de

ayuda: profesionales de la salud mental (2.900), médicos de familia (1.100) y grupos de autoayuda (1.300). Así pues, sólo un 42% de los que habían buscado ayuda para sus problemas psicológicos habían consultado a profesionales de la salud mental: psicólogos (37%), psiquiatras (22%), trabajadores sociales (14%), consejeros matrimoniales (9%) y otros (18%; p.ej., enfermeras psiquiátricas). La escala utilizada para la parte de psicoterapia es la que es objeto del presente estudio y se presenta más adelante. Los principales resultados obtenidos fueron los siguientes:

- a) La mayoría de los pacientes tratados por profesionales de la salud mental estuvieron satisfechos con la intervención recibida.
- b) El 54% pensaron que la terapia psicológica les había ayudado mucho y el 36%, algo.
- c) Funcionaron mejor los tratamientos largos (más de 6 meses) que los breves (6 meses o menos) y cuanto mayor fue la duración del tratamiento, mayor fue la mejora. Los clientes que obtuvieron mejores resultados valorados por ellos mismos en retrospectiva fueron los que estuvieron más de 2 años en tratamiento. Sin embargo, estos pacientes diferían del resto de la muestra en que: a) tendieron a presentar inicialmente problemas más graves y b) estuvieron de acuerdo en seguir una intervención de larga duración.
- d) Los profesionales de la salud mental fueron igual de eficaces que los médicos de familia con tratamientos de hasta 6 meses, pero más eficaces cuando el tratamiento fue más largo.
- e) La terapia psicológica y la combinación de esta con la farmacológica fueron igual de eficaces (no se consideraron los trastornos psicóticos ni los bipolares).
- f) Informaron mejores resultados los pacientes que se preocuparon por elegir bien a su terapeuta y que adoptaron una actitud activa durante la terapia (ser abierto, trabajar entre sesiones).
- g) Informaron peores resultados los pacientes cuya elección de terapeuta o duración de la terapia estuvo limitada por su seguro.
- h) Ninguna modalidad de terapia psicológica se mostró superior a otra en ninguno de los problemas considerados.

Como comentan Bados y Garcia-Grau (2011), está claro que estos resultados no pueden ser concluyentes dadas las características del estudio y los problemas metodológicos que presenta. Por ejemplo, el porcentaje de respuesta fue muy bajo, la muestra sólo fue representativa de la clase media adulta, muchos pacientes fueron atendidos por problemas subclínicos, no existió grupo control, y los datos estuvieron basados en autoinformes generales y retrospectivos.

En general, se considera la encuesta del *Consumer Reports* más como un estudio de la satisfacción de los consumidores que de la utilidad clínica de la

psicoterapia. Nielsen et al. (2004) hallaron que, en comparación a un cuestionario pasado prospectivamente (Outcome Questionnaire-45, OQ-45; Lambert, et al., 1996), la aplicación retrospectiva a los mismos pacientes del cuestionario del *Consumer Reports* sobrestimó de modo notable el cambio conseguido. Por otro lado, concluyeron que el componente de la satisfacción estaba relacionado y, por lo tanto covariaba, con la duración y la intensidad del tratamiento no siendo así con los componentes de cambio percibido ni de resolución del problema.

En un estudio posterior del *Consumer Reports* (2004) se compararon los tratamientos principalmente psicológicos y principalmente farmacológicos para la depresión y la ansiedad según las respuestas de 3.079 suscriptores de la revista que habían buscado ayuda al respecto. Las principales conclusiones fueron:

- a) Más del 80% pensaron que el tratamiento recibido les había ayudado.
- b) La terapia farmacológica fue de efectos más rápidos que la psicológica. Sin embargo, ésta dio lugar a mejores resultados cuando el tratamiento duró al menos 13 sesiones. La combinación de ambas terapias fue incluso algo más eficaz. No se informa de resultados de seguimiento una vez discontinuado el tratamiento.
- c) Con terapia farmacológica no fue fácil encontrar el fármaco adecuado para cada paciente. El 55% probaron dos o más fármacos y el 10%, cinco o más.
- d) Los fármacos antidepresivos provocaron efectos secundarios en un mayor porcentaje de personas (40%) que el informado en investigaciones controladas (15%). Un 40-50% tuvieron problemas sexuales, alrededor de un 20% ganaron peso y un 15-20% experimentaron somnolencia o desorientación.
- e) El tratamiento aplicado por médicos de asistencia primaria fue tan eficaz como el llevado a cabo por especialistas en salud mental en personas con problemas leves, pero los especialistas obtuvieron mejores resultados con casos graves.
- f) Informaron mejores resultados los pacientes que adoptaron una actitud activa: investigaron sobre su problema, se preocuparon por elegir bien a su terapeuta, preguntaron al profesional si tenía experiencia en tratar su problema, buscaron que un amigo o familiar viniera a una sesión, mantuvieron un registro de su tratamiento y estado emocional y aplicaron en su vida diaria lo que estaban aprendiendo en el tratamiento.
- g) En la última década se ha incrementado de modo muy notable la aplicación de fármacos para tratar la ansiedad y la depresión, y en cambio se ha reducido el número de sesiones del tratamiento psicológico.

La escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4)

La escala CRES-4 utilizada en el estudio del *Consumer Reports* (1995) consta de 4 ítems: una pregunta de satisfacción, una pregunta para calificar el grado de

resolución del problema principal, una pregunta acerca del estado emocional antes de empezar el tratamiento y, por último, una pregunta del estado emocional en el momento de responder al CRES-4 (véase Anexo). A partir de estas 4 preguntas se pueden extraer tres componentes que corresponden a la percepción del cambio del estado emocional, la satisfacción y la solución de problemas.

La adaptación española de la CRES-4

Se partió de la descripción de la CRES-4 proporcionada por Nielsen et al. (2004). Dos psicólogos realizaron la traducción al español y posteriormente se realizó una traducción inversa. Las discrepancias encontradas fueron discutidas con un doctor en psicología con más de 25 años de experiencia clínica y académica (GF). La versión resultante (véase Anexo) fue distribuida entre una docena de alumnos del master en Terapia Cognitivo Social de la Universitat de Barcelona para recabar sus comentarios con respecto a la aplicabilidad de la escala. Al no encontrarse ningún problema, se aplicó a seis pacientes que estaban siendo tratados en el contexto de las prácticas de dicho master. De dicha aplicación tampoco surgió la necesidad de introducir ningún cambio en los ítems. Por tanto, la versión definitiva coincide con la que se muestra en el anexo.

Corrección

Tal como explican Nielsen et al (2004), se obtienen tres componentes:

- 1. Satisfacción.** Se basa en la primera pregunta y la respuesta puede variar de 0 a 5. Se multiplica el valor de la respuesta por la constante 20 para poder obtener puntuaciones que vayan de 0 a 100. Cuanto más alta es la puntuación, mayor es el grado de satisfacción.
- 2. Solución del problema.** Se basa en la segunda pregunta y la respuesta puede variar de 0 a 5. También aquí se multiplica el valor de la respuesta por la constante 20 para poder obtener puntuaciones que vayan de 0 a 100. A mayor puntuación, mayor percepción de que se ha resuelto el problema por el que se ha consultado.
- 3. Percepción del cambio emocional.** Se basa en la tercera y cuarta preguntas. Se resta la puntuación de la respuesta obtenida en la pregunta del estado emocional pre-tratamiento de la puntuación post-tratamiento. Para evitar una posible puntuación negativa, se suman 4 puntos al resultado de esta resta, así se obtiene una puntuación que varía entre 0 y 8. A continuación, el resultado se multiplica por 12,5 para obtener una puntuación entre 0 y 100. Cuanto más alta es la puntuación final mayor es la mejora en el estado emocional. Puntuaciones por debajo de 50 indican empeoramiento (cuanto más bajas, mayor es el deterioro).

Para obtener la puntuación global de la CRES-4 se suman los resultados de los componentes anteriores tal como representa la siguiente fórmula:

$CRES-4 = (20 \times \text{satisfacción}) + (20 \times \text{solución del problema}) + [12,5 \times (4 + \text{estado emocional actual} - \text{estado emocional pre-tratamiento})]$

Por lo tanto, para interpretar la CRES-4 de forma global se considera una puntuación que está en una escala que va de 0 a 300 puntos. Cuanto mayor es la puntuación total, mayor es la eficacia del tratamiento según el paciente (Nielsen et al., 2004).

Discusión

En la actualidad, poder evaluar la satisfacción de un paciente una vez ha finalizado el tratamiento se ha convertido en algo primordial. Ya no solo desde el punto de vista del paciente, el cual puede sentir que su voz es escuchada, sino también para el terapeuta y para el centro donde se desarrolla el tratamiento. Es necesario poder disponer de una herramienta estandarizada para poder comparar los tratamientos de diferentes centros. En este sentido, la CRES-4 se presenta como un primer instrumento para responder a esta necesidad en el mundo de la psicoterapia de habla hispana. En futuros estudios se podrá estudiar su validez y fiabilidad psicométricas y presentar datos de muestras de habla hispana. En cualquier caso, debería reservarse para el estudio meramente de la satisfacción puesto que hay que tener en cuenta las limitaciones que suponen las valoraciones retrospectivas de eficacia y/o efectividad. A este efecto, se recomienda el uso de instrumentos que valoren el cambio terapéutico de forma más precisa (y no retrospectiva) como pueden ser el OQ-45 o bien el recientemente disponible en español CORE-OM (Feixas et al, 2012).

La satisfacción de consumidores y usuarios con los productos y servicios es un tema que en los últimos años ha ido adquiriendo cada vez más importancia hasta alcanzar también el campo de la psicoterapia. En este trabajo se presenta la adaptación al español de la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4). Tiene cuatro ítems y fue creada para evaluar el grado de satisfacción del cliente con la terapia recibida, el grado en que considera que su problema principal se ha resuelto y el cambio percibido en su estado emocional del pretratamiento al postratamiento. La puntuación global pretende reflejar la eficacia del tratamiento según el paciente (Nielsen et al., 2004). Los estudios realizados hasta la fecha con este instrumento sugieren que la CRES-4 puede ser un buen instrumento complementario, especialmente si se quiere evaluar la satisfacción con la psicoterapia.

Palabras clave: Satisfacción del cliente, adaptación de escalas, psicoterapia, cambio percibido

ANEXO

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO RECIBIDO (CRES-4)

En general, ¿qué tan satisfecho/a está con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó?

0. Completamente insatisfecho/a
1. Muy insatisfecho/a
2. Algo insatisfecho/a
3. Bastante satisfecho/a
4. Muy satisfecho/a
5. Completamente satisfecho/a

¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevó a consultar?

0. No estoy seguro/a
1. Hizo que las cosas empeorasen bastante
2. Hizo que las cosas empeorasen un poco
3. No ha habido cambios
4. Hizo que las cosas mejorasen algo
5. Hizo que las cosas mejorasen mucho

¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento?

0. Estaba muy mal, apenas lograba hacer frente a las cosas
1. Estaba bastante mal, la vida me resultaba a menudo muy dura
2. Regular, tenía mis altibajos
3. Estaba bastante bien, no tenía problemas graves
4. Estaba muy bien, me gustaba mucho la vida que llevaba

¿Cuál es su estado emocional general en este momento?

0. Estoy muy mal, apenas logro hacer frente las cosas
1. Estoy bastante mal, la vida es por lo general muy dura para mí
2. Regular, tengo mis altibajos
3. Estoy bastante bien, no tengo problemas graves
4. Estoy muy bien, me gusta mucho la vida que llevo

© Guillem Feixas y Olga Pucurull

Referencias bibliográficas

- Attkisson, C. (2012). *The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)*. Recuperado el 30 de noviembre 2012, desde <http://www.csqcales.com/>
- Bados, A. y García-Grau, E. (2011). *La práctica de la psicología clínica: Contexto, proceso y habilidades*. Saarbrücken: Editorial Académica Española.
- Consumer Reports (1995, Noviembre). Mental health: Does therapy help? Vol. 61, pp. 734-739.

- Consumer Reports (2004, Octubre). Drugs vs. talk therapy. Vol. 69, pp. 22-29.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., García-Grau, E. y López-González, M. A. (en prensa). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G. M., y Reisinger, C. W. (1996). *Administration and scoring manual for the OQ-45.2*. East Setauket, NY. American Professional Credentialing Services.
- Larsen, D., Attkisson, C., Hargreaves, W. y Nguyen, T. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Nielsen, S.L., Smart, D., Isakson, R., Worthen, V., Gregersen, A. y Lambert, M. (2004). The Consumer Reports Effectiveness Score: What did consumers report? *Journal of Counseling Psychology*, 51, 25-37.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Report Study. *American Psychologist*, 50, 965-974.

EL NARCISISMO Y SUS MODALIDADES

Manuel Villegas y Pilar Mallor

centroitaca@gmail.com

This article presents a constructivist view of narcissism, conceived as a deficit in the process of differentiation of the self. Assimilative function of selfishness is considered the cause of the absence of empathy in the narcissistic personality. Modalities that can take the narcissism are subdivided into three types known as aristocratic, meritocratic and plutocratic ones.

Keywords: narcissism, self-esteem, moral development, self-centeredness, psychotherapy

Introducción

El término “narcisismo” fue introducido en el campo de la psiquiatría por Paul Näcke en 1899, equiparándolo a una perversión sexual por la que “un individuo da a su cuerpo un trato parecido al que daría al cuerpo de un objeto sexual”. Esta forma de autoerotismo, al igual que la homosexualidad, era considerada por el autor como una “enfermedad”.

Havelock Ellis había usado con anterioridad la palabra “narcisismo” en 1892 en un estudio psicológico sobre el autoerotismo, describiendo la raíz mitológica y literaria del mito de Narciso, a la vez que extendía el alcance de su significado a comportamientos no manifiestamente sexuales. Posteriormente, en 1908, Isidor Sadger, alumno de Freud que intervenía en las reuniones de los miércoles en Viena, lo hace entrar definitivamente en la terminología psicoanalítica. A partir de 1910, aparece frecuentemente en los escritos de Freud, particularmente 1911, 1913, 1914 y 1923, y ocupa un lugar muy especial en los de otros autores posteriores, como Lacan (1983) o Kohut (1966, 1968, 1971).

Al introducir la distinción entre narcisismo primario y secundario, Freud propone la utilización del término en referencia a un estadio normal en el desarrollo de la libido. Por narcisismo primario entiende Freud el estado indiferenciado “inherente a la pulsión de autoconservación”, y en este sentido “no sería una perversión”, sino un estado de unidad originaria, anterior a la diferenciación sujeto – objeto. Mientras que el secundario es posterior a esta distinción y la supone. De

forma muy sintética y siguiendo a Laplanche y Pontalis (1996) se puede decir que: “El narcisismo primario designa un estado precoz en el que el niño catectiza toda su libido sobre sí mismo, mientras que el narcisismo secundario designa una vuelta sobre el yo de la libido, retirada de sus catexis objetales”.

A parte de la oscuridad de los términos en que se expresa la terminología psicoanalítica, apta sólo para iniciados, y las controversias en el seno de la propia escuela, hay que recordar que el propio Freud, como corrobora Ernest Jones, no estaba nada satisfecho de su propia elaboración del concepto. Así, el 16 de marzo de 1914 escribía en carta a Abraham: “El narcisismo fue un parto difícil y presenta todas las deformaciones consiguientes”.

Aunque la elaboración psicoanalítica del concepto de narcisismo ofrece aportaciones sugerentes, prescindiremos en adelante de ellas en nuestra exposición, a causa de las razones apuntadas y de la perspectiva genético estructural de la que partimos, dentro de cuyo marco concebimos el trastorno narcisista de la personalidad como un déficit de descentramiento (Villegas, 2011), como una incapacidad de diferenciación entre el sujeto y su mundo, que continúa construyendo de forma egocéntrica.

En cualquier caso, el término narcisismo remite al relato mitológico, recogido, entre otros, por Ovidio en las Metamorfosis y, como tal tiene un carácter metafórico, que presidirá nuestra exposición, a lo largo de este artículo y que reproducimos en síntesis a continuación

Eco y Narciso: el amor imposible

El mito de Eco y Narciso nos remite al adivino Tiresias, quien al nacer el bellísimo Narciso, hijo de la unión de la ninfa Liriope y del viento Cefis, predijo que viviría muchos años “si no llegara nunca a conocerse a si mismo”.

Al ser tan bello era deseado por todos, pero él, engreído en su superioridad, los rechazaba sistemáticamente, creyendo que solo podría enamorarse de una divinidad, hasta que un día yendo de cacería por el bosque, perdió a sus amigos y empezó a gritar:

- *¿hay alguien por aquí...?*

Y oyó una voz que decía:

- *por aquí...*

Esta voz era la de Eco, la ninfa que había sido castigada por Hera o Juno a carecer de voz propia y repetir solo las últimas palabras que llegaban a sus oídos. Eco era incapaz de hablar por si misma. Estaba privada de tener discurso propio, pero no de tener sentimientos propios y Eco se había enamorado de Narciso. Escondida en el bosque estaba esperando la ocasión para encontrarse con él, hasta que ésta se produjo.

Narciso siguió preguntando:

- *¿Estás aquí a mi lado?*

Y eco respondió:

- *a mi lado.*

Entonces, dijo Narciso,

- *acércate*

Y Eco repitió:

- *acércate*

- *Juntémonos,*

exclamó Narciso. A lo que Eco respondió:

- *Juntémonos.*

Estas palabras dieron a Eco el pretexto para salir de su escondite tras los árboles y echarse al cuello de Narciso para besarle, el cual, al verla, la rechazó como hacía con todo el mundo. Eco, desconsolada, se escondió de nuevo en el bosque para pasar el duelo, languideciendo poco a poco hasta convertirse en las rocas que repiten el eco de la voz. Por eso existe el eco en las montañas, que no es otra cosa que la voz de la ninfa que repite las últimas palabras de quien las pronuncia.

Narciso se encontró solo y perdido y la diosa Juno, creyendo injusto el castigo del rechazo amoroso que Narciso le había infligido a Eco, lo condenó a sentir lo mismo que sintió ella al ser rechazada: quiso que Narciso se sintiera rechazado, también. Llevado por la sed Narciso se acercó a una fuente de agua cristalina y cuando se inclinó sobre el estanque que formaba vio una imagen reflejada en el agua y se enamoró de ella. Cuando sonreía, también lo hacía la imagen, pero, cuando enamorado de ella la quería besar, la imagen desaparecía y, cuando la quería abrazar, casi se ahogaba y así sucesivamente. Narciso se pasó los días rogando para que la imagen saliera del agua, y al final se quedó tumbado esperando, quedándose dormido y muriendo al fin. Cuando los amigos lo encontraron vieron que se había convertido en la flor que lleva su nombre, el narciso.

El mito contiene casi todos los elementos del narcisismo, desde la perspectiva clínica.

- Desdoblamiento del yo (sujeto – objeto)

- Enamoramiento de sí mismo

- Necesidad de reconocimiento

- Engreimiento

- Incapacidad de amar

- Falta de empatía

- Reacción depresiva ante la frustración

Narciso representa el trastorno de personalidad por el cual la persona se enamora de sí misma, pero es importante también tener en cuenta la otra parte del mito, la que rechaza el amor de los demás. Narciso sufre cuando, preso de su propio encanto, no puede satisfacerse a sí mismo. Al intentar acercarse a si mismo como a otro, descubre que no hay otro, sino una imagen o reflejo de sí mismo, aunque no se reconoce en él. En el narcisismo no existe el amor hacia el otro sino el

enamoramamiento hacia uno mismo. Entonces Eros, la fuerza de atracción, se destruye, porque se reinvierte hacia el propio sujeto, convirtiéndose en un agujero negro que queda absorbido por su propia energía.

Para Narciso los otros no son sujetos, sino objetos, y eso le impide relacionarse con ellos de forma profunda, íntima, amorosa, de tener sentimientos hacia los demás, incapaz de sentir empatía. Narciso se consume en este enamoramamiento inalcanzable de sí mismo. A los demás los necesita como espejo, como eco, pero cuando encuentra a Eco en persona es incapaz de quererla. A los otros los trata como objetos que en sí mismos carecen de entidad, como Eco. Ese tipo de relación se reproduce en muchas parejas, en que uno es narcisista y el otro dependiente, en que uno cree tenerlo todo y el otro cree no tener nada. Se trata de relaciones asimétricas y deficitarias (Villegas y Mallor, 2010), donde realmente no hay nada que compartir más que un reflejo de una realidad inexistente.

Narciso es imagen y Eco es voz, pero ninguno de los dos tiene entidad, porque uno se pierde en la imagen y el otro se pierde en la voz, ambas son efímeras, la voz suena y desaparece, la imagen se diluye cuanto más te acercas a ella. Espejo y reflejo carecen de identidad; mientras que Narciso se pueda mirar y el espejo aguante puede durar la relación. Pero el espejo solo es un espejo, no tiene voz propia, se limitará a hacer de eco toda la vida de una imagen inalcanzable, si es que no se rompe antes.

LA PERSPECTIVA CLÍNICA

En épocas recientes, a partir de 1980 y a través del DSM-III, la personalidad narcisista ingresó en el diagnóstico psiquiátrico. Desde el punto de vista clínico, se ha impuesto como una patología que exige un diagnóstico diferencial de los trastornos de personalidad, asociados al mismo, como los cuadros *bordeline*, histriónicos y antisociales del cluster B.

Para tener una idea más adecuada acerca del término en un sentido descriptivo, nos remitiremos al criterio diagnóstico utilizado en el DSM-IV-R de la *American Psychiatric Association*, que lo define como “Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- Tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. ejemplo, exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados), como el expresado reiteradamente por Jose Mourinho en diversas ocasiones.

“Si hubiera querido un trabajo fácil, me hubiera quedado en Oporto con una cómoda silla azul, el trofeo de la *Champions League*... Dios, y después de Dios, yo”. “No soy el mejor del mundo, pero creo que no hay nadie mejor que yo... Dios tiene que pensar que soy un tío cojonudo. Si no, no me hubiera dado tanto”.

- ▶ Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.

“Seré un genio, y el mundo me admirará. Quizá seré despreciado e incomprendido, pero seré un genio, un gran genio, estoy seguro de ello”. (Salvador Dalí)
- ▶ Cree que es “especial” y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto estatus.

“Si ni siquiera Jesucristo caía bien a todo el mundo, imagínate yo... Un amigo mío dice que con todas las piedras que lanzan contra mí se podría hacer un monumento” (Jose Mourinho)

“Soy mejor que Messi, no me gusta que me comparen con nadie. Hay gente que dice que yo soy mejor y otros que dicen que es él, pero al final del día ellos van a decidir quién es el mejor del momento. Yo creo que soy yo”. (Cristiano Ronaldo)
- ▶ Exige una admiración excesiva.

“Desde la Revolución francesa ha ido afianzándose la viciosa y cretinizante inclinación a hacer creer a todos que los genios (dejando ahora al margen su obra) son seres humanos más o menos parecidos en todo al resto de los demás mortales. Nada más falso. Y, si esto es falso para mí, que soy el genio de más amplia inspiración de nuestra época, el auténtico genio de los tiempos modernos, es todavía más falso para aquellos genios que alcanzaron la cumbre del Renacimiento, como Rafael, genio casi divino. Este libro va destinado a probar que la vida cotidiana de un genio, su sueño, su digestión, sus éxtasis, sus uñas, sus resfriados, su sangre, su vida y su muerte son esencialmente diferentes a los del resto de la humanidad.”. (Salvador Dalí)
- ▶ Es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas.

“¿Por qué? ¿Por qué en cada semifinal pasa lo mismo? Estamos hablando de un equipo, el Barça, absolutamente fantástico, pero ¿por qué no pudo ir a la final el Chelsea hace dos años? ¿Por qué tiene este poder con los árbitros? ¿Por qué? Yo no entiendo por qué... No sé si es la publicidad de Unicef, No sé si es el poder del señor Villar en UEFA, no sé si son muy simpáticos... No sé... No entiendo... ¿Por qué? Yo no entiendo por qué... De repente, por milagro, Pepe expulsado, equipo con 10. Íbamos a tratar de llegar un poco más lejos. ¿Por qué? Yo no entiendo por qué... ¿Por qué? Yo no entiendo por qué... ¿Por qué?”

(Jose Mourinho)

- ▶ Es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas.
 - “Josep Guardiola es un gran entrenador, pero ganó una Champions que a mí me daría vergüenza tener” (Jose Mourinho)
- ▶ Carece de empatía, es decir, es incapaz de reconocer o identificarse con los sentimientos y las necesidades de otras personas
 - “Barcelona es una ciudad cultural, con teatros importantes y este chico (Leo Messi) ha aprendido muy bien. Ha aprendido comedia.” (Jose Mourinho)
- ▶ Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él.
 - “Será porque soy guapo, rico y un gran futbolista, porque me tienen envidia. No tengo otra explicación”. (Cristiano Ronaldo)
- ▶ Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios.
 - “No soy un entrenador más, soy campeón de Europa. Podéis llamarme *The Special One*... 2010 fue el mejor año de mi carrera. Si hay que poner una nota desde el punto de vista profesional, de 1 a 10 me pongo un 11... Por favor, no me llaméis arrogante, soy campeón de Europa y creo que soy especial. Wenger, Ferguson y Benítez nunca serán tan especiales como yo”. (Jose Mourinho)

ORIGEN DEL NARCISISMO EN EL PROCESO DE DIFERENCIACIÓN DEL YO.

Desde el momento en que un óvulo resulta fecundado por un espermatozoide, se inicia el proceso de formación de un nuevo individuo humano que está orientado a convertirse en un sujeto autónomo. Sin embargo, este proceso pasa por un largo recorrido, lleno de vicisitudes evolutivas que hemos descrito en otra parte (Villegas, 2011) que van configurando diversas etapas del desarrollo en base a diversos criterios de regulación, de menor a mayor independencia del entorno.

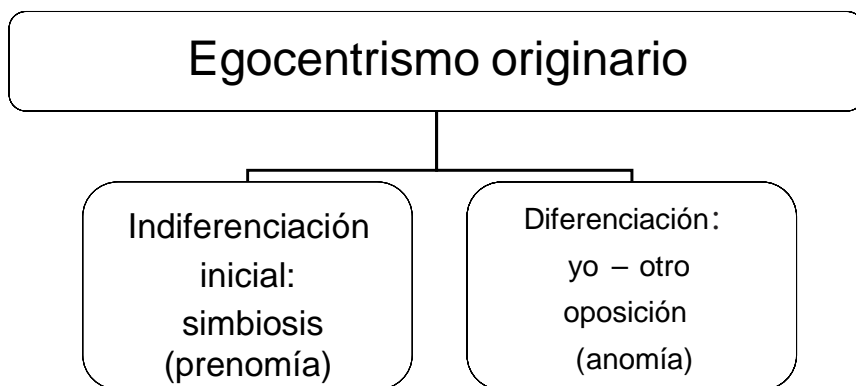
Inicialmente el sujeto no se halla diferenciado del mundo que le rodea, puesto que se forma a partir de un estado simbiótico con la madre, que es característico del periodo fetal y neonatal, regulado prenómicamente. Posteriormente, y en la medida en que se va constituyendo como un núcleo orgánico propio, diferenciado de la madre por el proceso expulsivo del parto y, más adelante, del destete, se le va planteando al bebé la necesidad de adaptarse a la nueva situación, creada por la dinámica del propio desarrollo madurativo que conlleva la adquisición de la posición erecta, la capacidad deambulatoria, la progresiva construcción del lenguaje y la interacción comunicativa. Estos procesos le plantean cada vez con más fuerza al bebé la necesidad de diferenciarse del otro que se presenta como otro, empezando por la madre misma. La conciencia de esta diferenciación genera el surgimiento del sí mismo como sujeto (yo) frente al mundo circundante (otro). Este proceso de diferenciación supone un primer momento de indiferenciación, o egocentrismo

originario, equivalente al que Freud llamaba “narcisismo primario”, previo a la distinción entre sujeto y objeto, contrapuesto, como hemos dicho más arriba, al “narcisismo secundario”. Nosotros evitamos esta distinción, debido a la imposibilidad de aplicar el concepto de narcisismo, que supone la objetivación de la propia imagen, cuyo inicio hay que buscar en la fase del espejo (Lacan, 1983), a este egocentrismo indiferenciado originario. En consecuencia, el concepto que queremos preservar es el de egocentrismo frente al de alocentrismo, siendo el de “narcisismo” un concepto de naturaleza metafórica, cuyo alcance ampliaremos con la triple distinción entre narcisismo aristocrático, meritocrático y plutocrático.

En base a esa concepción entenderemos la génesis del narcisismo como una derivación del proceso de diferenciación del yo, producto de la superación de la simbiosis originaria a partir de la representación del otro como otro, distinto al propio sujeto, lo que le convierte, como también a la propia imagen, en objeto de relación. Este descentramiento se sitúa en los orígenes de la regulación moral que inicia con el pasaje de la prenomía a la anomía, aunque por el momento se mantenga al margen del orden legal y social (Figura 1).

Figura 1

Génesis del Narcisismo



En consecuencia el narcisismo debe entenderse como una vicisitud posible en el proceso de diferenciación yo – otro, en el que el yo queda constituido como sujeto y el otro como objeto, proceso que da lugar a la aparición de la regulación anómica. En este proceso de diferenciación el sujeto se conoce a sí mismo a través de la imagen que proyecta de sí en el espejo de los otros o en la que los otros le devuelven de él. La cuestión es que el narcisista, como Narciso, no se reconoce a sí mismo, sino que precisa del reconocimiento especular, por lo que termina dependiendo de él,

hasta el punto de necesitarlo. Narcisista es pues, aquel que busca o necesita el reconocimiento especular, no el fóbico o el evitativo que lo teme.

Así, pues, el narcisismo, aparece como una posible alternativa al proceso de diferenciación “yo–otro”, o incluso “yo como otro”, que en sí misma es una función metarrepresentativa de difícil gestión, puesto que supone probablemente la primera crisis epistemológica importante a la que tiene que hacer frente el individuo humano. La forma cómo vaya a responder cada uno de nosotros a esta nueva situación depende de si el sujeto va a intentar afrontar la resolución de esta crisis de un modo asimilativo o acomodativo (Figura 2). Esta tarea está en la base de la regulación moral posterior, y es el resultado de la dialéctica entre egocentrismo y alocentrismo, que acompaña todo el proceso evolutivo, dando lugar a tres posiciones posibles según el predominio de la tesis (función asimilativa), confirmatoria de la propia imagen por negación o asimilación de la del otro, la antítesis (función acomodativa) por supeditación de la aceptación de la propia imagen al reconocimiento de los demás, o la síntesis conseguida en la equilibración de ambas tendencias.

Figura 2

Génesis del Narcisismo



En consecuencia podemos hablar de

- Egocentrismo converso Autoestima y empatía: (equilibrio asimilación - acomodación)
- Egocentrismo perverso Narcisismo validado (aristocrático) (predominio asimilación)
- Egocentrismo inverso. Narcisismo invalidado (meritocrático y plutocrático) (predominio acomodación)

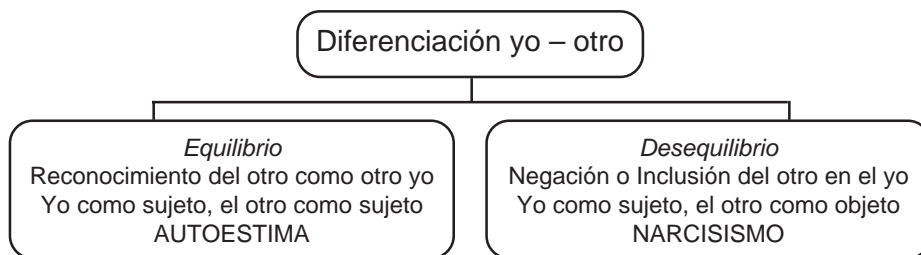
El equilibrio entre la función acomodativa y la asimilativa supone el reconocimiento del otro como otro yo, dando origen a una relación sujeto – sujeto, mediada por el respeto y la empatía, sobre la base de la autoestima ontológica. Yo me quiero a mí mismo en cuanto ser único y propio y al otro en cuanto entidad ontológica

también, única y propia con los mismos derechos que yo. Eso implica una capacidad de descentramiento por la que puedo verme a mi mismo como centro de mi experiencia y al otro como centro de la suya (egocentrismo acomodativo). En las relaciones amorosas corresponde a la *Philia* (Villegas y Mallor, 2010).

El desequilibrio, en cambio, a favor de la función asimilativa, tiende a negar esta diferenciación, incluyendo al otro en el propio yo, negando su subjetividad, reduciendo su entidad a la de un objeto, convirtiendo la relación en una relación sujeto – objeto, situando al yo en una superioridad exclusiva, de dominancia o seducción, a la que llamamos narcisismo. Éste se caracteriza no tanto por el sentimiento de superioridad, que es más bien consecuencia de la comparación con el otro, sino como negación de éste por afirmación exclusiva del yo, producto de la función asimilativa, por la que el sujeto tiende a negar la diferenciación, incorporando el objeto o fundiéndose con él. En el ámbito de las relaciones amorosas se corresponde con el estado de fusión propio de la fase erótica. Su regulación es anómica. De este modo, el narcisismo manifiesta la doble cara de la misma moneda, como del dios Jano, por un lado es el resultado de continuar considerando a los otros como objetos, por lo que les coloca en posición de inferioridad, mientras por el otro se sitúa a sí mismo automáticamente en la posición de superioridad, afirmándose como sujeto único o exclusivo frente a los demás, que, o bien no llegan a la categoría de sujetos o bien pertenecen a una casta inferior (Figura 3).

Figura 3

Génesis del Narcisismo



En este contexto creado por la función asimilativa se entiende la aparición del narcisismo como enamoramiento de sí mismo. En el mito de Narciso, relatado por Ovidio, el enamoramiento se produce de forma instantánea en el momento en que Narciso se ve reflejado a sí mismo en las aguas del estanque. A partir de este desdoblamiento especular a través de la imagen, ésta se va a convertir en elemento de intercambio social, sometido a la cotización del “mercado de valores”. Narciso va a privilegiar su imagen por encima de su ser, hasta el punto de preferir la muerte, caso de no ser correspondido. De ahí la amenaza constante de invalidación en la que vive el narcisista, que da lugar a las distintas estrategias de mantenimiento de la

imagen que desarrollamos en este artículo y que agrupamos en tres modalidades: aristocrática, meritocrática y plutocracia, las cuales pueden dar lugar a un estado de tensión constante, propiciador de la ansiedad o de reacción depresiva frente al fracaso.

La comprensión de esta dinámica autorreferencial es la misma que nos sirve para comprender el misterio de la Trinidad, en la concepción agustiniana: Dios (primer principio o *arché* en la terminología presocrática) a través del conocimiento de sí mismo genera una imagen o representación de sí mismo (logos), dando origen al desdoblamiento entre principio engendrador (padre) e imagen engendrada (hijo). De la relación entre ambos surgen *Philia* y *Agapé*, (el amor), completando de este modo la visión intratrinitaria del Espíritu Santo como “*charitas, donum et communio*” del Padre con el Hijo, dando lugar a la existencia de tres personas (relaciones) y una sola sustancia o naturaleza (Cuadro 1).

Cuadro 1

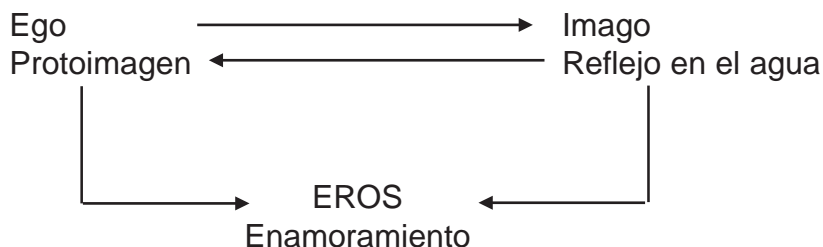


La sustitución de *Philia* y *Agapé* en el mito trinitario por *Eros* en el caso de Narciso nos da la clave, a la vez, de la analogía entre ambos mitos y la de su diferencia (Cuadro 2). La representación de sí mismo, inherente al propio conocimiento augurado por Tiresias, produce necesariamente una imagen que se quiere y acepta primariamente como reflejo del propio ser (autoestima ontológica: me quiero a mi mismo despojado de todo atributo, simplemente como ser) o se enajena como objeto sometido al deseo, la atracción o la repulsión en base a atributos aparentes.

Así como *Philia* y *Agapé* explican la génesis y permanencia de las tres personas en la relación trinitaria, puesto que supone el reconocimiento y respeto de cada una de ellas (función acomodativa), *Eros* tiende a confundirlas por corresponder a una función asimilativa, distinción que permite, a su vez, comprender la diferencia entre autoestima ontológica y narcisismo. Según esta perspectiva genético-estructural, autoestima y narcisismo constituyen el doble desemboque previsible del proceso de diferenciación, característico del pasaje de la indiferenciación prenatal a la diferenciación anómica, de acuerdo con los caminos que siga ésta

Cuadro 2

Mito Narcisismo Egocentrismo primario



en base a la naturaleza del amor condicionado o incondicionado que presida todo el proceso.

AMOR INCONDICIONADO (Philia y Agape). Autoestima: amor ontológico, basado en el puro hecho de existir (existencialista)

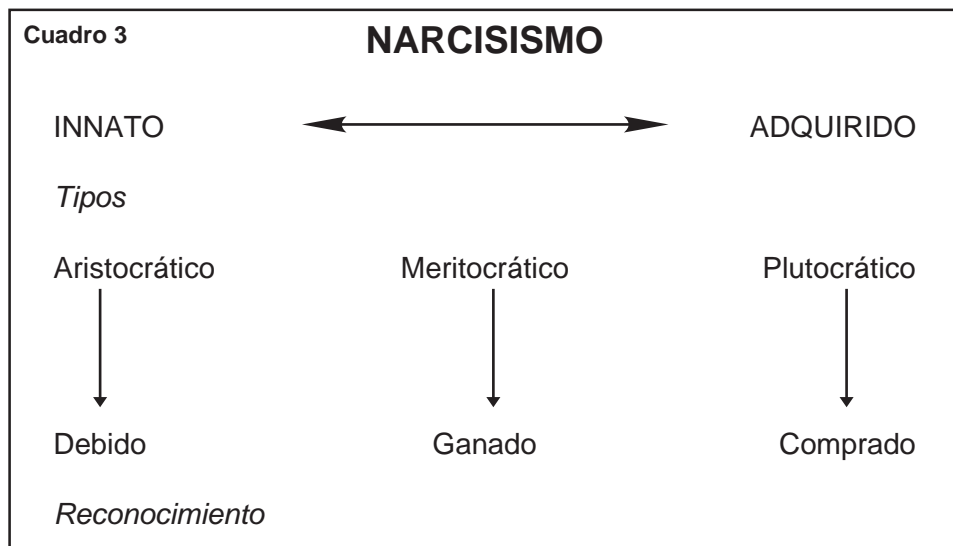
AMOR CONDICIONADO (Eros). Narcisismo: amor proyectivo; autorreflejo; “ser” autorreferencial (esencialista)

Desde esta perspectiva el narcisismo es una forma fracasada en el camino de la diferenciación del yo, por cuanto no puede concebirse al margen de la relación consigo mismo, donde el otro aparece como un rival a dominar o a seducir. En este contexto se entienden la envidia o los celos, así como el maltrato. Al igual que el niño envidia el juguete del hermano o lo destruye cuando se frustra o ya no le complace, en las relaciones adultas el narcisista se comporta con las otras personas como si fueran sus juguetes, que puede destrozar cuando ya no le satisfacen. Por eso no puede soportar que otras personas sean socialmente más valoradas que él, porque esto lo vive como una invalidación propia.

LAS MODALIDADES DEL NARCISISMO

La clasificación de las diversas modalidades de narcisismo que planteamos en este artículo (Cuadro 3) sigue la metáfora de las diversas clases sociales dominantes a través de la historia: aristocracia (el gobierno de los nobles), meritocracia (el gobierno de los excelentes) y plutocracia (el gobierno de los ricos) en referencia a las formas a través de las cuales espera el sujeto obtener un reconocimiento social, basado en la búsqueda de un reflejo de excelencia de la propia imagen. Estas modalidades deben ser entendidas como dimensiones que pueden establecerse entre dos extremos: el del valor innato y el adquirido, el primero de los cuales (aristocracia) debe ser universalmente reconocido (*va de soi*) mientras que el segundo (plutocracia) depende totalmente de la “cotización del mercado”, en el que es posible comprar acciones. Entre medio de estos dos extremos se halla la

meritocracia, que basa su cotización en la consecución ideal de la excelencia a través de la búsqueda de la perfección (física, moral, intelectual, ejecutora, etc.)

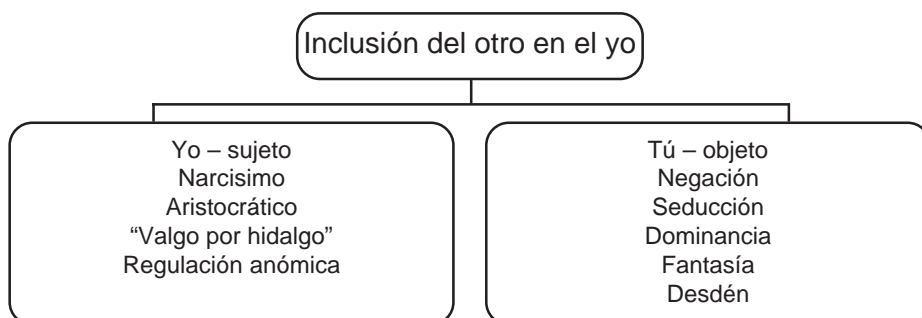


1. EL NARCISISMO ARISTOCRÁTICO

El narcisismo aristocrático parte del principio “valgo por hidalgo”, es decir atribuye su valor a los orígenes mismos de su nacimiento. El hidalgo es “hijo-de-algo”, proviene de alta cuna, lo que le otorga por derecho propio la pertenencia a la casta de los mejores (*αριστοι* aristoi) en contraposición al pueblo o vulgo, que carece de nobleza en sus orígenes. En consecuencia el reconocimiento se le debe por derecho, no es preciso ganarlo ni comprarlo.

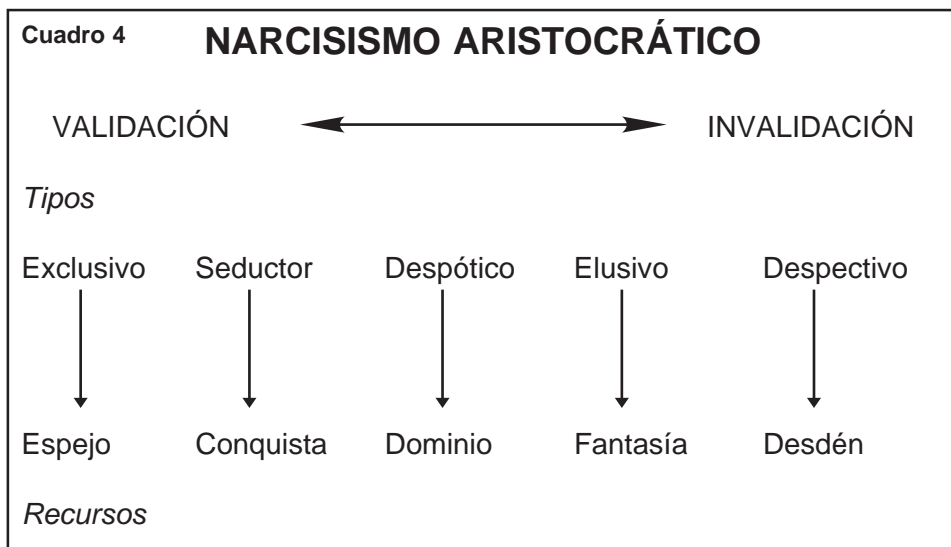
Figura 4

Génesis del Narcisismo



Distinguimos en el interior de esta categoría cinco modalidades que se pueden distribuir a lo largo de la dimensión “necesidad de validación” – “evitación de la

invalidación”, de acuerdo con la siguiente clasificación: 1) exclusivo, 2) seductor, 3) despótico, 4) elusivo, 5) despectivo (Cuadro 4)



1.1. La modalidad exclusivista

En el punto álgido de esta dimensión hallamos el narcisismo *exclusivo*, que considera que no necesita de ninguna validación externa personal o interpersonal, puesto que le basta el reflejo de la propia imagen en el espejo real o proyectivo de sí mismo. El “espejo” juega un papel simbólico, a la vez que real, en el narcisismo. Aunque no siempre alcance dimensiones patológicas, sus rasgos son fácilmente observables en muchas personas. Los ejemplos que hemos referido hasta ahora, relativos a Salvador Dalí, José Mourinho o Cristiano Ronaldo, responden todos a esta modalidad y evocan el prototipo de todos ellos, el propio personaje mitológico de Narciso. Así escribe Dalí en sus diarios:

“A los tres años quería ser cocinero. A los cinco quería ser Napoleón. Mi ambición no ha hecho más que crecer y ahora es la de llegar a ser Salvador Dalí y nada más. Por otra parte, esto es muy difícil, ya que a medida que me acerco a Salvador Dalí, él se aleja de mí”.

El primer reflejo que busca el narcisista es el de sí mismo en el espejo, donde se recrea en la contemplación de su unicidad. El delantero del Manchester United, Wayney Rooney, explica que su excompañero, Cristiano Ronaldo, tenía la necesidad de mirarse en todos los espejos de Old Trafford:

“Tenía uno en el Spa y no paraba de mirarse. Lo observé y vi que en el túnel de vestidores, donde también hay espejos, se quedaba mirando durante minutos”

La sola dependencia, sin embargo, del espejo, aunque sea el reflejo de la propia

imagen y no entre para nada la representación del otro, abre una rendija al desencanto y la frustración el día en que éste no le responde con el halago de costumbre, como el espejo mágico de la madrastra de Blancanieves. Ésta consultaba diariamente a su “espejo mágico” para saber si había en su reino alguna mujer más hermosa que ella, a lo que el espejo respondía invariablemente que no. Hasta que un día el espejo dio la respuesta inesperada de que Blancanieves lo era más que ella, lo que provocó las iras de la madrastra que reaccionó rompiéndolo en mil pedazos que no cesaban de repetir: “Sí, mi señora, Blancanieves es más hermosa que vos”. Voz insoportable que la madrastra quiso acallar definitivamente dando orden de matar a la hijastra.

Millon (1999) denomina a este tipo de narcisismo “elitista” (narcisista puro) o exclusivista: se siente un privilegiado, espera tener una vida en la que los demás complazcan sus expectativas, usa las relaciones para obtener un estatus especial, características que podemos ver reflejadas simultáneamente en las frases de Pablo, expresadas en distintas ocasiones durante el proceso de terapia:

“Soy listo, perseverante, impulsivo” (autoimagen de valor).

“Yo tengo la imagen de hombre riguroso, cuadrado, racional” (autoimagen de valor).

“No tengo amigos, siempre he pasado de todo el mundo porque lo que no me pase a mí no me interesa” (solipsismo).

Esta modalidad narcisística lleva al sujeto en el grado máximo de su egocentrismo a refugiarse en una torre de marfil, mostrándose inaccesible a los demás, puesto que constituyen una amenaza potencial a su indiscutible superioridad. No necesitan de nada ni de nadie, ellos son sus propios maestros, guías y tutores:

“Por lo que a mí respecta, como me gusta considerarme siempre la causa principal del bien o del mal que me acontece, siempre me he visto con satisfacción en la situación de ser mi propio alumno y en el deber de ser mi propio preceptor.” (Giacomo Casanova)

La aparición de posibles rivales la vive con envidia y altivez:

“No me gusta que me comparen con nadie. Hay gente que dice que yo soy mejor y otros que dicen que es él (en referencia a Messi), pero al final del día ellos van a decidir quién es el mejor del momento. Yo creo que soy yo”. (Cristiano Ronaldo).

En sus relaciones con los demás, particularmente las amorosas, los elitistas se comportan de modo absorbente y excluyente, como Barba Azul, secuestrando a sus “víctimas” y aislándolas de su entorno, derivando fácilmente en maltrato, no siempre perceptible a primera vista.

No es frecuente, desde luego, que este tipo de narcisistas acudan a terapia, dado que les resulta relativamente fácil obtener por sí mismos la validación y sólo cuando la ven seriamente amenazada entran en crisis, que todavía pueden torear con distintas estrategias, como la usada por Jose Mourinho de desvirtuar el título de

mejor entrenador del 2012, concedido a Vicente del Bosque, en base a un supuesto “tongo” o la comparación con personajes de valor universal, como Jesucristo, que también han sido “víctimas” de injusticia:

“Si ni siquiera Jesucristo caía bien a todo el mundo, imagínate yo... Un amigo mío dice que con todas las piedras que lanzan contra mí se podría hacer un monumento”.

“Al hablar excesivamente de sí mismos, escribe Millon (1999), estos narcisistas se exponen a que haya discrepancias entre lo que son y cómo se presentan. A diferencia de muchos narcisistas que advierten esta disparidad, los elitistas están absolutamente convencidos de su Sí mismo. En vez de esforzarse por adquirir calificaciones y talentos genuinos, prácticamente todo lo que hacen persigue persuadir a los otros de su especialidad... En cualquier actividad a la que se dediquen invierten sus energías en hacerse propaganda, en jactarse de sus éxitos, ciertos o falsos, en conseguir que cualquier cosa que hayan hecho parezca maravillosa, mejor que lo hecho por los otros y mejor de lo que realmente es”

1. 2. La modalidad seductora

Corresponde a la modalidad “amorosa” (con rasgos histriónicos), como le llama Millon (1999): el síndrome de Don Juan, seductor, intrigante, fascinante, mentiroso, evita la intimidad y está dominado por la búsqueda de placer. Retomando expresiones de nuestro paciente Pablo

“Mi reto del mes, ligar con la chica más lista” (seductor).

“Tener una doble vida me hace sentirme realizado, pero que me hayan dicho que NO me ha hecho sentir mal por imagen” (mentiroso, evita la intimidad, intrigante).

En la modalidad seductora Narciso sale de palacio para frecuentar otros salones de la nobleza, donde lucir sus encantos y provocar el reconocimiento de los demás. Estos encantos pueden tener que ver con la belleza, la inteligencia, la capacidad para los negocios o para el liderazgo social o político. Pero la forma más fácilmente reconocible o común se pone de manifiesto en el galanteo amoroso, donde según Giacomo Casanova, todo vale:

“Por lo que toca a las mujeres, se trata de engaños recíprocos que no entran en la cuenta, porque cuando el amor se mete por medio, es cosa común que los unos engañen a los otros.”

Cómo se desenvuelven estas personalidades narcisísticas es algo que se puede comprender a través del proceso de un paciente al que llamaremos Alejandro, el cual viene a terapia arrastrado por su pareja. A sus cuarenta años luce un trofeo de 6 parejas propiamente dichas. Tiene un hijo de 14 años, fruto de su primer relación con el que mantiene una relación distante en el tiempo y en el espacio, sólo para hacerle regalos muy especiales o para echarle la gran bronca por sus malos resultados escolares.

Ya de entrada confiesa tener una enfermedad, bautizada por él como “adicción al sexo”, que sólo puede calmarse con una actividad continua y profusa a la que exige se adapten sus compañeras. Continuamente fantasea con intercambio de parejas, tríos, orgías, etc. Le ponen particularmente las flacas porque siente que puede destrozarlas.

Es profesor de tango en una escuela de baile, donde conoció a su actual compañera, la cual teme que vuelva a hacer con ella lo mismo que ha hecho con las demás y a lo que ella misma colaboró: irse en cuanto se vuelva a enamorar de otra, para lo que no faltan indicios en su modo de comportarse con otras chicas en las clases de baile.

Es un amor egocéntrico, tiene que experimentar el placer de forma inmediata y a su manera:

A.: *“Yo estoy a gusto de ser como soy, me amo y si la gente me llama borde me da igual. Cuando no tengo ganas de regalar flores a una chica considero que la relación está acabada. Quiero saber cómo evolucionar.*

T.: *¿Y cómo te imaginas la evolución?*

A.: *“Enamoramiento, estancamiento y final abrupto. Ya lo he vivido seis veces”*

En realidad está enamorado de su capacidad de seducir: es en esos momentos cuando saca lo mejor de sí mismo y, pudiéndolo contemplar en el reflejo del otro, se enamora perdidamente.

En estas condiciones es capaz de ser sumamente amable, simpático, atento, imaginativo, original, sorprendente, cuidador, divertido. Pero en cuanto la pareja, por cualquier circunstancia, deja de hacer la función de reflejo, el enamoramiento se apaga. Según él, sabe que está enamorado de alguien “mientras siente ganas de seducirle”, en cuanto desaparece este impulso ya pierde el interés. Reconoce que es un narciso, es seductor, cariñoso, atento, un don Juan: no sabe seguir amando cuando termina la pasión.

Le encanta el tonteo con las chicas. Confiesa que le cuesta pasar del Eros a la Philia por un problema de empatía, por un exceso de amor a sí mismo. Sólo se preocupa de lo que él quiere, por eso le es difícil transferir su amor a otras personas.

Esto es lo que sucedió a Alejandro a los pocos meses de relación con Cristina, la actual pareja. A causa de la reordenación de funciones en su trabajo, Cristina perdió su posición de privilegio y se vio privada de un puesto que la satisfacía enormemente, tanto profesional como económicamente. A raíz de esta situación pasó unos meses de reacción depresiva, por lo que ya no era capaz de actuar como el espejo mágico que devolvía a su pareja una imagen de grandeza. El espejo estaba ahora empañado por la tristeza, la rabia y el llanto y empezaba a frustrarle profundamente. En estas condiciones Alejandro sentía más bien ganas de romperlo y buscar otro en sustitución.

Cristina no sólo experimentaba rabia y desespero por lo que había sucedido en

el trabajo, sino que además de no sentirse apoyada por él, percibía señales que ponían en peligro su relación. Ante esta amenaza Cristina se prestó a todo tipo de vejaciones sexuales a fin de preservar la relación hasta que consiguió convencer a Alejandro de acudir a terapia como modo de afrontar el problema.

1. 3. La modalidad despótica

La modalidad despótica surge como una defensa protectora frente a la posible invalidación del narcisista. Corresponde a la modalidad que Millon (1999) denomina “sin principios” (con rasgos antisociales): amoral, fraudulento, desleal, arrogante, se aprovecha de los demás; rasgos que podemos ver expresados en las frases de Pablo, durante el proceso de terapia:

“No tengo empatía y no puedo subir profesionalmente porque no soy capaz de llevar un equipo de gente” (amoral).

“Soy un provocador” (contraataca).

“No me voy de casa porque me va muy bien estar en casa, me planchan, me hacen la comida...” (aprovechado).

“He tenido una discusión con una compañera. La he hecho llorar, la he machacado” (contraataca).

“Yo tengo la fama de cortante, agresivo, tengo altibajos de escándalo, soy imprevisible hasta para mí” (amoral).

Convencido de que la mejor defensa es el ataque, el narcisista despótico instaura la ley del terror como método para asegurarse el reconocimiento de los demás: “La fuerza reside no en la defensa sino en el ataque”, afirmaba Hitler. Parte de una sensación casi paranoica de continua amenaza al propio reconocimiento. Por esto está siempre en vela, como la madrastra de la Blancanieves, comprobando a través del espejo continuamente que nadie amenace su supremacía; y cuando esto sucede, ordenando eliminar a la posible causante de esta pérdida.

La modalidad despótica resulta particularmente peligrosa en las relaciones interpersonales, pero puede alcanzar su máxima potencialidad destructiva cuando se encarna en personajes con poder de liderazgo sobre las masas. Tal es el caso de Adolf Hitler y tantos otros personajes de la historia, que han hecho de su narcisismo la justificación de su poder, como los emperadores romanos que llegaban a proclamarse “dioses” o divinos. En el caso de Hitler, que ascendió al poder “democráticamente” gracias al desespero de toda una nación y al manejo psicológico de las masas, este narcisismo se presentaba revestido de ideología:

En primer lugar la justificación de la ley del más fuerte, casta o raza a la que se cree pertenecer, en la propia naturaleza:

“La Naturaleza no conoce fronteras políticas: sitúa nuevos seres sobre el globo terrestre y contempla el libre juego de las fuerzas que obran sobre ellos. Al que entonces se sobrepone por su esfuerzo y carácter, le concede el supremo derecho a la existencia... Ante Dios y el mundo, el más fuerte

tiene el derecho de hacer prevalecer su voluntad. La vida no perdona la debilidad. Al que no tiene la fuerza, el derecho en sí no le sirve de nada... Toda la naturaleza es una formidable pugna entre la fuerza y la debilidad, una eterna victoria del fuerte sobre el débil”.

Este derecho justifica, en segundo lugar, la guerra y la violencia como medio: “Lo esencial para el éxito es un trabajo permanentemente constante y regular de la violencia... La lucha es el padre de todas las cosas. No es por los principios de la humanidad que el hombre vive, o es capaz de mantener por encima del mundo animal, sino únicamente por medio de la lucha más brutal... Cuando se inicia y desencadena una guerra lo que importa no es tener la razón, sino conseguir la victoria. Al vencedor no se le preguntará si decía la verdad...”.

En tercer lugar la pretensión de poseer la fórmula para cambiar el mundo: “Todo intento de considerar y de tratar los problemas europeos de otro modo que no sea el de las leyes de la sana y fría razón conduce a reacciones desagradables para todos... Con humanidad y democracia nunca han sido liberados los pueblos... Conmigo se va la última esperanza del mundo, las democracias occidentales son decadentes, el comunismo, con gobiernos más autoritarios, a la larga, acabará conquistando el mundo”.

Finalmente la convicción de que estas razones conceden al líder una dimensión mesiánica por la que se ve llamado a salvar a la humanidad con la extirpación de las partes insanas de la misma:

“Debo cumplir con mi misión histórica y la cumpliré porque la Divina Providencia me ha elegido para ello... La doctrina judía del marxismo rechaza el principio aristocrático de la naturaleza y antepone la cantidad numérica y su peso inerte al privilegio sempiterno de la fuerza y del poder. Creo hoy que estoy actuando de acuerdo con el Creador Todopoderoso... Al repeler a los judíos estoy luchando por el trabajo del Señor”.

Si trasladamos estos comportamientos y actitudes al ámbito clínico podemos describir el narcisismo despótico, de acuerdo con Millon (1999), como caracterizado “por un arrogante sentido de la propia valía, una indiferencia hacia el bienestar de los demás y unas maneras sociales fraudulentas e intimidatorias. Son conscientes de que explotan a los demás y de que esperan reconocimientos y consideraciones especiales sin asumir responsabilidades recíprocas. Funcionan como si no tuvieran otro principio que el de explotar a los demás en su propio beneficio. Carecen de un auténtico sentido de culpa y apenas tienen conciencia social, son oportunistas y charlatanes que disfrutan con el proceso de estafar al prójimo. Disfrutan jugando con los otros, se burlan de ellos y les desprecian por la facilidad con que han sido seducidos. Pueden llegar a ser sádicos. Sus relaciones se mantienen mientras tengan algo que ganar. Las evidentes características del narcisista sin principios apoyan la conclusión de que en estas personas se mezclan características narcisistas y

antisociales”.

Daniel, según sus propias palabras, “*no empatiza con los sentimientos ni con los problemas de los demás. Escucha, pero porque sabe que debe de hacerlo, forma parte del protocolo social, pero no le interesa ni se implica emocionalmente en nada. Está egocentrado, él es lo más importante y los demás tienen que estar a su disposición. Las relaciones que establece son desde la seducción*”. Se define como “*un tío muy complicado y que no puede tener una pareja. Hace daño a las mujeres, se mete en líos, entonces, ¿para qué va a estar con una mujer, para que sufra con él? Afortunadamente las mujeres con las que ha estado le han querido mucho, más que él a ellas*”.

Cuando era pequeño, no tenía amigos sino súbditos, amigos a los que podía mandar y dirigir. Era el líder. Ha tenido comportamientos muy agresivos con la gente y es muy desconfiado con los demás. No soporta que le manden y ha tenido problemas con la autoridad (profesores de la universidad, no soporta que le digan lo que tiene que hacer”).

1. 4. La modalidad elusiva

Llamamos modalidad elusiva a aquella que intenta plasmar a través de la fantasía la representación de grandeza o superioridad que el narcisista no consigue proyectar en la vida real. De este modo, a través de la realización simbólica, “elude” o evita tener que confrontarse con el fracaso que podría suponer intentar llevar a cabo las demostraciones públicas de su valía personal (belleza, inteligencia, ingenio, poder, capacidad, etc.). Millon (1999) la considera compensatoria (con rasgos evitativos y negativistas), aplicable tanto a la modalidad elusiva como a la despectiva: contraataca para esconder o borrar las heridas a su autoestima; cae en fantasías de grandiosidad para compensar sus heridas, busca la admiración; el ascenso hacia estatus más altos garantiza su buena autoestima, como reflejan algunas de las expresiones de nuestro paciente Pablo:

“Cuando tengo cinco minutos de conversación me alivia, me devuelven una imagen que me calma” (busca compensar).

“Me hace sufrir no estar en el grupo” (espera la aceptación de los demás).

“En la facultad los trabajos en grupo me cansaban porque me cansa convencer, no me implico” (evitativo).

Rubén es un hombre de cuarenta y cuatro años, el mediano de cinco hermanos, separado de la mujer y padre de un hijo de dieciocho. La historia familiar marcada por el maltrato: violencia física y psicológica por parte del padre. Adolescencia turbulenta ya en sus inicios a causa de un enfrentamiento con el padre con arma blanca. Se mueve en entornos marginales, con gitanos, donde se siente fuerte (y protegido). Después del servicio militar, se casa y tiene un hijo. Trabaja en el mundo de la restauración, realizando tareas diversas.

De manera intermitente, tiene problemas con diferentes drogas, como la cocaína, la marihuana y el alcohol. Estas situaciones le producen vergüenza y sentimiento de inferioridad:

T: *Cuando ves que los otros se dan cuenta que has bebido, y te quieren ayudar, ¿te gusta, o te sientes incomodo que te ayuden?*

R: *Cuando mi amiga y compañera, y mi amigo también, me cogieron, me ayudaron, me llevaron al centro de rehabilitación, pues, me sentí querido, sentí que, oye, hay alguien que se preocupa por mi y tal y cual, pero por otra parte no, al verles siento vergüenza. Sabes, porque ya es cómo que soy... no en este término pero semejante o parecido, un deshecho, un fracasado. Y me siento como que los demás me miran por encima... mira, yo lo que he conseguido, mira yo lo que soy, y tu pobrecito que no puedes salir de donde estás. Cuando sí que vales, porque te lo reconocen. En el trabajo me lo decían, si te mandan esto, pumba, si te mandan lo otro, pumba, ¡si vales para todo, hostia!*

Inestabilidad en el ámbito laboral, se cansa, frecuentemente lo echan por comportamiento rebelde (buen chico, pero pasota). Baja autoestima, colapso vital. Se siente fracasado, sin trabajo, sin dinero, sin pareja, sin proyectos que le ilusionen.

En general, se presenta a la sociedad como buena persona. En este estado, es agradable, risueño, sociable, cortés, obediente, sumiso, trabajador. Lo llamamos “el bueno”. En un segundo estado, cuando le puede la emoción de rabia, o se siente frustrado, se vuelve “malo”. Tiene pensamientos negativos, siente ira, se retira del mundo social, siente resentimiento. Actúa de forma pasivo-agresiva. Lo llamamos “el malo”. En un tercer estado mental, se dedica a fantasear. “Me meto en mi mundo”. Fantasías de grandeza y éxito, con frecuencia ilimitado, reparadoras de la autoestima. Estado mental íntimo, asocial, lo llamamos “el soñador”.

R: *Yo quiero a veces soñar o pensar en llegar a ser, vamos, buah, pero no, intento que sea algo más normalito. Hacer algo por la sociedad, pero normal, y no pasar a ser algo ¡uah!, premio Nobel y tal... pero no puedo evitarlo, termino siendo el premio Nobel. Aunque quiera ponerle limites, no puedo evitarlo... y que he llegado a vender más libros que la Biblia. Sí, sí, cuando sueño que soy escritor y tal, termino vendiendo más libros que la Biblia.*

T: *¿Te imaginas tú, ahora, sin esas fantasías?*

R: *Bufff, estaría más frustrado todavía. Estaría hundido. Si me mantiene algo en pie es pensar que todo puede cambiar, y que un día me puede ocurrir esto, y cambiar mi vida y tal, no quiero perder las ilusiones o la fantasía. Es lo único que me restablece un poco el ánimo, y las ganas de salir para delante.*

1. 5. La modalidad despectiva

A este tipo de narcisismo aristocrático lo llamamos despectivo, por cuanto, su estrategia se basa no en la negación del otro, lo que sería un autoengaño absurdo, sino en su desprecio. Algunas frases de Pablo lo reflejan muy bien:

“Los demás no pueden aportarme nada, no escucho” (desprecio).

“La solidaridad no me interesa. Me voy de la reunión cuando hablan de Haití” (desprecio).

“Nunca he dado importancia a la calidad humana” (desprecio).

Al colocar a los demás en una posición inferior se evita que ensombrezcan la propia valía, haciendo posible continuar considerándose entre el grupo de los mejores. Se cuenta de Diógenes, el cínico, que dio por respuesta a Alejandro Magno, el cual se le había acercado para interesarse por él: “Apártate que me haces sombra”.

Javier, periodista de 60 años, vuelve a su país de origen después de una vida profesional intensa por diversos países del mundo. Esto coincide con el cese de su actividad profesional en la práctica. Se le replantea el sentido de toda su existencia pasada y la necesidad de reorientar su vida actual. En un momento de la terapia expresa que cuando “se mira al espejo no le gusta su imagen”. Se refiere con ello metafóricamente a que no le gusta lo que ha sido y lo que es. Aparece su actitud narcisista en el descontento general respecto a su vida que se manifiesta en la “envidia” y el “rencor” hacia los demás. Algunos ejemplos recientes son la “envidia” desencadenada por un premio nacional concedido a un colega de su profesión aunque en una especialidad distinta, el “desprecio” manifestado hacia otro colega más joven que él que ha sido designado para sustituirle en sus destinos internacionales, la crítica acerba hecha en público contra una colega en una conferencia para demostrar su desacuerdo dejándola en ridículo. Descubre que sus pensamientos, sentimientos y comportamientos van dirigidos a destruir a los demás si no recibe el reconocimiento por parte de ellos, que utiliza dos estrategias el aislamiento o retraimiento social (negación del espejo) o la agresión social a través de la envidia, el ataque o el rencor (destrucción del espejo).

La compensación por empequeñecimiento o destrucción de los rivales es un recurso al que suelen echar mano los narcisistas cuando no consiguen sus objetivos de situarse en el podio de los vencedores. Jose Mourinho nos ofrece variedad de demostraciones continuas en sus ruedas de prensa.

“He ganado dos Champions con el Porto y el Inter, luchando con mucho orgullo. Josep Guardiola es un fantástico entrenador, pero ganó una Champions que me daría vergüenza haber ganado por el escándalo de Stamford Bridge y si gana ahora será por el escándalo del Bernabeu. Y le deseo que gane una Champions neta y brillante, sin escándalos, que tiene otro sabor... No le he dicho nada al árbitro, sólo me he reído y lo he

aplaudido, y nada más Si le digo a él y a la UEFA lo que pienso, hoy se acaba mi carrera. Dejo ir una pregunta y espero la respuesta: Por qué. ¿Por qué? Yo no entiendo por qué... (Palabras de Mourinho después de perder la Champions League ante el Bayern de Munich, 26 de abril 2012)".

“Empezamos la Liga tristes (en alusión a Ronaldo) y cuando tienes un adversario que difícilmente pierde puntos (en alusión al Barça) y le das ventaja es difícil llegar a igualarlo y menos a superarlo. Ha tenido un par de resultados menos buenos e inesperados, pero probablemente es el mejor equipo de los últimos 20 o 30 años y continúo diciendo que es un orgullo haber roto su hegemonía tanto a nivel nacional, como internacional lo hice con el Inter”. (Conferencia de prensa de Mourinho antes del partido con el Valladolid, 3 de mayo 2013).

“No han merecido ganar, pero les felicito porque han ganado y en el futbol se olvida todo menos el resultado” (Rueda de prensa de Mourinho, después de perder el partido de final de copa 2013 frente al Atlético de Madrid).

Pertencen a esta categoría de manera estable quienes hablan siempre de lo mal que lo hacen los otros, de lo fatal que está el mundo para traer hijos a él, de lo injusta que es la vida y la sociedad, de la falta de sentido o absurdidad de la existencia humana.

Nora de 36 años, la pequeña de dos hermanos, se presenta a terapia con la siguiente demanda: “Vengo porque últimamente todo está muy tranquilo”. Esta expresión, que puede resultar chocante a primera vista, no lo es, puesto que para ella la tranquilidad es sinónimo de estancamiento, conformismo, cotidianidad, aburrimiento. A pesar de tener un buen trabajo y con altas responsabilidades no ve posibilidades de ascenso y eso le frustra porque se ve estancada, sin motivación. Vive en pareja y dice que, aunque han tenido altibajos, ahora están estables. Con la familia, mantiene “una relación cordial”, aunque puramente superficial, evitando comentar nada de su vida personal.

Desde adolescente siente un vacío y una soledad que la acompaña hasta ahora. Nada le interesa, nunca ha encontrado una pasión, algo que realmente le guste, una vocación, con que disfrutar. Esto le está repercutiendo sobre todo en su trabajo, en el que se ha estado refugiando auto-imponiéndose más funciones de las que le corresponden, dedicándole más horas de las estipuladas en su contrato y extendiendo la jornada laboral a su tiempo libre y fin de semana. Desea tener más espacio mental para hacer cosas nuevas e ir dejando progresivamente funciones laborales que le agobian en exceso, pero le da miedo no saber qué hacer con el tiempo libre; si no se motivara con nada, volvería el vacío.

Nora no se presenta en terapia describiéndose como la mejor, sino quejándose de que nada tiene suficiente poder como para estimularla. Nada

cumple sus expectativas, nada le satisface lo suficiente como para poder disfrutarlo, tendría que ser algo especial para que la llenara, pero en todo este tiempo aún no lo ha encontrado. Se pronuncia con desdén hacia el mundo y hacia la existencia. En cierta manera se siente por encima del mundo entero, porque aún nada de lo que el mundo alberga la ha motivado tanto como para entusiasmarse. No es capaz de dar valor a las pequeñas cosas, todo lo ve mediocre. Esto se suma a la visión negativa del mundo en general y de un sentimiento de injusticia global contra el que ella nada puede hacer. Si nada es lo suficientemente bueno ni puede disfrutar de nada tampoco se puede comprometer con nadie del todo, como por ejemplo con su pareja. Hace varios años que se está planteando ser madre, pero considera que aún no ha llegado el momento de tomar la decisión. Se pregunta si traer un niño a este mundo tan cruel e injusto no es un acto egoísta sólo para satisfacer un deseo propio.

Estos pacientes suelen presentar una reactividad depresiva ante las dificultades de la vida. Se quejan de los males que les afectan, como debidos a la mala suerte, a las injusticias sociales o de la vida; encuentran carentes de significado la lucha por la obtención de las necesidades básicas, que consideran de poca categoría. Muestran fácilmente una actitud apática, ataráxica o alexitimica. Un paciente describe así su estado y actitudes habituales:

“apatía, desidia, desilusión, desinterés, despreocupación, desimplicación, dispersión, holgazanería, incapacidad, indiferencia, irresponsabilidad, pereza, repulsión, inmadurez”.

A pesar de que funciona relativamente bien en su vida cotidiana, ello lo consigue a través de múltiples triquiñuelas. Consiguió terminar la carrera desarrollando un sofisticado y complejísimo sistema de “chuletas” que se guardaba en el cinto. Ni siquiera se molestaba en hacer resúmenes y copiar síntesis de los temarios: sacaba fotocopias de libros enteros reducidas al tamaño de microfilms. En su vida profesional rellena con subterfugios verbales o con mentiras o dilaciones y excusas los vacíos de su incompetencia. No piensa en suicidarse pero no le importaría que se cayera su avión.

2. NARCISISMO MERITOCRÁTICO

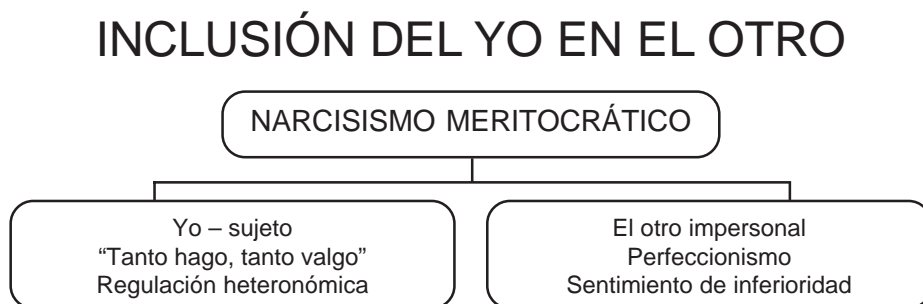
En el paso de la aristocracia a la meritocracia determinados grupos sociales a través de la historia vienen a sustituir la antigua nobleza, que, con frecuencia, experimenta una decadencia económica y política que la margina socialmente hasta su práctica extinción o transformación. Tanto en la antigua Grecia como en el Renacimiento y más tarde en la época de la revolución industrial, las clases o familias dominantes, hijas de terratenientes o militares de alto rango, fueron sustituidas poco a poco por grupos emergentes de fabricantes y mercaderes, industriales, comerciantes y financieros que basaban su poder e influencia social en

la producción de riqueza, fruto de su ingenio o esfuerzo. Ya no contaba el abolengo o el linaje de procedencia, si no la capacidad de abrirse paso en la sociedad con el desarrollo de las propias habilidades. Con esa liberalización del poder, algunos oficios que eran antes ejercidos por artesanos, pasaron a adquirir un prestigio social que los elevaba a la categoría de artistas. Así, trabajos que eran antes ejercidos por esclavos, artesanos o menestrales, como arquitectos, pintores, sastres, modistos, atletas, actores o escritores o, incluso en nuestros días, peluqueros o cocineros, alcanzan fácilmente la gloria del estrellato, si consiguen destacar claramente sobre el resto de sus congéneres en función del reconocimiento del mérito y del prestigio conseguido.

Michelangelo Buonarroti, por ejemplo, llegó a ser un gran escultor, pintor y arquitecto, a pesar de los prejuicios y la oposición de su padre, que, siendo de familia noble, no podía aceptar que su hijo quisiera ser escultor, “un trabajo de artesanos”. La tenacidad de Michelangelo consiguió, sin embargo, aunque a costa de desarrollar una personalidad con rasgos claramente obsesivos, alcanzar la cúspide del arte de todos los tiempos, además de ganar suficiente dinero como para reparar la ruina económica de su familia de origen. Todo su empeño parecía dirigido a conseguir por sus méritos lo que la nobleza le negaba, al desertar de una familia aristocrática arruinada. De este modo, como buen renacentista o humanista consiguió restablecer el orden del ideal platónico, no en base a la gracia de los dioses, sino al mérito de los humanos. En su forcejeo con Julio II, el papa, representante máximo de la aristocracia, terminó por vencer con su talento y esfuerzo, imponiendo un arte nuevo, en el que se unían religión y humanismo, al predominio del hierático mundo medieval.

Algunas personas se inician en la vida en el polo opuesto al narcisismo aristocrático, carecen de autoestima ontológica y no pueden apelar a sus orígenes o a su linaje, considerándose “hijos d’algo” (hidalgos), para hacerse valer, sino que parten de una situación de inferioridad, producto de una invalidación inicial, que intentan compensar a través de acumular méritos. De ahí el nombre de meritócratas que les otorgamos. (Figura 5)

Figura 5



Dado que el narcisismo meritocrático procede de una invalidación originaria o sobrevinida más adelante por una pérdida o mengua de la autoestima, presenta algunos elementos en común con las últimas modalidades que hemos considerado en el narcisismo aristocrático, como la elusiva y la despectiva, orientadas a una función preventiva y compensatoria. Pero a diferencia de éstas últimas, que se refugian en la fantasía o se compensan rebajando al otro, se trata aquí de obtener la exaltación mediante la acumulación de méritos.

“Mi trabajo no se valora nunca en modos absolutos sino en función de lo que he conseguido y la culpa es mía porque he ganado tanto que las expectativas son siempre más altas de lo que después consigo” (Jose Mourinho).

Pero más importante que la acumulación de resultados es la perfección o ausencia de defectos en ellos, que es lo que le otorga mérito a la obra. Estos méritos pueden conseguirse a través de una sublimación mística, ascética o ideal.

2. 1. La modalidad mística

Dentro de las modalidades del narcisismo meritocrático podemos señalar en primer lugar, la mística. Basa la capacidad de contrarrestar el complejo de inferioridad, que en términos religiosos sería el estado de pecado o “depravación universal” de la que habla el calvinismo, en la supremacía de la gracia divina, de la que se cree beneficiaria. Esa operación se ejerce a través de dos maniobras el desprecio del mundo y la elección divina, aunque con frecuencia se combinan ambas entre sí. La primera corresponde a la modalidad ascética, la segunda a la mística, cuyo máximo exponente lo podemos encontrar en la poesía mística de Santa Teresa de Jesús:

*Vivo sin vivir en mí, / y tan alta vida espero, / que muero porque no muero.
Vivo ya fuera de mí, / después que muero de amor; / porque vivo en el Señor,
/ que me quiso para sí: / cuando el corazón le di / puso en él este letrado,
/ que muero porque no muero.*

*Esta divina prisión, / del amor en que yo vivo, / ha hecho a Dios mi cautivo,
/ y libre mi corazón; / y causa en mí tal pasión / ver a Dios mi prisionero,
/ que muero porque no muero.*

*Aquella vida de arriba, / que es la vida verdadera, / hasta que esta vida
muera, / no se goza estando viva: / muerte, no me seas esquivia; / que muero
porque no muero.*

La compensación narcisista a través de la modalidad mística se alimenta, como queda dicho, de dos fuentes complementarias de carácter claramente maniqueísta: el desprecio de lo mundano y la fusión en la divinidad. La primera devalúa el mundo material, incluido el valor de la propia vida (“tan alta vida espero”), consiguiendo anular toda traza de “humanidad” hasta desear la muerte como liberación de la prisión corporal. Catalina de Siena lo decía de forma más prosaica:

“Cuanto más el alma está poseída por el amor de Dios, tanto más siente un odio santo por la parte sensitiva, por la propia sensualidad... ¡Oh hijos míos, mantened siempre este odio hacia vosotros mismos!... Maldición, sí dos veces maldición, al alma que no tiene este odio”.

Según la visión mística, basta con que el alma humana se una a Dios, para que ésta se purifique y engrandezca, de modo que llegue a posesionarse de los atributos divinos, al hacer al propio Dios su “cautivo y prisionero”. Aunque en la vida civil estos arrebatos, dignos del Bernini más barroco, no lleguen a los extremos de la transverberación teresiana, se manifiestan frecuentemente con la adhesión ostentosa a prácticas espirituales de distinta procedencia, doctrinas religiosas o morales que se incorporan o sobreponen de forma iluminista a la filosofía de la vida cotidiana, con el seguimiento proselitista de dietas ortoréxicas o la ciega afición al ideario de gurús soteriológicos y libros reveladores que no paran de aparecer constantemente en el amplio mundo de la literatura de autoayuda, sirviendo de este modo a la satisfacción narcisista de tipo místico, ofreciendo a quienes los siguen un supuesto camino de perfección o de excelencia espiritual sobre los demás mortales (característica presente en casi todas las religiones). Todas estas tendencias comparten un elemento común que es la búsqueda de la perfección a través de formatos externos al propio proceso individual y con frecuencia olvidan lo que la propia Santa Teresa comentaba cuando se servía de la prosa en lugar de la poesía: “entre los pucheros anda Dios”, a fin de fomentar la humildad o lo que es lo mismo, “tocar de pies en el suelo”. De este modo se forja una propia superioridad inexpugnable, que asegura la pertenencia al círculo de los elegidos.

En todas las épocas de la historia y en referencia a distintas tradiciones religiosas, tanto de Oriente como de Occidente, han existido personas, grupos o sectas que se han considerado especialmente iluminados. De entre todas estas doctrinas podemos hacer mención del Falun Dafa o Falun Gong por tratarse de un movimiento actual, particularmente numeroso y perseguido en la China social y económicamente emergente, cuyo líder, Li Hongzhi, está todavía en acción. De acuerdo con sus escritos (que transcribimos literalmente en una traducción algo forzada),

“Falun Gong es la ley de los seres iluminados. Es la ciencia más prodigiosa, insondable y sobrenatural entre todas las exposiciones académicas del mundo. Si uno abre este campo, entonces tiene que cambiar los conceptos de la gente común desde la raíz, de otro modo, la verdadera apariencia del universo quedará por siempre como un mito para la humanidad y la gente común se arrastrará para siempre dentro del marco delineado por su propia ignorancia... Hace muchos años maestros de qigong transmitieron gong (materia de alta energía), pero todas las cosas que enseñaban pertenecían al nivel de eliminar enfermedades y fortalecer el cuerpo. No estoy diciendo que los métodos de otras personas no sean buenos, sólo digo que ellos no

han transmitido cosas de nivel alto. Tanto dentro como fuera del país, en cuanto a transmitir verdaderamente gong hacia niveles altos, actualmente soy la única persona haciéndolo. Además tampoco puede transmitirlo el común de la gente, pues ello implica tocar cosas pertenecientes a muchos sistemas de qigong...”

“... El propósito principal de mi venida al público es llevar genuinamente a la gente hacia niveles altos... Mis raíces están todas atadas al universo y si alguien puede tocarte, entonces puede tocarme a mí, hablando claramente, puede tocar a este universo...” “... En el presente no hay una segunda persona transmitiendo gong genuinamente hacia niveles altos así como yo... mas tarde sabrás que hice por ti, por lo tanto espero que tu nivel de iluminación no sea demasiado bajo. Hay muchas personas que desean cultivarse y refinarse hacia niveles altos, esta cosa ya ha sido puesta frente a ti, pero quizás tú todavía no puedes reaccionar, vas por todas partes buscando maestros y gastando mucho dinero, pero no puedes encontrarlo, hoy esto te es llevado a la puerta de tu casa ¡y quizás todavía ni te das cuenta! Esto es justamente una cuestión de iluminarse o no y es también precisamente la cuestión de poder ser salvado o no”

2. 2. La modalidad ascética

Aunque difícil de disociar de la estrategia mística, la modalidad ascética se distingue fundamentalmente por su insistencia en la negación o desprecio del cuerpo y del mundo. Lo hemos visto resonar con crudeza en las palabras de Catalina de Siena y encuentra un eco potentísimo en el discurso de multitud de anoréxicas restrictivas como ella.

“La bulimia cede a las tentaciones de la carne, mientras que la anorexia es ascética, una total separación del mundo animal. La bulimia recuerda la época hedonista romana de los placeres y de los grandes banquetes; la anorexia, la era medieval de la mortificación y del ayuno voluntario”. (Marya Hornbacher, 1998)

La primera operación es el desprecio de la carnalidad

“Gente vulgar mi familia, preocupada sólo por la comida... Sólo se preocupaban por comer y comer, especialmente mi padre... Un auténtico bellaco (mi padre) que tenía a las mujeres sólo para explotarlas y gozar de ellas... Juré solemnemente que algún día llegaría a ser alguien... También algún día haría una cosa grandiosa y todos se enterarían de quien era yo... Ahora sabía lo que tenía que hacer: para empezar, adelgazar... Y la certeza de que era superior a las demás, inmaculada y segura de no caer en la vulgaridad de un contacto masculino”. (citado por Mara Selvini, 1989).

“Desprecio el comportamiento de los demás. Es vulgar comer, hacer el

amor, desear. Cada vez que engordo un poquito, siento un profundo desprecio por las personas que comen, hacen el amor, rien. Todo lo que me rodea es obsceno y desagradable” (De Clerq, 1990).

Este tipo de perfeccionismo ascético mezclado con idealismo, que da lugar a una visión heroica de sí mismas, es frecuente en las anoréxicas restrictivas. Tanto Ellen West, como la paciente citada por Mara Selvini, (1989, Villegas, 1988, 1997), se identifican con soldados que mueren jóvenes por un ideal:

“Con el inicio de la guerra en 1940 mi padre nos hizo trasladar a otra ciudad, donde tenía una casa. Fue un periodo feliz para mí, inconsciente de la angustia que oprimía a miles de almas. Para mí la guerra sólo tenía el sabor de una aventura que elevaría sobre el pedestal de la gloria una infinidad de individuos, que de otra manera habrían permanecido en la sombra para siempre. Cuando pasaba por delante del cuartel vecino a casa me detenía para admirar los rostros de los soldados que se asomaban a la ventana. Entonces me venía a la mente una frase de mi maestra: “En la vida cada uno debe tener un objetivo”. Aquellos soldados eran felices, habían encontrado su objetivo. Me recreaba imaginando sus aventuras, situaciones dramáticas que terminaban en actos heroicos. Y todo el mundo inclinándose ante su fiera mirada... También yo algún día habría hecho algo grande y todos terminarían por entender quién era yo. Pasaba horas y horas en el jardín de la casa meditando estas fantasías y eran estos los únicos momentos en que no me sentía sola entre extraños. Este era mi mundo”.

Respecto a Ellen West su biógrafo Ludwig Binsawanger (1945) nos cuenta que “hasta sus 16 años “sus juegos eran de muchacho; prefería llevar pantalón” y todavía se chupaba el pulgar. A partir de esta edad se volvió más femenina, aunque en una poesía del año siguiente expresaba su ardiente deseo de ser chico “*porque así podría ser soldado, no temer ningún enemigo y morir gozosamente blandiendo la espada*”. Podría tener que ver algo, probablemente, con su deseo absoluto “*aut Caesar aut nihil*”, de muerte prematura y elección divina “*los favoritos de los dioses mueren jóvenes*” que cumplió suicidándose a los 33 años. Esta es la alternativa que Ellen West escogió, fiel a su narcisismo, antes de volverse “*vieja, gorda y fea*”.

Narcisismo que subyace a tantas depresiones originadas por un fracaso en la proyección del propio yo, que solo puede aceptarse si corresponde a la imagen reflejada en un imaginario colectivo, socialmente compartido. Tendencia que no cesa de reforzarse en nuestra sociedad de la imagen y que encuentra su equivalente en el estribillo de la canción de María Isabel López: “*Antes muerta que sencilla*”, con el que una niña de 9 años embaucó a un auditorio, dispuesto a jalearse la cosificación de la mujer.

La anorexia es el síntoma que traduce por excelencia la negación de la corporalidad, que postula el ascetismo. En este contexto la anorexia se presenta

como la solución: a través de la restricción de los alimentos; dejando de comer, la anoréxica reduce al máximo los riesgos de la carnalidad. El ayuno voluntario con sus efectos de emaciación sobre el cuerpo la sustrae al deseo de los demás y le otorga, al mismo tiempo, la fantasía del dominio sobre sí misma.

“Con este nuevo estilo de vida empecé a perder peso y a desafiar a la pubertad. A medida que se iban los quilos empezaba a sentirme más pura dentro de mí. No tenía amigos, pero la obsesión por la forma del cuerpo, la pérdida de peso y la gimnasia enmascaraban mi necesidad de amistad. En lugar de sentirme como una marginada, que no merece amigos, mi obsesión me permitía sentir que era yo la que les rechazaba a ellos. No tenía necesidad de nadie y, en efecto, era mejor que todos, porque al no comer, me volvía pura” (Bills, 1993).

Su motivación es la de espiritualizar el cuerpo, negando su dimensión carnal.

“La pérdida de peso tiene un sentido distinto que el de la esbeltez. El más evidente es la delgadez: las anoréxicas no pretenden ser esbeltas, sino delgadas, hasta el punto de parecer descarnadas. La anoréxica percibe la carne, la carne femenina, como impuesta por el mundo exterior y, en los casos extremos como algo degenerado, sucio y desagradable”. (McLeod, 1981).

Renegando de su corporalidad han renunciado a su humanidad; pero esto no las perturba, al contrario, las conforta y confirma: son seres casi espirituales, han alcanzado un plano superior. El asceta renuncia a escuchar sus propias necesidades y deseos para guiarse exclusivamente por normas o ideales externos, como el buen soldado que tiene un elevado motivo por el que morir, pero ninguno por el que vivir.

2. 3. La modalidad idealista

La modalidad idealista puede considerarse la versión laica del misticismo y el ascetismo, que constituyen el camino para la excelencia a través de la aproximación a la divinidad, la cual se constituye en el espejo donde se refleja la imagen del devoto, de acuerdo con los versos de Teresa de Jesús

*“Fuiste por amor criada / hermosa, bella, y así / en mis entrañas pintada,
/ si te perdieras, mi amada, / alma, buscarte has en Mí. // Que yo sé que te
hallarás / en mi pecho retratada, / y tan al vivo sacada, / que si te ves te
holgarás, / viéndote tan bien pintada”*.

En la versión laica la perfección se constituye en el sustituto de la divinidad como camino para la excelencia. Ésta exige al practicante la entrega total y continua en cualquier campo de aplicación: el saber, el orden, la justicia, la integridad moral, la pureza, etc. En el museo Thyssen-Bornemisza de Madrid se puede contemplar un cuadro de la época renacentista, firmado por Carpaccio, donde la imagen central de un joven caballero gallardo y apuesto viene acompañada de una referencia alegórica a la pureza (¿de linaje?), a través de la imagen del armiño, junto al cual puede leerse

en latín la leyenda “*Malo mori quam foedari*” (prefiero morir a mancharme). Igualmente Leonardo da Vinci con anterioridad, hacia 1485, retrata a una joven con un armiño en brazos, cuadro que se conserva en el Museo Czartoryski de Cracovia. Cuentan que éste es el lema del armiño, mustélido de piel blanquísima, mimética en invierno con el color de la nieve del paisaje donde habita, que tiene una especial preocupación por su conservación y pureza.

Estas categorías se convierten en la prueba del valor de la persona. Son el equivalente a la salvación conseguida a través de las obras, frente al criterio de la salvación por la fe, cuestión que ha dividido durante siglos a católicos y protestantes. De ahí el carácter obsesivo del narcisismo meritocrático, o inversamente, el carácter narcisista de la personalidad obsesiva: sólo me salvaré si evito el pecado (la impureza, la imperfección, etc.) o si la pureza, la perfección se convierten en el signo inequívoco de la elección divina.

El trastorno obsesivo implica un exceso de introyección de la heteronomía, que lo invade todo. De ahí las características que le atribuye el DSM-IV como perfeccionismo, escrupulosidad, falta de espontaneidad, rigidez, idealismo, obstinación que influyen negativamente en la vida personal, laboral, relacional y social del sujeto. La presencia de fallos, defectos o errores en la ejecución de cualquier actividad se hace intolerable para el obsesivo, dando lugar a sentimientos de vergüenza o culpa indistintamente o por separado.

Una nota en el parabrisas

Vergüenza y culpa es lo que siente Carlos, paciente de 30 años, por haber aparcado justito el coche y haber encontrado en el parabrisas una nota escrita a mano del convecino del parking en la que se podía leer: “*No se crea que es usted el único que aparca aquí en este parking*”. Teme además el posible descontrol emocional que pueda producirle encontrarse con él por sorpresa sin haber tenido tiempo para planificar su reacción.

C.- Aparqué un poco mal el coche, un poco salido. Y el chico que aparca al lado mío, pues me puso una nota, con muchas faltas de ortografía: “No se crea que usted es el único que aparca aquí en este parking”. Yo me enfadé y pensé: “Prefiero que me lo diga a mí personalmente y pase lo que pase...Yo le diré: “Oye perdona, otro día lo pondré bien”. En cambio me deja una nota y más me enfadó la manera en que me la dejó: “No se crea que usted es el único...”

T.: ¿Qué hay en esa manera?

C.: Para mí es de una posición muy mezquina dejar una nota. No es lo mismo decir: “No se crea que es usted el único que aparca” que “Aparqueme por favor bien el coche”, hay mucha diferencia.

T.: ¿Dónde está la diferencia?

C.- Pues que es una manera como, muy trágica y arriesgada. Porque este

chico a mí no me conoce, yo sólo lo he visto una vez y de reojo, aparcando y no sabe mi reacción. Yo diría: “Perdone, aparque bien el coche si no, no lo puedo dejar” T.: Si, lo que a ti te ha provocado es la manera cómo él te ha dicho...

C.- Como ha enfocado esto.

T.: Si. Te ha dicho: “no se crea que usted es el único que aparca...”

C.- Pues eso me ha afectado total.

T.: Muy bien. ¿Qué hay en esa frase: “no se crea”? Él supone que tú te crees... el único... Con lo cual establece una oposición. Tú no eres el único. También estoy yo. Aquí aparece un enfrentamiento.

C.- Pues eso, yo lo cogí así.

T.: Claro, muy bien. Ahora estoy intentando decir lo que yo entiendo para hacerme cargo de tu reacción. Entonces, a ti te da un mensaje. Un mensaje escrito, no da la cara...

C.- En una servilleta de restaurante, ¡que es peor! Ni papel de calidad... Nunca se me hubiera ocurrido escribir en una servilleta...

T.: Y ¿qué hay ahí que te ofende? ¿Te ofende que sea una servilleta?

C.- Eso es un detalle... Aunque sí que tiene que ver, sí. No quería decirlo porque parece que sea muy rebuscado. Pero es verdad, es verdad. Tiene algo que ver.

T.: Lo que se trata de saber qué es lo que a ti te afecta. Te afecta que esté escrito en una servilleta, te afecta que esté escrito con faltas de ortografía, te afecta que diga: “no se crea que...”, tratamiento distante, de usted, impersonal, no se crea...

C.- Eso es lo principal.

T.: Eso es lo principal y no es que sea lo único. Y eso te afecta te produce sorpresa, malestar y rabia. Primero hay una sorpresa: hay un papel ahí ¿Qué hace ese papel? Abro el papel: ¡Ostras! Me juzga equivocadamente. Porque... ¡me está juzgando equivocadamente! Porque está suponiendo...

C.- Sí, sí, sí. Va por ahí.

T.: ¿Va por ahí? Si, porque está suponiendo que tú te crees... Por lo tanto hace un juicio sobre ti, que no ha comprendido por qué tú has dejado el coche de esta manera. No ha tenido en cuenta tus razones. No te comprende. Si no te comprende te sientes mal... y a continuación... miras el coche y resulta que el coche no está del todo bien aparcado.

C.- Cierito.

T.: Cierito, y entonces te empiezas a sentir algo culpable porque si lo hubieses dejado bien aparcado no te hubiera puesto la nota y no te habría producido sorpresa, malestar y rabia.

C.- Si, es todo esto.

La excesiva reactividad emocional de Carlos frente a un episodio tan intras-

cedente, reconocida incluso por él, se explica por la importancia trascendental atribuida al juicio de los otros ante los propios fallos, que constituyen una mácula a su honor y un motivo de vergüenza y culpa. Es como si la mirada de reproche de los demás lo desnudase por la calle y lo mostrase con todos sus defectos.

Llevando estas exigencias al extremo el idealista, como hemos visto también a propósito de las anoréxicas restrictivas, rehúye el contacto con el mundo “vulgar” de la materia y la carne. Así, por ejemplo, Lionel, cuya historia veremos más adelante, se identifica con “los intelectuales”, con lo que piensan, sienten, argumentando que muchas veces no fueron comprendidos en su época; “gente adelantada a su tiempo y por lo tanto muy solitaria”. Su discurso está lleno de datos precisos, de citas de grandes pensadores, de certezas y fría racionalidad. Utiliza términos técnicos, incluso de la psicología. Muestra escaso contacto emocional: ni alegría, ni dolor, ni tristeza ni enfado. Racionalidad hasta el punto de renegar de su condición física, considerándose “víctima de necesidades fisiológicas como dormir, comer, orinar, defecar...” que nos rebajan a la condición de lo bestial. Las relaciones entre personas siempre se le han dado mal, con dificultades en la intimidad. Él mismo se define como una persona que se aísla bastante que se siente a gusto con su tranquilidad y su soledad, aunque a veces “quizás le gustaría encajar un poquito más”.

3. NARCISISMO PLUTOCRÁTICO

La plutocracia, de *πλουτος* (plutos), el gobierno de los ricos en griego, intenta compensar los déficits personales con la adquisición de bienes apreciados socialmente. A falta de nobleza de estirpe o de méritos contraídos, una tercera alternativa para conseguir la exaltación frente al resto del mundo es la distinción que procura la acumulación de los bienes materiales o sociales, que pueden dar lugar a la fama en círculos más próximos o lejanos o, incluso, virtuales (Figura 6).

Figura 6



3. 1. *La modalidad material*

De este modo, los bienes materiales no solamente dan seguridad, sino también prestigio social y sirven para ensalzar a su poseedor: negocios, coches, casas, veleros, joyas, ropa de marca, etc. No siempre la riqueza ha acompañado a la nobleza, con frecuencia arruinada, sino que ha dado lugar a la aparición de una nueva casta, “los nuevos ricos”, los cuales carecen de abolengo, pero lo compensan con la posesión o adquisición de bienes que les permiten competir con los mejor situados socialmente.

Emily o el glamour

Emily, mujer de 42 años, divorciada y madre de dos hijas, vive en una pequeña ciudad de provincias, capital de comarca. En la actualidad está formando una nueva pareja. Se presenta en terapia con la siguiente demanda:

“Vengo porque no puedo continuar así, tengo que hacer un cambio en mi vida. Acabo de abrir un centro de estética, un SPA, y no me veo centrada para dirigirlo. Estoy dispersa, me falta decisión y creo que no saldré adelante, tengo mucha presión alrededor y poco a poco me voy cerrando. Durante muchos años trabajé de enfermera y, en el peor momento de la crisis económica, yo decido abrir un negocio, creo que me he precipitado. Decidí dejar enfermería porque quería trabajar en algo más glamoroso, relacionarme con gente de dinero, de apariencia buena, por eso mientras trabajaba de enfermera decidí estudiar estheticien”.

Hija única, criada prácticamente por sus abuelos, porque sus padres siempre han estado ocupados en su negocio, levantado a base de mucho esfuerzo entre ambos, siente que sus padres no han tenido tiempo ni han sido cariñosos con ella, el negocio era lo primero. Su padre le decía que el dinero lo pagaba todo y por eso se lo han dado todo a nivel material. La madre no quiso tener más hijos porque Emily era su niña y se mostraba muy posesiva con ella.

Aún hoy necesita mucho la aprobación de sus padres y depende de ellos económicamente. Sus padres piensan que ella solo sabe gastar dinero y que lo ha hecho todo mal en la vida. La tienen atrapada económicamente porque le han avalado un crédito para poner en marcha el centro, y a su madre eso le va muy bien, porque puede hacer con ella lo que quiera. Piensa que tampoco ha ejercido de mamá porque su madre, como abuela, ha hecho ese rol con sus nietas: la madre dice que tiene tres hijas, ella y las dos nietas.

En su juventud, con 19 años conoce a su único novio, con el que se casa a los 22, después de 3 años de relación. No se planteó si estaba o no enamorada. Lo que sí quería y le hacía ilusión era hacer una gran fiesta y ser el centro de atención de tantos invitados. A sus padres ya les parecía bien que se casara y tuviera hijos, pues es lo que tocaba. El matrimonio duró 15 años y tuvieron dos hijas, de 13 y 11 años en la actualidad. Con el tiempo decidió hacerse una ligadura de trompas, pues no

quería tener más hijos. Mantuvo ese matrimonio por comodidad, no le faltaba de nada y podía vivir muy bien en una casa fantástica. Confiesa que ella no ha querido a nadie, sólo los utilizaba para llenarse de ellos pues se sentía vacía. A los dos años de casada tuvo un trastorno bulímico, que luego remitió al tener a las niñas. Pasó también un periodo de compras compulsivas con ropa y bolsos de lujo.

Se separó del marido porque conoció a un argentino meloso y dulce que le decía cosas bonitas, la halagaba, era cariñoso con ella y se dejó arrastrar por él; sentía que le llenaba todas las carencias que tenía con el marido y duraron 3 años. Ella tenía la autoestima tan baja, que el argentino le hizo sentir superior a él.

En la actualidad sale con Tom y busca la estabilidad económica, poder tener su casa y su familia, pues ahora vive en un piso que es de los padres. Desea tener con él una casita fuera del pueblo, y salir del cotilleo que les rodea. Quiere tener una familia grande con su nueva pareja (con hijos adoptados, pues no quiere, ni puede, volver a pasar por un embarazo)

Reconoce que se ha cerrado mucho en la relación con Tom, pues se ha fusionado con él y hace lo que él quiere. El le ha dicho varias veces que es una niña de papá y que lo único que busca es un millonario que le pague todo, que es una egoísta, que solo piensa en ella.

La ilusión de su vida ha sido tener un negocio y sentirse realizada, para tener mucho dinero y poder gastarlo en ropa y caprichos y demostrar a los demás que era muy válida, así la valorarían más y hablarían bien de ella. Quería que la gente la admirara y por ello hizo una inauguración del SPA por todo lo alto, contratando a una agencia de publicidad para celebrar el evento, con el mejor catering de la ciudad, al que asistieron 300 personas, de las cuales, actualmente, ninguna acude al centro como clienta. Se gastó mucho dinero en sus instalaciones sin pedir consejo a nadie; solo quería montar algo a lo grande para que la gente la admirara, pero ahora reconoce que fue un error, porque no tiene ni idea del sector de la estética, su ambición era la de ser directora sin tener conocimientos para ello.

Siempre ha creído que cuanto más se tiene más se vale y ahora esta construcción de la vida la está cuestionando y por ello entra en crisis. Ha tenido adicción a todo, a las compras, a las parejas, a sus padres. Cree dar una imagen de seguridad a la gente, de mujer 10, porque es mona, viste bien, tiene un negocio, pero se da cuenta en terapia de que todo es una fachada.

E.: Yo siempre he pensado que si me admiraban valía más. Yo ha buscado que me admiraran.

T.: Precisamente las personas narcisistas no es que se crean necesariamente las más guapas, sino que si no se sienten las más guapas se sienten inseguras y por eso buscan la admiración. Qué significa admirar, que alguien me mire a mí, y desde esta postura de buscar la admiración en el otro nace el narcisismo. A Narciso le gustan los espejos que ensalzan su imagen, como a la madrastra de Blancanieves. Por ejemplo, cuando tú vas

con gente más rica que tú y más glamorosa que tú, ¿qué te pasa?

E.: *Que me siento muy inferior, no me siento integrada, si tienen un estatus económico superior al mío, yo me siento pequeña. Pero es que yo cuando estoy en una fiesta, ya me siento inferior porque tengo menos dinero que ellos y me bloqueo*

T.: *Entonces son más guapas que tú y el espejo se hace pequeño.*

E.: *Pues que sí, que siempre he vivido buscando esa admiración de los demás y que no quiero hacerlo más porque el glamour no tiene ningún sentido, y esta gente es muy superficial. Y ¿cómo lo hago para no ser narcisista? No tendría que gustarme que me admiraran los demás.*

T.: *A nadie le amarga un dulce, una cosa es que no te guste, porque nos gusta a todos, para qué nos vamos a engañar, y otra cosa es que lo necesites para sentirte válida. Tú has buscado más qué hacer para ser admirada por los demás, mirando al espejo, que no mirándote a ti misma.*

Aunque hemos puesto el acento en la acumulación de bienes materiales en el caso de Emily, está claro que en él coinciden también aspectos de prestigio social que se combinan de forma inextricable bajo el concepto de *glamour*, que para otras personas puede ser fama, éxito o reconocimiento social, aunque sea acumulando amigos en “facebook”.

3. 2. La modalidad social

Otra forma de compensar el déficit de méritos personales es rodeándose de personas o contextos que mejoren el prestigio social como *por contagio*. “Quien a buen árbol se arrima, buena sombra la cobija”. Incluso los reyes más absolutos necesitan hacerse acompañar de una corte de nobles que exalten su realeza. Este tipo de personalidades se jactan de su círculo de amistades, de sus contactos con personas famosas o influyentes o de sus relaciones amorosas con personas de destacado atractivo que ostentan como un trofeo. Conocen a medio mundo y hacen ostentación de los contactos con profesionales de alto prestigio o políticos influyentes. En el mundo periodístico algunos se hacen especialistas en fisgonear en los entresijos de la realeza o en las intimidades de los famosos. Olvidan que “aunque la mona se vista de seda, mona se queda”

Aunque la mona se vista de seda

Ricardo, de 30 años, vive con sus padres, es arquitecto y trabaja como tal. Acude a terapia porque nada lo ilusiona desde que terminó, hace un año, la relación con Daniel, su ex pareja: “*es que no me siento ni bien ni mal, las cosas ni me afectan ni me hacen estar bien*”. No obstante, aunque la relación haya terminado mal, Ricardo sigue teniendo la esperanza de volver a estar con él.

Se percibe más bien como un niño que como un hombre, por ejemplo, no toma café ni fuma, porque no es lo suficientemente hombre para hacerlo. No se pone gafas

de sol porque si lo hiciera se sentiría como si estuviera disfrazado de hombre: “*con las gafas de sol me sentiría incómodo, sería como un niño que juega a ser adulto y esto la gente lo notaría*”. Desde la adolescencia vive la fantasía de que un día tendrá un piso bonito, una pareja que le guste y un buen trabajo estable, pero ya ha cumplido 30 años y no ha conseguido todavía nada de esto.

Se ve feo, poco masculino y poco atractivo. Comenta que cuando encontró a su ex pareja pensaba haber encontrado el hombre perfecto que tanto había soñado. Era atractivo, guapo y masculino. La relación duró 8 meses y la vivieron a distancia porque Ricardo vivía en Londres en esa época y Daniel, su pareja, en París. Se conocieron a través del chat y el primer encuentro fue en París. Ricardo explica que en los primeros tres meses la relación iba muy bien y se veían dos veces al mes: “*él era muy atento conmigo, me quería, me decía cosas bonitas, decía que me amaba*”. Ricardo había empezado a sentirse seguro y atractivo; “*como él era guapo yo también me sentía guapo, como él era masculino yo también me sentía masculino*”. Terminados los tres meses, las cosas cambiaron. Daniel empezó a distanciarse y, según lo que cuenta Ricardo, cambió muchísimo: “*se volvió agresivo, mentiroso, manipulador*”. Cuando la relación terminó, Ricardo perdió toda la ilusión que tenía y toda la seguridad que esta relación le había dado. Reconoce estar muy enganchado a esta relación, sobre todo durante el primer periodo y se ha creado la fantasía que un día Daniel volverá con él:

“Es verdad yo he estado un año pensando en los primeros tres meses vividos con él, porque esto me hacía estar bien. Todavía me cuesta pensar que las cosas no puedan cambiar, que él no volverá y no será todo como antes, todo perfecto. Es así, yo vivo mucho en la fantasía. Llevo no sé cuantos meses con la idea de que me quiero ir de casa pero todavía no me he ido, porque estoy esperando el piso perfecto. Tiene que ser céntrico con tiendas, bares, pero no debe ser ruidoso y no ni estar muy lejos de mis amigos para que yo los pueda invitar a mis fiestas que haré los fines de semana. Debe tener una terraza bonita y no debe ser caro, porque en este momento no me puedo permitir muchos gastos”.

Todo esto lo hace porque ya que no se gusta a sí mismo, al menos quiere que guste su piso. Además, intenta que el piso parezca el de un chico moderno para que los demás piensen que lo es, aunque él no se sienta así. No dice sentirse el mejor, pero comprarse cosas bonitas lo hace sentir seguro:

“Si decido organizar algo, tiene que estar todo perfecto, o los demás se darán cuenta de quién soy realmente. El más bajito, el más feo, el más sencillo”... Cuando me compré un perro, me compré el perro más bonito según mis posibilidades, así el coche y la moto, es como si yo me sintiera menos, de esta manera me siento más”.

Lo mismo pasó con sus padres, reformó todo el piso donde ellos vivían para que cuando vinieran sus amigos pudieran ver que sus padres eran modernos y no

eran humildes y sencillos:

“es que yo nunca quería que vinieran mis amigos a casa de mis padres, luego, cuando reformé el piso, los invitaba para que vieran que mis padres eran modernos.

Cuando era pequeño Ricardo estaba muy unido a su madre. La veía como la madre más guapa e inteligente del mundo, sin embargo, cuando empezó a cursar el bachillerato, ella tuvo que ponerse a trabajar para poder pagarle los estudios. Era modista, pero no encontró trabajo de lo suyo, por lo que tuvo que conformarse con ir a limpiar casas. Para Ricardo esto fue un shock tremendo, no siendo capaz de valorar el gesto de su madre, a la que veía como una mujer de la limpieza. Desde aquel momento dejó de ser la mamá más guapa e inteligente del mundo y la relación con ella cambió mucho. Ahora él la crítica siempre y le dice lo que tiene que hacer. Si ella se ofende, nunca le pide perdón, porque sabe que se le pasará. Nunca habló con su madre de aquel acontecimiento que a Ricardo tanto daño le hizo y cree que un día todo esto se arreglará y volverá a tener una buena relación con ella, como cuando era pequeño.

3. 3. La modalidad virtual

Otras personas buscan una personalidad virtual con la que identificarse, bebiendo de su inspiración y mimetizando sus atributos, a fin de hacer aceptable su propia imagen. A veces llegan a crear una identidad sustitutoria, particularmente a través de las redes sociales, identificándose con algún personaje real o ficticio o suplantando su personalidad. Es una forma de adquirir por usurpación un prestigio que cotice.

Arashi

Mónica, de 28 años, acude a terapia a causa de una depresión que la mantiene aislada de la familia, de sus amistades, en un estado prenómico en el que ni siquiera se cuida de la comida ni del aseo. Se hace llamar Arashi, por identificación con un personaje femenino de uno de los cómics Manga, y se dedica, cuando está mejor de ánimo, a la difusión de la cultura japonesa (lengua, gastronomía) entre su círculo de influencia. Huyó de su familia de origen por que le parecían demasiado provincianos y se vino a Barcelona para entrar en el mundo ideal del Manga.

T: *¿De dónde te viene este sobrenombre?*

M: *Arashi? Uff!! De cuando tenía 12 o 13 años, de un personaje de Manga, que me gustaba mucho, era una chica fuerte, con el pelo largo. Yo por aquel entonces llevaba el pelo negro y largo. Era súper dura y el nombre significa tempestad. A mi me gustaba el nombre y cómo era. Le sale una espada de la mano, y participa en la guerra apocalíptica para salvar a los humanos. Es una sacerdotisa del templo. Y bien, también era la relación que más me gustaba del Manga. Era muy seria y muy profesional y tal. Y*

que el típico chico que hace las bromas, se enamoraba de ella y me gustaba esta historia de amor entre opuestos”.

En otras ocasiones los narcisistas pueden llegar a construir o suplantar la personalidad de algún personaje real o imaginario, cargado de un fuerte valor social, como Enric Marco, quien durante 30 años se hizo pasar por un prisionero del campo de concentración de Flossenburg. Esto le permitió llegar a presidir la asociación Amical de Mauthausen, a pesar de no haber estado nunca en ninguno de los campos de exterminio nazis. Su historia, como él mismo admitió al ser descubierto, era una farsa. Su narración que arrancó las lágrimas a los asistentes al Parlamento cuando contaba como les desnudaban o les mordían los perros era un invento. Pero era la que iba contando en conferencias en ateneos e institutos de enseñanza.

Lo mismo cabe decir de Alicia Esteve Head, vecina del distrito de Tres Torres, de Sarrià-Sant Gervasi (Barcelona), quien había trabajado de secretaria de un directivo japonés de la empresa Hovisa, hasta pocos meses antes del fatídico 11 de septiembre de 2001 y que se hacía pasar por Tania Head, víctima superviviente del atentado de las torres gemelas. Su papel activo en el movimiento memorialista le llevó a presidir la Red de Supervivientes del World Trade Center. Ante la revelación periodística en portada del New York Times que aquella mañana ella no se hallaba en la ciudad, sino en Barcelona, tuvo que admitir su farsa. Había construido una historia, cargada de detalles propios de una película: su novio había fallecido en la otra torre, un desconocido apagó las llamas de su vestido, había entregado a una viuda el anillo que le dio su marido poco antes de morir...

Estos y otros casos muestran la proximidad de rasgos compartidos entre los trastornos del llamado cluster B, como por ejemplo entre narcisismo e histrionismo, o narcisismo y rasgos antisociales. Pertenecen en definitiva a la regulación anómica o se derivan de ella al entrar en contacto con otros niveles de regulación. Esta transversalidad da cuenta también de las oscilaciones a que se ve sometida la personalidad narcisista, que consideramos a continuación

OSCILACIONES EN LA DIMENSIÓN NARCISISTA

La división en subtipos que hemos establecido en la dimensión narcisista tiene un carácter propedéutico. En consecuencia las transiciones entre unos estados y otros pueden obedecer a oscilaciones en virtud de las amenazas a que pueda verse expuesta la organización narcisista a lo largo del continuo validación - invalidación. En general estas oscilaciones pueden relacionarse con contextos diferentes o cambiantes. Pablo, al que nos hemos referido ya en otras ocasiones, adopta una modalidad u otra de respuesta narcisista en virtud de diversos contextos. Ante las mujeres busca una validación como amante perfecto, capaz de ocasionarles placer. No ha dicho nunca, por ejemplo, a su novia, con la que lleva ya más de once años, que la quiere y que la encuentra guapísima, por miedo a que ella se lo crea y se sienta

capaz de seducir a otros. Habiendo sufrido un ligero accidente en una relación íntima con ella causante de un hematoma en el pene que le dificulta la erección, acude a terapia con una demanda específicamente sexológica. Tiene miedo de que la chica le abandone a causa de su “defecto” y que en este caso tampoco le puedan querer otras chicas si se dan cuenta de ello. Ha consultado ya a varios especialistas, los cuales consideran el perjuicio leve y pasajero; sin embargo, planea viajar al extranjero para visitar a algún eminente urólogo que le confirme el pronóstico. Del psicólogo espera que comprenda sus miedos y no le juzgue ni se mofe de él. Ante la opción de escoger entre terapeuta masculino o femenino, ha exigido que se le asignara un hombre, pues le daría vergüenza hablar de esto con una mujer.

A semejanza de nuestro paciente Pablo, es muy probable que el narcisista experimente las más de las veces en su amplitud todos o al menos varios de los estados mentales que acompañan a las diversas modalidades narcisistas descritas hasta ahora y que los subtipos mencionados se caractericen por el estado mental más relevante y manifiesto en cada caso. La mayoría de pacientes presenta un tipo mixto con algunos rasgos más predominantes que otros. En una lectura prototípica del trastorno, se puede formular la hipótesis de que el tipo ideal experimente la gama entera de los estados mentales y otros sujetos sólo una parte limitada de dicha gama. Estos últimos pacientes constituirían los subtipos del trastorno, serían portadores solamente de *rasgos narcisistas* y no necesariamente de todo el cuadro manifiesto.

El gusano, la hiena y el león

Dimaggio y colaboradores (2003) presentan el caso de Katia, de 28 años, en cuyo discurso pueden detectarse un conjunto de estados mentales, que reproducen los diversos subtipos. Identifica tres personajes, cada uno de los cuales representa un estado mental: el gusanillo, o sea, el sí mismo débil, expuesto a la vergüenza y humillación; la hiena, que lucha en el estado de transición para proteger al gusanillo; el león, un mixto de fantasías grandiosas y de distanciamiento aséptico, que se ha alejado del mundo y vive solitario, en una sabana mental sin caminos que puedan traerle nuevos huéspedes. He aquí parte del relato a través de un fragmento de sesión:

T.: *El otro día decías que te sentías un gusanillo que tiene necesidad de una coraza protectora...*

P.: *Lo que me sale en esos momentos es justamente lo contrario al gusanillo, es la hiena... El gusanillo es la parte más sensible, más empática con las demás personas. Esta de estos días es la parte cínica que pasa de los demás, que está como en un mundo aparte, como una coraza. La distancia es una protección para ambas partes, si me alejo muerdo menos.*

T.: *Hagamos un juego, hagamos ver que aquí hay tres personajes: el gusanillo, el personaje de la coraza y el personaje distante. Busquemos el nombre para estos dos últimos.*

P.: ... Al personaje de la coraza lo llamaría la hiena y al personaje distante, el león... es el rey de la selva, se siente un poco "el no va más", es una distancia arrogante, de desprecio por todo lo demás (exclusivo, despectivo).

T.: Me puedes describir estos tres personajes...

P.: ... Vamos por orden de aparición... el gusanillo: es un animalito bueno, muy bueno. Por esto debe estar muy atento y procurar protegerse porque el gusanillo es un poco como el pobre minino y por tanto no tiene coraza y por eso las cosas le llegan de golpe. Entonces yo pienso que cuando las cosas le llegan de golpe y alguien se aprovecha de eso... y cuando le llega un bastonazo entre los dientecllos entonces el gusanillo se transforma en una hiena que es muy sarcástica, muy calculadora, y está siempre al acecho (narcisismo despectivo). Y es bastante agresiva, al contrario del gusanillo que es muy acomodaticio, que busca una solución de compromiso, la hiena no, va recta por su camino.

T.: La hiena es quien interviene cuando ve que han herido al gusanillo...

P.: ... La hiena es muy mala, hay que estar atentos. Pero la hiena es mejor que el león, porque la hiena es agresiva (narcisismo despótico) y por tanto interactúa con el mundo exterior, cosa que el león no. Cuando llega el león adiós a todos.

T.: ¿Y cuándo llega el león?

P.: No lo sé. Quizás cuando la hiena se harta de ser hiena porque no es justo que uno sea sólo agresivo, uno se aburre. Y entonces llega el león que se distancia de este mundo cruel y vive en un mundo de justicia e injusticia y está absolutamente protegido porque al león no le importa nada de nada. Mientras la hiena agrede o es agredida, ¡al león no le pasa nada! El león es frío, hace que las cosas mueran por congelación, es inalcanzable. (Narcisismo exclusivo)

LA PÉRDIDA NARCISISTA

Entendemos por pérdida narcisista aquella que se deriva de una herida a la valoración o aceptación social que el sujeto no reconoce como tal, sino que interpreta, a veces con modalidades paranoides, como una agresión injustificada. Independientemente de lo justificado o no de las desconsideraciones de los demás, una de las lecciones que ya desde la adolescencia debemos superar es que no podemos agradar a todo el mundo, que en el mundo las relaciones frecuentemente son conflictivas y que no podemos esperar a que todo el mundo nos acepte para hacernos cargo de nosotros mismos.

Agustín pertenece a aquel grupo de personas que creen que el mundo ha sido injusto con ellos y se deprimen por acontecimientos banales en relación a la gravedad de otros que les han sucedido, pero que no afectan a su autoestima. Con 56 años viene a terapia de grupo en un estado

generalizado de desgana, desmotivación y abulia. Casado en segundas nupcias se separó de la primera mujer, la cual quedó embarazada de otro hombre durante el noviazgo. Agustín se vio “obligado” por amor a la chica a aceptar el niño y darle sus apellidos.

Más tarde se separaron, cuando el niño tenía cinco años, aunque mantuvo con él contactos intermitentes durante su niñez y adolescencia. Con notable carga emocional hace mención explícita de las cartas que se escribieron padre e hijo mientras el chico hizo la mili y que todavía guarda. A la vuelta del servicio militar el muchacho compró un coche con el que al cabo de pocos días se mató. Agustín lo relata quejándose de que el resto de acompañantes salió ileso o con pocas heridas, mientras su hijo, que era el conductor, se mató.

En ocasión de la muerte del hijo desarrolló una fobia a viajar en coche, que trató con éxito de forma conductual. En cambio viene ahora a terapia con el diagnóstico de depresión: duerme muchas horas, no hace ninguna actividad física, está de baja laboral. Examinando los motivos de la depresión actual que para él no tiene que ver con la muerte del hijo aparece que la causa hay que buscarla en el modo cómo le han tratado en el trabajo: “Todo esto viene de lo que me pasó en trabajo, lo del hijo hace ya 10 o 12 años que lo tengo superado”.

De nuevo se sintió relegado y debiendo hacer frente a actividades para las que no estaba preparado, lo que interpretó como una forma de darle el esquinazo. No aceptaba que una persona de grado superior le tratara de ese modo.

*“Todo esto me hizo sentir **subvalorado, desprestigiado y aparcado...** Y claro todo esto me ha ido taladrando hasta el punto de tener que dejar el trabajo y pedir la baja por depresión”.*

Las emociones predominantes en casos de depresión debida a una pérdida narcisista tienen que ver con el sentimiento de desvalorización y ocultan un gran resentimiento hacia quienes de alguna manera han intervenido en el proceso de los acontecimientos.

Con frecuencia las reacciones depresivas en las personalidades narcisistas son intermitentes, aunque recurrentes, y alternan con otros estados de grandeza o euforia, aunque como en nuestro caso se pueden instaurar como la reacción predominante y crónica, sobre todo cuando las oportunidades vitales ya no ofrecen perspectivas de compensación.

GÉNESIS DEL NARCISISMO EN EL CONTEXTO RELACIONAL

El narcisismo se pone de manifiesto como rasgo de personalidad estable en la edad adulta, pero experimenta su periodo de gestación durante la infancia, en la fase anómica, como consecuencia de un déficit de descentramiento del egocentrismo.

Puede contribuir a ello la propia proyección narcisística de los padres, donde el hijo es construido como fruto del propio deseo, más que del amor. Muchos de estos pacientes han tenido padres que han seguido el decálogo que Beyebach y Herrero de la Vega (2013) proponen para criar hijos tiranos

1. Ceda a todos sus caprichos: prohibido decirle que no
2. Haga por él las cosas que debería hacer su hijo
3. No responsabilice a su hijo de sus actos, sino que busque culpar a otra persona
4. Dé ejemplo, sea usted un tirano con su hijo
5. Sobreexija a su hijo
6. No elogie nunca lo que hace bien
7. Hable y amenace en vez de actuar
8. Pierda los papeles
9. No trabaje en equipo con su pareja; desautorice al otro progenitor ante su hijo
10. Abdique de la responsabilidad de educar a su hijo

Embarazo de nueve años

El caso que comentamos a continuación cumple algunos de estos criterios, particularmente los cuatro primeros, puestos de manifiesto a través del diálogo entre Mary, paciente de 40 años, y el terapeuta. Inicia la sesión con una preocupación en relación a su hijo Javier de nueve años. Una relación que ella se cuestiona si es de maltrato. No entiende el comportamiento rebelde del niño, si ella le quiere tanto. En el diálogo hace referencia a sus dos hijos, una chica de veinte años y un niño de nueve.

T.: *O sea, tú dices que él reacciona cuando te ve a ti sulfurada*

M.: *Exacto, sí, sí*

T.: *Y hay veces que tú te lo comes a besos, así sin más.*

M.: *Sí, sí, soy muy cariñosa con él. Me apetecería cogerle y darle un abrazo y comérmelo a besos. Con mi hija no lo he hecho, eso es verdad. Por eso no lo entiendo, porque tengo una relación con él que es que lo quiero con locura. Yo lo necesito; no sé, me gusta; desde siempre desde que era bebé me lo como a besos, lo quiero con locura, pero a la misma vez me pone muy nerviosa, mucho.*

T.: *Bueno es algo relacional. Hay una relación entre tú y tu hijo que es distinta de entre tú y tu hija porque en todas relaciones siempre se crea una especie de dinámica o de juego. Tú has dicho “lo necesito” o sea que el niño puede percibir que él es un objeto, si podemos hablar así, que te satisface a ti. Pero, a la vez, si te satisface a ti tiene que ser un objeto para ti, no puede ser para sí mismo. Entonces la rebeldía es una especie de mensaje que dice: bueno, pero yo soy yo. O sea yo soy para ti, pero cuidado*

que yo soy yo, y solamente cuando él ve amenazado ese amor, ese cariño tan grande, el afecto tuyo tan efusivo... se convierte en odio. Entonces reacciona; pero claro es que aquí creo que hay que modificar un poco la relación que tienes con tu hijo

M.: *Sí yo ya lo he pensado, porque yo esto lo he hablado muchas veces con mi madre, antes de que se pusiera ella mal y ella me decía muchas veces: “no lo abracés tanto”*

T.: *Ya, pero tal vez no es una cuestión de lo que hagas o lo que no hagas o de tener paciencia o no tenerla, sino de ti misma. ¿Por qué necesitas tanto a tu hijo? ¿Por qué necesitas abrazarlo? Con tu hija no lo has hecho*

M.: *No, de pequeñita no, ahora lo hago un poco más, lo que pasa que lo que hago con mi hijo, también lo hago con mi marido, sí*

T.: *Y ¿qué haces con tu marido?*

M.: *Sí, también de golpe le doy un abrazo; es que soy muy abrazadora.*

T.: *Me parece muy bien, pero tu marido es tu marido y tu hijo es tu hijo, es decir hay fronteras generacionales. Hay dos tipos de relación en una casa: de esposo a esposo es una relación conyugal de iguales; pero los esposos si tienen hijos se convierten en padres y esto es una relación parental. La relación parental requiere una distancia o al menos se tiene que ir transformando en la distancia. El bebé que es un trozo tuyo, que forma parte de ti, que le das el pecho, bueno pues ese bebé se va diferenciando y se tiene que desarrollar una distancia, no sólo una diferencia física, sino también psicológica, en el sentido de que no le puedes dar el afecto a un hijo que le das al marido. El amor de padres a hijos es distinto. Pero a mí me parece que este niño no se ha diferenciado bien de ti todavía. O sea no te ve como una madre, te ve como una compañera. Es decir que no hay una distancia, es una relación unilateral no de subordinación y sólo reacciona cuando ve amenazado el amor. O sea tú le das un amor tal que para él no hay fronteras, es como si estuviera mezclado contigo y entonces solamente cuando ve amenazado esto reacciona.*

M.: *Ya, ya.*

T.: *Pero al mismo tiempo tiene necesidad de diferenciarse; es como el niño de tres años, es la etapa evolutiva del despegue de la madre, y parece que no ha hecho este despegue y claro entonces todos los actos de rebeldía son actos de afirmación de él,. Pero a la vez que él se afirma, luego tú te fusionas con él, como si no consiguieras separarte.*

M.: *Él corresponde, también; él también es como yo, él abraza no a mí sólo, abraza a su padre, abraza a su hermana, o sea él busca, sí abraza mucho a su padre y además de repente estás así y va y te da un beso, así fuerte y a su hermana también.*

T.: Pero eso es demasiado fusional, en el sentido de que no le permite a él... Porque la efusión ¿sabes lo que hace?

M.: Confundirlo

T.: Lo confunde. Entonces a mí me da la impresión de que tú deberías repensar un poco esa necesidad a través de ti; no te preguntes tanto si haces bien o haces mal, sino ¿por qué necesitas tanto el afecto de tu hijo? ¿Qué tiene él que te compensa a ti?

M.: No, pero yo no busco el afecto que él me da; necesito dárselo yo a él

T.: Sí pero ¿por qué necesitas dárselo?

M.: No lo sé. Sí es que con el crío, yo me acuerdo que cuando nació sentí una felicidad que no había sentido en mi vida, la felicidad absoluta es cuando yo lo vi y pensé: “ay que bebé más bonito”

T.: ¿Y eso no lo viviste con tu hija?

M.: No, no, no, no, no, no... No lo viví con ella, esa sensación, fue todo más rápido, ¡ala! venga, mira qué bonita y qué guapa, pero con el niño, además tardé 9 años en quedarme embarazada de él. Después de tener a la niña, decidimos ir a buscar otro, yo estaba con muchas ganas de tener un crío, ya que a ella la tuve sin querer..., me quedé embarazada con 19 años. Me casé porque me casaron, pero bueno yo feliz, tampoco lo he visto nada mal. Y después, estuve años y no me apetecía. Además yo lo dije que yo quería quedarme embarazada cuando yo quisiera, porque yo quería tener el sentimiento, porque quería tener era un bebé deseado, y así fue. Pasaron años y yo quería otro, me amargué y ya cuando me quedé embarazada ni te cuento, y vaya embarazo más guapo. Y durante el embarazo del niño, yo estaba la mar de bien disfrutando de mi embarazo y cuando lo tuve me dio rabia dar a luz, porque yo estaría embarazada años, me encanta...

T.: Lo acabas de decir. Tú todavía...

M.: estoy embarazada...Puede ser; puede ser, porque yo lo recuerdo con nostalgia y después yo lo que recuerdo mucho es que cuando le daba el pecho, le estuve dando meses.

T.: Bueno pues ahí entre él y tú hay un problema de separación. Representa para ti tanto que es como si no te hubieras separado de él y no le permites ser

M.: Ahora lo estoy notando es que quiero estar embarazada de él. Sí, sí: ahora va saliendo. Quiero estar embarazada de él porque yo era feliz, era feliz. Además yo, no me importa decirlo, mientras he estado embarazada estaba activa sexualmente exageradamente

T.: Porque claro no había ningún problema

M.: No, pero por ejemplo después de los tres años de intentar quedarme embarazada, pues tenía que estar activa sexualmente a la fuerza; pero muchas veces lo hacía yo sin ganas, porque quería quedarme embarazada.

Pero estando embarazada yo he tenido siempre apetito sexual, yo me lo he notado. Pero yo ya te digo, los dos embarazos han sido y la lactancia materna... Es que bueno cuando ya dejé de darle el pecho me dio una rabia...; después ha estado tomado biberón mucho tiempo, pero todo ha sido por mí, es que ha sido por mí. Es que además yo soy una madraza es que me gusta el contacto de madre, cuando lo tenía conmigo en la teta, todo el día lo tenía dándole, yo estaba deseando que despertara para darle la teta, no sé lo que me pasó y con la niña lo mismo, ha sido de la época más feliz de mi vida.

T.: *Tú no has tenido un embarazo de meses sino de años, ese es el tema. Pero entonces como ahora ya anda y corre y muerde y lo que sea, pues la teta ya no se la puedes dar. En ese caso ¿qué pasa? Pues que si se cree el rey de la casa, ¿para qué tengo que exigirme nada a mí, si ya me quieren, porque soy deseado? Se puede desear a un hombre o a una mujer, pero no a los hijos. A los hijos hay que quererlos, no desearlos.*

M.: *Claro, entonces lo que estoy haciendo no es querer, es desearlo. ¡Ah! yo lo confundía con querer*

T.: *A ver eso es un amor de deseo, no es un amor desprendido, como tiene que ser el amor materno y paterno, que es para el otro. O sea yo quiero que él crezca y...puede llegar a confundirse, tal vez y pensar con mi madre ya tengo bastante. Sí claro, un amor como el tuyo no lo encontrará nunca más, eso seguro.*

A través de la conversación terapéutica se va haciendo manifiesto el círculo vicioso: deseo de la madre (comportamiento efusivo y posesivo) → comportamiento reactivo del niño (ambivalencia cariño – rebeldía) → comportamiento ambivalente de la madre (comer a besos, definido como amor) – (amenazas, gritos, pescozones, definido como maltrato) → comportamiento reactivo del niño (sumisión – reconciliación). Reinicio del círculo. El niño muestra de forma alterna las modalidades seductora y despótica en correspondencia a la fusional o destructora de la madre.

El caso de Javier nos muestra el proceso a través del cual puede llegar a convertirse un individuo en una personalidad narcisista, siendo tratado como una extensión del progenitor y no como una persona individual. Como dice Lidia Martínez-Lewi (2010):

“Es el hijo perfecto, creado a imagen de su progenitor y no a la suya propia. El mensaje de su niñez es: sé lo que quiero que seas y te amaré, se tu mismo, desafíame y no sobrevivirás. Al principio fue escogido para ser especial, siendo la respuesta a los deseos, sueños y aspiraciones incompletas e insatisfechas de sus padres. La madre proyecta en su hijo una imagen de omnipotencia y perfección. Es incapaz de aceptarle como un individuo definido y auténtico. Le ve a través de la lente distorsionada de la imagen idealizada que se ha creado. Sigue ligada al cuadro del hijo perfecto que ha

moldeado. El hijo a su vez no se desliga psicológicamente de ella. La madre y el hijo quedan trágicamente encerrados en una simbiosis no rota”.

El rey destronado

En otros casos el origen relacional para el narcisismo hay que buscarlo más bien en el planteamiento contrario: padres dimisionarios, sobreexigentes y fríos, que pierden fácilmente los papeles, que andan en desacuerdo mutuo y no reconocen nunca lo que el niño hace bien, mostrando una habilidad especial para detectar y criticar de inmediato lo que hace mal o de modo no perfecto, como le sucedió a Lionel con sus padres.

Lionel de 19 años, hijo único, de padres divorciados, mitad franceses (familia paterna) y mitad españoles (familia materna), acude a terapia con un diagnóstico de *trastorno de ansiedad inespecífico*, que relaciona con inseguridades respecto a su cuerpo y ciertos episodios de rabia incontenible. Pronto se ponen de manifiesto rasgos claramente narcisistas.

Por la parte francesa tiene un pasado algo aristocrático, principalmente por su abuela Cloé, diagnosticada como depresiva, de quien aprendió el gusto por el refinamiento en la cultura y el arte. Así comenzó a alejarse de lo cotidiano, identificándose con valores y gustos elevados, y diferenciándose tajantemente de lo “vulgar”, lo vacío o superficial, lo básico. Del padre ha tomado una visión de efectividad y pragmatismo, y también de recurrir fácilmente a la violencia”.

Por la parte española, considera a su familia como normal. La madre particularmente, representa al ciudadano típico, que Lionel detesta; interesado por cuestiones banales, perdiendo el tiempo con la televisión, por ejemplo.

Sus padres se divorciaron cuando él tenía 2 años, por lo que fue a vivir con sus abuelos maternos, quienes le “daban todo para hacerlo sentir en el paraíso”, hasta los 7 años, en que regresó con su madre, persona poco cariñosa, a quien “no le costaba señalar sus defectos”.

Hasta este entonces se sentía muy feliz, completo, por lo que la vuelta con su madre fue vivida como “la expulsión del paraíso”, que sufrió con mucha rabia y como una pérdida de sentido. En su casa sólo se atendía a que fuera un buen estudiante y que no le faltara lo básico para subsistir. Con su padre hubiera querido verse más frecuentemente, pero sólo lo hacía una vez al mes.

De pequeño describe una sensación de no pertenecer a ningún grupo; de incluso aburrirle y generarle rechazo el pertenecer a grupos estereotipados, mostrando la gran importancia que da el sentirse único y diferente. Y este mismo sentimiento de no interesarle lo que estaba a su alrededor, sino lo que estaba más allá, se trasladaba a la escuela, donde no sólo se sentía ajeno a sus compañeros, sino también a sus estudios.

Hacia los 17 años, todo esto se unió a una intensa crítica social, cobrando su visión de la realidad una forma más clara y definida, hacia la que su vida se volcaría

casi con exclusividad. Tal relevancia cobró su cosmovisión, que si había de elegir ella o el contacto con personas que no la compartían, escogía lo primero. Así crecía su soledad, y se alejaba de sus pares, de su familia, y también de sus amigos más cercanos.

La metáfora que utiliza para describir esos años, es la del príncipe Sidharta que sale del palacio y se encuentra con el sufrimiento de los hombres. Para superarlo, Lionel, a imitación de Buda, se refugió durante mucho tiempo en los libros y en su soledad, comenzando a buscar un sentido más profundo de la vida (narcisismo idealista).

CONSIDERACIONES FINALES

Aunque en este artículo nos hemos centrado en las características de la personalidad con trastorno o rasgos narcisistas más o menos acusados, resulta evidente que la presencia de “reacciones” narcisistas como fenómeno ocasional, es prácticamente universal, puesto que nadie o casi nadie es ajeno a las amenazas a la preservación de su imagen. Estas reacciones pueden estar claramente mediadas por la fuente de posible invalidación, como bien reconoce el proverbio que reza: “no es la miel para la boca del asno”, o bien aquel otro que dice “a palabras necias, oídos sordos”. Sin embargo, aun los cínicos protegían su imagen, la que querían dar, y cuanto más eran criticados, tanto más se afirmaban en ella. La pervivencia de la vergüenza o del pudor, con sus más y sus menos, como un sentimiento generalizado en todas las culturas, hace evidente la función social de la buena imagen, hasta el punto que el deterioro ostensible de ésta (escarnio, difamación, calumnia, etc.) pone en entredicho la dignidad y los derechos humanos, o constituye una grave falta de autoestima, si la fuente de humillación o desprecio deriva de la propia persona.

Narcisismo y autoestima

Al plantear este artículo queríamos desarrollar en paralelo estos dos conceptos, puesto que no pueden entenderse plenamente el uno sin el otro. Las limitaciones de espacio, sin embargo, ya sobradamente excedidas, nos imponen dejar el tema de la autoestima para otra ocasión. Quedan puestos los fundamentos, no obstante, para su comprensión como “amor ontológico”, anterior a cualquier evaluación social, exento de “cotización en la bolsa” de los valores al uso. La autoestima procede de la legitimación del propio ser, previa a cualquier reconocimiento externo, aunque sólo se convierte en un dinamismo psicológico a través de un proceso de interiorización consciente, de otro modo vendría a coincidir prácticamente, con el instinto de conservación, presente en todos los seres vivos. Por eso se construye a través de un proceso de regulación moral que hemos descrito en otra parte (Villegas, 2011) como resultado de un proceso de integración de las tendencias ego y alocentradas, característico de la regulación autónoma.

La psicoterapia del narcisista

A pesar del potencial para la descompensación grave, comenta Millon (1999): “la mayoría de los narcisistas funcionan con éxito en la sociedad si poseen un mínimo de base y talento para recuperar su confianza. Las dificultades aparecen cuando existe una marcada disparidad entre sus presunciones y su competencia real, y más especialmente cuando son objeto de una afrenta dolorosa a su orgullo (fracaso laboral grave, embarazosa pérdida de estima pública o un repentino cambio de actitud por parte de alguien a quien idolatran, por ejemplo) pudiendo precipitar un trastorno depresivo que provoque un intolerable malestar. Es en estos momentos cuando las personalidades narcisistas suelen acudir a terapia”.

El objetivo de la terapia con el narcisista es convertir el narcisismo en autoestima. Para ello es preciso volver a situarse en el proceso de diferenciación del yo, favoreciendo las funciones de metarrepresentación (sujeto), sobre las de representación (objeto). Es posible, incluso, que este déficit evolutivo haya dejado sus huellas en estructuras cerebrales como la ínsula, tal como parecen sugerir los estudios de neuroimagen de Roepke y colaboradores (2013) como fruto, probablemente, en nuestra opinión, de una inadecuada presión o estimulación adaptativa en los primeros años de la infancia que nosotros hemos atribuido al predominio de la función asimilativa.

Si Narciso se hubiera reconocido a sí mismo en la imagen del estanque y no se hubiera visto “como otro” no se habría empeñado en perseguirla, enamorándose de ella. Recuperar la distinción primaria entre yo sujeto y tú sujeto permite a la persona acceder a sí mismo y a los demás como seres originarios y aprender a amar al prójimo como a sí mismo. Ésta es la base de la empatía, la aceptación incondicional y el respeto. Estas actitudes llevan a eludir cualquier tipo de comparación con los demás y a evitar cualquier crítica o juicio sobre ellos.

El manejo de la frustración es otro aspecto a considerar en la terapia del narcisista. El fracaso en la obtención de un deseo, del reconocimiento de los demás, la comisión de un error, las pérdidas inevitables de la vida, pueden ser vividas como injusticias intolerables ante las que reaccione de forma airada o depresiva. Enfocar estas circunstancias de modo terapéutico supone aprender de los errores, limitar las aspiraciones hinchadas de engreimiento, aceptar los avatares de la vida y desarrollar la gratitud hacia la naturaleza y los demás. La humildad, entendida como el realismo de los pies en el suelo, es un buen antídoto para el narcisismo. La realidad no se puede modificar, mientras que la imagen sí, aunque sea con el “photoshop”.

Por parte del terapeuta se exige empatía, objetivos e ideas claras, humildad y suavidad en el procedimiento. Es posible que el narcisista ofrezca resistencias, escribe Millon (1999) que “hacen de la reestructuración de la personalidad un objetivo difícil de alcanzar; insisten en culpar a los demás de todas sus dificultades y adoptan una posición de superioridad frente al terapeuta percibiendo cualquier

intento de confrontación constructiva, como una crítica humillante”. El terapeuta deberá estar vigilante para que sus intervenciones no deriven en un pulso entre él y el paciente. De ahí que su estrategia deba estar orientada más bien a contextualizar las reacciones del paciente que no a confrontarlas directamente.

En este artículo se presenta una visión constructivista del narcisismo, concebido como un déficit de descentramiento en el proceso de diferenciación del yo. La función asimilativa del egocentrismo se considera la causa de la ausencia de empatía típica del narcisismo. Las modalidades que puede adoptar el narcisismo se subdividen en tres tipos denominados aristocrático, meritocrático y plutocrático

Palabras clave: narcisismo, autoestima, desarrollo moral, egocentrismo, psicoterapia

Referencias bibliográficas

- Beyebach, M y Herrero de la Vega, M. (2013). *Cómo criar hijos tiranos. Manual de antiayuda para padres de niños y adolescentes*. Barcelona: Herder
- Bills, T. (1995). Abuso sessuale e anoressia. En L. Hall, *Liberarsi dall'anoressia e dalla bulimia. Storie di 16 donne famose che hanno vinto l'ossessione del cibo e del peso*. Verona: Positive Press.
- Binswanger, L. (1945). Der Fall Ellen West. Studien zum Schizophrenieproblem. *Schweizer Archive fur Neurologie und Psychiatrie, LIII, LIV & LV*. Traducido por R. May, Angel, E. y Ellenberger, H.F. (1967). *Existencia. Nueva dimensión en psiquiatría y psicología*. Madrid: Gredos.
- De Clerq, F. (1990). *Tutto il pane del mondo. Cronaca di una vita tra anoressia e bulimia*. Firenze: Sansoni Editore.
- De Clerq, F. (1995). *Donne invisibili*. Milano: Rizzoli.
- Dimaggio, G. C. y Semerari, A. (2003). *I disturbi di personalità: modelli e trattamento*. Bari: Laterza.
- Donati, M. (1999). *Angeli senza ali. Incontri e storie di anoressia e bulimia*. Verona: Positive Press.
- Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo* en: Obras Completas, Vol. XIV, Amorrortu, B. Aires (9ª Edición, 1996).
- Freud, S. (1914). *Conferencias de Introducción al Psicoanálisis. 26ª Conferencia. La teoría de la libido y el narcisismo* en: Obras Completas, Vol. XVI, Amorrortu, B. Aires, (9ª Edición, 1996).
- Freud, S. (1916) *Duelo y melancolía* en: Obras Completas, Vol. XIV, Amorrortu, B. Aires, (9ª Edición, 1996).
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello* en Obras Completas, Vol. XIX, Amorrortu, B. Aires (9ª Edición, 1996).
- Hornbacher, M. (1998). *Wasted*. New York: Harper & Collins.
- Kohut, H (1966). Forms and transformations of narcissism. Journal of the American Psychoanalytic Association.
- Kohut, H (1968). The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. Psychoanalytic Study of the Child.
- Kohut, H (1971). The analysis of self. New York: International Universities Press.
- Lacan, J. (1983). *El Seminario*. Libro II. Barcelona: Paidós.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1996), *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Lowen, A. (2010). *El narcisismo. La enfermedad de nuestro tiempo*. Barcelona: Paidós
- MacLeod, S. (1982). *Anorexique*. Paris: Aubier-Montaigne
- Martínez-Lewi, L. (2010). *Liberarse del narcisismo: en casa, en el trabajo y en las relaciones personales*. Barcelona: Obelisco.
- Millon, T. (1976). *Psicopatología Moderna. Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona: Salvat
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology: An evolutionary model*. New York: Wiley.

- Millon, T. y Davis, R.D. (1998). *Trastornos de la Personalidad*. Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson.
- Millon, T. (1999). *Personality-guided therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Näcke, P. (1899). Kritisches zum Kapitel der normalen und pathologischen Sexualitaet . *Archiv fuer Psychiatrie*, 32, 356-386.
- Näcke, P. (1909). Die Diagnose der Homosexualität. *Neurologisches Centralblatt*, 27, 338-51.
- Roepke, S. et al. (2013). Gray matter abnormalities in patients with narcissistic personality disorder. *Journal of Psychiatric Research* (junio)
- Selvini-Palazzoli, M. (1989). *L'anorexia mentale*. Milano: Feltrinelli.
- Villegas, M. (1988). Análisis de una existencia frustrada. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 25, 71-94.
- Villegas, M. (1995). Psicopatologías de la libertad (II): La anorexia o la restricción de la corporalidad. *Revista de Psicoterapia*, 30/31, 19-92.
- Villegas, M. (1997). Psicopatologías de la libertad (II). La anorexia o la restricción de la corporalidad. *Revista de Psicoterapia*, 30/31, 19-92.
- Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*. Barcelona: Herder.
- Villegas, M. y Mallor, P. (2010). Consideraciones sobre la terapia de pareja: a propósito de un caso. *Revista de Psicoterapia*, 81, 37-106.

LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CORE-OM: *Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure*

Guillem Feixas^{1,5}, Chris Evans², Adriana Trujillo¹, Luis Ángel Saúl³, Lluís Botella⁴, Sergi Corbella⁴, Esther González⁴, Arturo Bados¹, Eugeni Garcia-Grau¹ y M. Angeles López-González³

¹ Universitat de Barcelona

² Nottinghamshire Personality Disorder & Development Network, NHS, Reino Unido

³ UNED

⁴ Universitat Ramon Llull

⁵ Institut de Recerca Cervell, Cognició i Conducta (IR3C)

We present the Spanish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM), an instrument created by the Core System Group for the evaluation of therapeutic change. The CORE-OM is a self-report questionnaire that assesses psychological distress with domains of Subjective well-being, problems/symptoms, general functioning and risk. We describe its psychometric properties studies which suggest a good level of validity and reliability, as well as excellent acceptability and sensitivity to therapeutic change. With the supervision and guidance of team members from the CORE-OM developers the original English version was translated into Spanish. 12 people, competent in both languages from different parts of Spain, participated in this process and later 64 Castilian-speaking from different demographic and linguistic backgrounds participated in the review of the instrument. This provided a final version in Spanish of the CORE-OM from which the resulting shorter versions (CORE-SFA, SFB-CORE, CORE and CORE-10-5, all in male and female versions) were derived. Now that the CORE-OM is available to all Spanish-speaking psychotherapists (www.ub.edu/terdep/core), it is necessary to continue the validation study with the objective of having the psychometric properties of the instrument for the Spanish version.

Keywords: CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure), translation, transcultural psychology, psychotherapy outcome research, evidence-based practice, practice-based evidence.

La evaluación del cambio producido durante el proceso terapéutico resulta especialmente importante no sólo para el estudio de la eficacia (véase por ej., Bados, Garcia-Grau y Fusté, 2002; Botella y Feixas, 1994; Corbella y Botella, 2004) sino

también como retroalimentación para el terapeuta (y para el propio cliente). Observar el progreso terapéutico no sólo a través de los informes verbales y la comunicación no-verbal sino también a partir de un cuestionario de auto-informe puede aportar una fuente adicional y valiosa de información. El compromiso ético de los psicoterapeutas con la optimización de sus servicios y la mejora de la salud mental de sus pacientes hace que sea necesario disponer de evidencias contrastadas sobre los efectos terapéuticos de los tratamientos psicológicos. Estos resultados que evidencian el efecto positivo (en la mayoría de los casos) de la psicoterapia sirven para justificar la rentabilidad del gasto que genera su inclusión en los servicios psicoterapéuticos públicos y privados. Botella y Feixas (1994) consideran también que el avance de la psicoterapia como disciplina científica depende, en parte, del contraste empírico de las modalidades de intervención propuestas desde las diferentes perspectivas teóricas.

La utilización rutinaria del *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* (CORE-OM) se enmarca dentro del paradigma de la *práctica basada en la evidencia*, que ha promovido la construcción de herramientas para el asesoramiento y la terapia psicológica orientadas a conocer con mayor claridad qué funciona y para quién. Por otro lado, el enfoque emergente de la *evidencia basada en la práctica* (Barkham, Hardy y Mellor-Clark, 2010; Margison et al. 2000) desarrollado en años recientes, basado en estudios naturalísticos no controlados pero con muestras grandes, requiere también la utilización de medidas de resultado, pues su objetivo se orienta a mostrar qué procedimientos funcionan y son eficaces en la mejora de la calidad de la atención al paciente en situaciones prácticas de la vida real. En la actualidad ambos paradigmas son complementarios, se retroalimentan y fomentan el conocimiento sobre la rigurosidad y eficacia de la práctica psicológica y los servicios existentes para tal fin (Barkham, Mellor-Clark, Connell, y Cahill, 2006).

En consecuencia, el esfuerzo en pro de la evaluación sistemática se orienta a identificar el potencial de una intervención dada, siendo importante la existencia de un mecanismo complementario con el cual monitorizar el cumplimiento de los criterios de evidencia; por tanto, se hace necesaria la estandarización de herramientas, que como el CORE-OM, son útiles para medir la efectividad y la eficacia de los servicios de terapias psicológicas (Evans et al., 2000; Mellor Clark, Barkham, Conell y Evans, 2007; Evans, in press).

Beutler (2001) aboga por que parte de los recursos utilizados en la evaluación de los efectos terapéuticos de los tratamientos psicológicos provengan de la aplicación de algún tipo de instrumento de medida. Además del CORE-OM, es amplia la variedad de cuestionarios, inventarios y escalas que se han utilizado en las investigaciones para comprobar la mejora sintomática de los pacientes y evaluar los resultados finales; sin embargo, sin una comunicación y organización adecuada de los datos puede subsistir un estado de desorden, con profesionales independientes

o entidades de salud mental eligiendo cada uno unas medidas de respuesta y resultado sin idea de cómo integrar la información entre clínicos, lugares de tratamiento o dimensiones del problema (Froyd, Lambert y Froyd, 1996). Por otro lado, la mayoría de los instrumentos sintomáticos que se utilizan para evaluar el cambio son específicos de un trastorno o problema clínico dado, lo que hace más difícil la comparación o agregación de datos.

Es por ello que propuestas como el *Sistema CORE*, desarrollado por el Core System Group (Evans et al. 1998) que funciona a partir de la aplicación del CORE-OM y sus diversas versiones, adquieren especial importancia al integrar la evaluación de pacientes con sintomatología muy diversa y el análisis de los datos recogidos tanto a nivel individual como institucional, demostrando que los procedimientos funcionan y son eficaces para mejorar la calidad de la atención al paciente en los contextos en los que se practica la psicoterapia en la vida real (Barkham, Mellor-Clark, Connell, y Cahill, 2006).

Gracias al desarrollo e implementación de este instrumento en diversos países, centros de terapia y de investigación, se espera aumentar la frecuencia de uso y los periodos de tiempo en los que se recopila información. Con ello se pretende ampliar el conjunto de datos útiles en estudios comparativos sobre eficacia en diferentes poblaciones y en diferentes niveles de prestación del servicio de atención en salud mental (Evans et al. 1998).

Como cuestionario de medida de respuesta al tratamiento, esta prueba puede aplicarse y ser útil según lo planteado por el Departamento de Salud del Reino Unido (The DoH Strategic Review, 1996) tanto como mecanismo de apoyo para la evaluación de la eficacia y la eficiencia, como en la provisión de servicios psicológicos en cuatro áreas específicas: (a) la evaluación de la atención individual del paciente, (b) la evaluación de servicios para determinados grupos de pacientes, (c) como estrategia de retroalimentación para los proveedores de instrumentos psicológicos y, (d) en investigación.

Como evidencia de ello, el CORE-OM y sus diversas versiones han sido utilizados en contextos muy variados: (1) en servicios de atención primaria y secundaria (Barkham, Gilbert, Connell, Marshall, y Twigg, 2005); (2) en la validación del instrumento en población de edad avanzada, en la que la medida ha demostrado mantener su sensibilidad en comparación con los datos de referencia de población adulta en edad de trabajar (Barkham, Culverwell, Spindler, y Twigg, 2005); (3) como medida de respuesta respecto a síntomas y funcionamiento en el estudio del efecto de los antidepresivos serotoninérgicos y noradrenérgicos en el procesamiento emocional en pacientes deprimidos (Tranter et al. 2009); (4) en servicios de atención primaria y asesoría estudiantil (Connell, Barkham y Mellor-Clark, 2007); (5) en la evaluación del riesgo de los pacientes (Bedford, Lukic, y Tibbles, 2011); (6) en la implementación de terapias cognitivo-conductuales computarizadas (Cavanagh, Seccombe y Lidbetter, 2011); y (7) para valorar la

percepción de terapeutas y clientes respecto a la utilización de medidas de evaluación rutinaria (Unsworth, Cowie, y Green, 2011) entre muchas otras (para una ampliación de las revisiones realizadas es posible visitar la página web del *CORE Information Management Systems*: www.coreims.co.uk).

Así mismo, el CORE-OM ha demostrado su utilidad en la evaluación de diversos servicios de terapia psicológica (Leach et al. 2005). En España, se ha utilizado el sistema de datos CORE (CORE System Data) en más de 500 usuarios a lo largo de seis años, con el objetivo de evaluar el progreso terapéutico de forma continuada en un centro de psicoterapia universitario con muy buenos resultados. El instrumento y, en general, el sistema ha sido útil y se ha integrado dentro del servicio con diversos objetivos: para valorar la efectividad terapéutica, como referencia en la construcción y desarrollo de planes terapéuticos, para evaluar la gestión del servicio, para estudiar la relación entre finalización inesperada de la terapia y la alianza terapéutica, y como recurso en la supervisión de casos de los psicólogos en formación que llevaban a cabo sus prácticas en este centro (Botella, 2006).

En este artículo se pretende describir el proceso de traducción y adaptación del CORE-OM en español, facilitar el acceso al instrumento y dar a conocer sus posibilidades de aplicación con el propósito de consolidarlo en el futuro como una herramienta ecuaníme y efectiva. De esta forma se intenta promover su uso generalizado tanto en la evaluación de personas individuales, grupos de pacientes, instituciones y servicios de atención en salud mental como los estudios en distintas áreas con población de habla hispana.

Descripción del cuestionario

El CORE-OM es un instrumento de libre acceso (www.coreims.co.uk) que puede ser utilizado con la única condición de no modificar su contenido ni el formato en el que se presenta. Fue creado por el *Core System Group* (1998) como parte de un protocolo de evaluación de los servicios de asistencia psicológica. Desarrollado en la Universidad de Leeds junto con otros centros del Reino Unido, el CORE-OM es un cuestionario de autoinforme que contiene 34 ítems que caben en una hoja Din A4 en doble cara, es breve y rápido de contestar, lo que facilita su aplicación (Beutler, 2001). Actualmente es el instrumento de evaluación de resultados más empleado en el Reino Unido, especialmente en los servicios públicos.

Tal como lo explican Evans et al. (2002) y Lyne, Barrett, Evans y Barkham (2006), el CORE-OM evalúa el estado del cliente a partir de una serie de dimensiones definidas como (véase tabla 1):

- *Bienestar subjetivo*, compuesta por 4 ítems;
- *Problemas/Sintomas*, con 12 ítems que valoran ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos;

- *Funcionamiento general*, que incluye 12 ítems que evalúan relaciones íntimas, sociales y otros aspectos del funcionamiento cotidiano;
- *Riesgo*, escala compuesta por 6 ítems que son utilizados como indicadores clínicos de intentos de suicidio, autolesiones o actos de agresión a terceros.

El valor de cada ítem puede estar entre 0-4 y puede puntuarse manualmente o corregirse mediante lectora óptica. En cuanto al formato, se alternan los renglones en fondo claro y oscuro para cada uno de los ítems, intentando con ello reducir el riesgo de perder la línea de respuesta al contestar el cuestionario (Evans et al. 2000).

El CORE-OM incluye ítems de alta y baja intensidad con el objetivo de incrementar el nivel de discriminación, además el 25% de los ítems se encuentran redactados “positivamente”, esto es, reflejan reacciones positivas de la persona (ítems 4 y 17 de la dimensión de bienestar subjetivo, ítems 3, 7, 12, 19, 21 y 32 de la dimensión de funcionamiento cotidiano). El instrumento está diseñado de forma que a mayor puntuación mayor nivel de problemas o síntomas. Teniendo esto en cuenta, la puntuación de la escala *bienestar subjetivo* resulta en cierto modo contradictoria (puesto que una mayor puntuación indica mayor *malestar*), pero los autores optaron por mantener el nombre de la escala, aunque la puntuación que se obtenga esté invertida, por criterios de consistencia con las demás puntuaciones. En todo caso, es especialmente importante tener este punto en cuenta si se quiere interpretar esta escala por separado (Evans et al. 1998).

Tabla 1
Desglose por dimensiones del CORE-OM (Evans et al. 1998)

Ítem N°	Dimensiones	Ítems*	Intensidad del ítem
4	Bienestar Subjetivo (W)	Me he sentido bien conmigo mismo**	Baja
14	Bienestar Subjetivo (W)	He tenido ganas de llorar	Alta
17	Bienestar Subjetivo (W)	Me he sentido agobiado por mis problemas	Baja
31	Bienestar Subjetivo (W)	Me he sentido optimista sobre mi futuro**	Alta
2	Problemas-Síntomas Ansiedad (P)	Me he sentido tenso, ansioso o nervioso	Baja
11	Problemas-Síntomas Ansiedad (P)	La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes	Alta
15	Problemas-Síntomas Ansiedad (P)	He sentido pánico o terror	Alta
20	Problemas-Síntomas Ansiedad (P)	Me ha sido imposible dejar a un lado mis problemas	Baja
5	Problemas-Síntomas Depresión (P)	Me he sentido totalmente sin energía ni entusiasmo	Alta

Ítem N°	Dimensiones	Ítems*	Intensidad del ítem
23	Problemas-Síntomas Depresión (P)	Me he sentido desesperado o sin esperanza	Alta
27	Problemas-Síntomas Depresión (P)	Me he sentido infeliz	Baja
30	Problemas-Síntomas Depresión (P)	He pensado que yo tengo la culpa de mis problemas y dificultades	Baja
8	Problemas-Síntomas físicos (P)	He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos	Baja
18	Problemas-Síntomas físicos (P)	He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido	Baja
13	Problemas-Síntomas Trauma (P)	Me han inquietado pensamientos y sentimientos no deseados	Alta
28	Problemas-Síntomas Trauma (P)	Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados	Alta
7	Funcionamiento General (F)	Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal**	Alta
12	Funcionamiento General (F)	Me he sentido satisfecho con las cosas que he hecho**	Baja
21	Funcionamiento General (F)	He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer**	Baja
32	Funcionamiento General (F)	He conseguido las cosas que quería**	Alta
1	Funcionamiento Relaciones Íntimas (F)	Me he sentido muy solo y aislado	Alta
3	Funcionamiento Relaciones Íntimas (F)	He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado**	Baja
19	Funcionamiento Relaciones Íntimas (F)	He sentido afecto o cariño por alguien**	Baja
26	Funcionamiento Relaciones Íntimas (F)	He pensado que no tengo amigos	Alta
10	Funcionamiento Relaciones Sociales (F)	Me ha costado mucho hablar con la gente	Alta
25	Funcionamiento Relaciones Sociales (F)	Me he sentido criticado por los demás	Baja
29	Funcionamiento Relaciones Sociales (F)	Me he sentido irritable cuando estaba con otras personas	Baja
33	Funcionamiento Relaciones Sociales (F)	Me he sentido humillado o avergonzado por otras personas	Alta
9	Riesgo Daño a sí mismo (R)	He pensado en hacerme daño a mí mismo	Baja

Ítem N°	Dimensiones	Ítems*	Intensidad del ítem
16	Riesgo Daño a sí mismo (R)	He hecho planes para acabar con mi vida	Alta
24	Riesgo Daño a sí mismo (R)	He pensado que sería mejor que estuviera muerto	Baja
34	Riesgo Daño a sí mismo (R)	Me he hecho daño físicamente o he puesto en peligro mi salud	Alta
6	Riesgo Daño a otros (R)	He sido violento físicamente hacia los demás	Alta
22	Riesgo Daño a otros (R)	He amenazado o intimidado a otra persona	Alta
<p><i>Notas.</i> (*) Los ítems se han descrito en español de acuerdo a la traducción realizada en este estudio de adaptación; (**) ítems redactados en forma positiva.</p>			

Dado su diseño, el CORE-OM intenta captar lo más esencial del malestar psicológico de los clientes, por lo que es adecuado como herramienta de evaluación inicial y como medida de resultado. Al igual que la mayoría de los instrumentos de auto-informe no se puede utilizar para obtener un diagnóstico de un trastorno específico. Sus creadores sugirieron inicialmente la utilización del cuestionario desde el inicio de la terapia o en la evaluación pre-tratamiento, ya que proporciona información sobre la gravedad de los síntomas, en la finalización y también en estadios intermedios en casos de terapia de larga duración. Consideran que es una medida útil para realizar el seguimiento del proceso terapéutico y que incluso se pueden aplicar rutinariamente versiones más breves (ver más adelante), en cada sesión, a lo largo de la psicoterapia (Evans et al. 2000; Evans et al. 2002), aunque Evans (2012) en este caso advierte que no todas las decisiones terapéuticas deben basarse en las puntuaciones obtenidas.

El sistema CORE

El CORE-OM forma parte de un sistema de gestión de la información denominado Sistema CORE (*CORE System*) desarrollado por un grupo multidisciplinario de profesionales e investigadores y su contenido se explica gracias a la colaboración de los directivos y encargados de los diferentes servicios públicos del sistema de salud británico (Mellor-Clark, Barkham, Connell y Evans, 1999). En este sistema se incluye información sobre la evaluación inicial (línea base) y la evaluación progresiva de los resultados terapéuticos, incluyendo datos sobre la demografía de los pacientes, la casuística y los antecedentes en el servicio (Mellor-Clark y Barkham, 2000). Se compone de tres herramientas principales, que

se utilizan a partir de los datos que proveen los usuarios durante la evaluación pretratamiento y postratamiento utilizando el CORE-OM. Los profesionales, a su vez, completan el *Formato de Evaluación de la Terapia CORE* antes de iniciar la terapia y el *Formato Final de Terapia* una vez el proceso ha culminado.

Como complemento de la evaluación realizada con el CORE-OM, el *Formato de Evaluación de la Terapia CORE* recoge datos básicos a nivel contextual que ayudan a mejorar la evaluación y el desarrollo del proceso terapéutico ofrecido por el servicio (Mellor-Clark et al. 1999). Este formato indaga sobre aspectos como el apoyo prestado al cliente, la atención previa y/o simultánea a la terapia y el seguimiento de la medicación; así como un sistema de categorización para las dificultades que se presentan, su impacto sobre el funcionamiento cotidiano y otros riesgos asociados. En relación con la calidad del servicio, se recopilan datos que permiten la obtención de un perfil sobre la accesibilidad y la adecuación de los servicios ofrecidos; para ello se incluyen datos demográficos de los clientes, tiempos de espera e idoneidad de la remisión (Barkham et al. 2006).

Por último, el *Formato Final de Terapia* incluye algunos datos adicionales que permiten obtener los descriptores básicos del tratamiento que, junto a la interpretación de las puntuaciones del CORE-OM, ayudan a contextualizar los resultados de la terapia así como obtener información sobre el desarrollo del servicio ofrecido. La información recogida incluye duración del tratamiento, tipo de intervención, modalidad y frecuencia. Para mejorar la calidad del servicio se recopilan datos sobre la eficacia y la eficiencia en la prestación del servicio. Se incluye información sobre el problema y el riesgo asociado, beneficios de la terapia, tasas de asistencia a las sesiones y finalización del tratamiento (planeado o no planeado) (Barkham et al. 2006).

El total de los datos recogidos se pueden manejar mediante el CORE-Net, un software estandarizado diseñado para ayudar a los servicios a analizar e informar sobre sus datos cuando sea necesario. Esta herramienta se adapta según el enfoque de análisis, las necesidades particulares y los informes requeridos (Mellor-Clark, Curtis Jenkins, Evans, Mothersole y McInnes, 2006).

Familia de medidas CORE

La estructura del *Sistema CORE* ofrece una amplia gama de opciones para los profesionales, siendo posible elegir entre diferentes niveles de evaluación según los objetivos particulares en cada caso (Barkham et al. 2006).

El conjunto de medidas parte del CORE-OM como instrumento principal, presentando una serie de versiones adicionales que han sido diseñadas con diferentes propósitos. Para la fase de valoración inicial y la posterior evaluación del resultado, se recomienda la utilización del CORE-OM. Para la administración repetida (sesión por sesión) existen dos formas breves de 18 ítems (CORE-SFA y CORE-SFB; Barkham et al. 2001) que han demostrado un alto nivel de validez

convergente en relación con el BDI-II (Cahill et al. 2006). Las versiones breves han sido diseñadas especialmente para la investigación, cuando interese alternar las formas A y B en cada sesión con el objetivo de reducir los efectos de la memorización de los ítems. Así mismo, se encuentra disponible una versión breve de 10 ítems (CORE-10; Barkham et al. 2012) diseñada como una herramienta de cribado y medida de resultado de rápida aplicación para usar en cada sesión; incluso existe una versión aún más breve que consta de 5 ítems (CORE-5). Estos formatos facilitan su uso en los entornos de evaluación rutinaria, en los que una única medida breve y corta puede ser apropiada para monitorizar el progreso en la práctica clínica habitual (Barkham et al. 2006). Otras posibilidades de evaluación incluyen la aplicación del cuestionario a población no-clínica (GP-CORE) con 14 ítems derivados del CORE-OM (Sinclair, Barkham, Evans, Connell, y Audin, 2005), así como la versión para adolescentes (YP-CORE) (Twigg et al. 2009) mucho más breve y que contiene ítems redactados de forma distinta. Finalmente, se encuentra en desarrollo una versión dirigida a personas con dificultades de aprendizaje (CORE-LD), que incluye además de ítems simplificados del CORE-OM nuevos ítems destinados a abordar los principales problemas a los que se enfrentan. El YP-CORE y el CORE-LD aun no están disponibles en español.

Desarrollo de la versión original del CORE-OM

El origen del CORE-OM se remonta al capítulo realizado por Waskow (1975), titulado “*Selección de una batería básica*”, producto de la conferencia científica de la American Psychological Association (APA) en 1970, en la que se discutieron temas relacionados con las medidas de cambio en psicoterapia. Posteriormente, a mediados de la década de 1990, se retomó el tema de las medidas de cambio durante una reunión científica realizada por la APA (Strupp, Horowitz y Lambert, 1997) lo que terminó por impulsar las iniciativas existentes en el Reino Unido para la elaboración de un instrumento de medida de resultado que pudiera ser ampliamente adoptado por profesionales e investigadores (Barkham et al. 1998).

En los años siguientes, *The Mental Health Foundation* optó por apoyar el desarrollo de un instrumento básico para la medición del resultado y el cambio en psicoterapia. Adicionalmente se incluyeron datos sobre el contexto en el que se producía la terapia o asesoramiento psicológico, y todo ello se consolidó en el proyecto del *Sistema CORE*, como un medio plausible para el almacenamiento y análisis de información de diferentes fuentes, que pueden a la vez ser combinados para obtener un nivel de evidencia relevante para los profesionales e investigadores (Barkham et al. 2006).

El CORE-OM fue creado como respuesta a la existencia y utilización de medidas sin el adecuado rigor psicométrico. Evidencia de ello fue la identificación de una amplia variabilidad de los instrumentos utilizados que fueron informados en una encuesta aplicada a los representantes, administradores y proveedores de

servicios de terapias psicológicas en el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido a la que respondieron 26 de 78 jefes ejecutivos de Administración y Autoridades del Servicio de Salud Familiar (33%) y 220 de sus 1.190 proveedores (18%) (Evans et al. 2000).

La encuesta incluía datos sobre la información que se solicitaba antes del inicio del tratamiento. Se incluyeron aspectos como perfiles del problema, características del paciente y tratamientos previos. Una vez finalizado el tratamiento, la información sobre el resultado de la terapia provenía de informes clínicos y la revisión de las medidas iniciales, en caso de haber utilizado algún instrumento específico; tan solo dos (8%) de los servicios encuestados dijeron recibir información proveniente de evaluaciones rutinarias como una medida del cambio producido durante la terapia (Evans et al. 2000).

En general, la información recogida por los servicios clínicos se clasificó en cuatro categorías principales: síntomas, funcionamiento, historia personal/médica y riesgo. En el ochenta por ciento de los casos se utilizaron medidas nomotéticas, dos terceras partes de estas solo eran utilizadas en un único servicio o consulta y 77 instrumentos eran utilizados por todos los servicios encuestados. Aunque eran pocos los servicios que realizaban evaluaciones al final del tratamiento, las principales áreas abordadas fueron: síntomas, funcionamiento, satisfacción con el servicio y bienestar subjetivo. El 59% de los servicios utilizaron algún tipo de medida. En total se registró la utilización de 57 instrumentos diferentes para la fase de seguimiento y el 63% de ellos fueron aplicados en un solo lugar. Solo el 16% de los servicios utilizaron las mismas medidas antes y después del tratamiento. En este punto, tanto profesionales como proveedores de instrumentos psicológicos consideraron deseable la utilización de una medida básica de resultado (Evans et al. 2000).

Al indagar sobre los requisitos que los encuestados consideraban importantes para una medida básica de resultado, se establecieron tres categorías: contenido, proceso y utilidad. Respecto al contenido, el cuestionario debería ser corto y legible, teóricamente imparcial, capaz de detectar el cambio clínico, válido y fiable, sensible a las necesidades del cliente y susceptible de establecer una relación entre el *input* del cliente y el *output* del servicio. En cuanto al proceso sería deseable que el instrumento no sea intrusivo, de fácil administración y calificación, con información útil tanto de la población clínica como de la no clínica, y fácil de interpretar. Finalmente, se esperaba que a nivel de utilidad contribuyera a la evaluación, mejorase el abordaje de los casos, facilitase la comparación entre servicios, fuera asequible y promoviera la planificación y el desarrollo del curso de la terapia (Evans et al. 2000).

Entre los servicios que promovían la utilización de medidas en algún punto del proceso terapéutico, se identificaron aquellos instrumentos que gozaban de mayor popularidad: *Beck Depression Inventory* (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh,

1961), *Hospital Anxiety and Depression Scales* (Zigmond y Snaith, 1983), *Symptom Check List 90 y 90-R* (Derogatis, Lipman y Covi, 1973; Derogatis, 1983; Derogatis y Melisaratos, 1983) y su versión abreviada el *Brief Symptom Inventory*, *General Health Questionnaire* (Goldberg, 1978; Goldberg y Williams, 1988), *Rosenberg Self-Esteem Inventory* (Rosenberg, 1965) y el *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP, Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno y Villasenor, 1988; IIP-32, Barkham, Startup y Hardy, 1996). Todos estos instrumentos se orientan principalmente a la evaluación de los síntomas y/o problemas específicos e indican su presencia y gravedad, por lo que su objetivo no es medir el resultado global y el cambio producido durante la terapia psicológica, sino la valoración de un conjunto de síntomas. Esta constatación confirmó el valor de la construcción y desarrollo de una medida de malestar general que pudiera proporcionar información sobre el cambio terapéutico en un sentido más global (Evans et al. 2000).

El siguiente paso fue constituir un grupo que incluía psicólogos clínicos, psiquiatras e investigadores no clínicos de orientaciones teóricas distintas (psicoanalíticas o dinámicas, interpersonales, humanísticas, cognitivas, cognitivo-conductuales y sistémicas). Posteriormente, se aumentó la representatividad con la inclusión de investigadores no clínicos, terapeutas de comunidad terapéutica y no profesionales. Finalmente, un total de 45 personas contestaron 638 ítems obtenidos de los instrumentos mencionados que se utilizaban con mayor frecuencia como medidas de referencia, además del *Beck Anxiety Inventory* (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988), el *Borderline Syndrome Index* (Conte, Plutchik, Karasu y Jerrett, 1980), el *Irritability, Depression and Anxiety Inventory* (Snaith, Constantopoulos, Jardine y McGuffin, 1978) y el *Personality Diagnostic Questionnaire* (PDQ-R, Hyler y Rieder, 1987) que se incluyeron con el objetivo de abarcar áreas poco representadas (Evans et al. 2000). Los ítems presentados fueron clasificados según su contenido y, a partir de los resultados de fiabilidad entre jueces, se agruparon y eliminaron aquellos que fueron considerados como problemáticos. Evans et al. (2000) invirtieron varias semanas formulando un conjunto final de 40 ítems orientados a la evaluación de áreas como la autoestima, problemas/síntomas, funcionamiento cotidiano y riesgo. Se pretendía que los ítems abarcaran tanto experiencias intrapersonales como interpersonales, positivas y negativas y que, por tanto, no se centraran exclusivamente en problemas.

La propuesta inicial de ítems, su distribución en escalas y el texto que introduce la instrucción general fueron probados en un amplio grupo de terapeutas, investigadores y muestra comunitaria, a quienes también se les solicitó una retroalimentación cualitativa de la prueba. De la misma forma, se consultó con terapeutas, servicios multiculturales de salud mental y usuarios pertenecientes a diversos grupos étnicos con el objetivo de realizar los cambios necesarios respecto a lenguaje y diferencias relacionadas con la cultura (Evans et al. 2000).

Considerando los requisitos que los encuestados señalaron como importantes

para una medida básica de resultado (contenido, proceso y utilidad), las puntuaciones obtenidas de los ítems se concluyó que las medidas existentes por lo general eran demasiado largas o se centraban en áreas demasiado particulares. A estos aspectos se suma que la mayoría de instrumentos desarrollados para este fin son costosos puesto que requieren del pago de los derechos de autor (*copyright*) para su utilización (Evans et al. 2000).

Como resultado de estos ajustes y de las consideraciones de los encuestados se obtuvo un modelo de cuestionario compuesto por 34 ítems presentados en una hoja a doble cara de tamaño A4. Inicialmente, en la cabecera, se piden algunos datos demográficos básicos para identificar al respondiente, posteriormente se presentan los ítems que deben ser puntuados mediante una marca en la casilla de respuesta con los mismos cinco niveles de respuesta para todos los ítems (Evans et al. 2000).

Características psicométricas y datos normativos originales

Las personas incluidas en el estudio de los datos normativos (Evans et al. 1998) pertenecían a dos grupos: una población no clínica compuesta por estudiantes universitarios y una muestra de conveniencia del personal, familiares y amigos relacionados con el equipo de investigación ($n = 1.106$), y una población clínica compuesta por los usuarios que se encontraban en lista de espera o dentro de un proceso terapéutico en diversas opciones de servicio en el área de salud mental en el Reino Unido ($n = 890$).

Los datos de población no clínica procedían de tres muestras. La primera fue de 691 estudiantes encuestados de una universidad británica, de los que 304 (44%) eran mujeres, 381 (55%), hombres y 6 no completaron los datos respecto al género (1%). El rango de edad fue de 17 a 43 años con cuartiles en 19, 20 y 23. La segunda muestra comprendía 55 estudiantes de otra universidad que participaron en el estudio de fiabilidad test-retest. De estos, 8 (15%) eran hombres, 46 (84%) mujeres, y una persona no declaró su género. Sus edades estaban entre los 20 y 45 años, con cuartiles en 20, 21 y 22 años, lo que quiere decir que el 75% tenían 22 años o menos (Evans et al. 1998).

La última muestra no clínica fue una muestra de conveniencia ($n = 360$) compuesta por terapeutas, investigadores, colegas, amigos y familiares. Estaba formada por 251 (70%) mujeres y 109 (30%), hombres. El rango de edad de esta muestra fue de 14 a 45 años y cuartiles en 18, 20 y 23 (Evans et al. 1998).

Por otra parte, los datos clínicos fueron recogidos principalmente a través del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido, además de un servicio de asesoramiento estudiantil y un servicio de apoyo para el personal. La orientación teórica de los servicios fue variable; un reducido número se definieron como puramente comportamentales o cognitivo-conductuales, pero la mayoría se catalogaban como servicios eclécticos y había algunos con una fuerte adscripción psicodinámica.

Los datos clínicos fueron recogidos durante el primer contacto con cada

individuo (fase de pre-tratamiento) o durante la primera sesión de tratamiento. El rango de cuestionarios aplicados en cada servicio estuvo entre 10 y 196 (media 42). El género fue registrado en 874 de los 890 casos (98%): 530 (61%) fueron mujeres y 344 (39%), hombres. En cuanto a la edad, se registraron 850 datos que oscilaron entre los 16 y 78 años, con una media de 36, una mediana de 34 y cuartiles en 26, 34 y 45 (Evans et al. 1998).

Evans et al. (2002) aportan los resultados originales respecto a la utilidad de la prueba, fiabilidad interna, test-retest, validez convergente y discriminante (con un tamaño del efecto grande en la comparación de muestras en el CORE-OM y un tamaño del efecto pequeño en las variables sociodemográficas), correlaciones entre las puntuaciones por dimensiones y un análisis factorial exploratorio. Se llevaron a cabo pruebas no-paramétricas dado que las distribuciones diferían significativamente respecto a la curva normal. Todas las pruebas inferenciales de diferencias fueron bilaterales con un alfa de 0,05. En esta investigación se siguieron los planteamientos de Gardner y Altman (1986) quienes recomiendan en muestras de gran tamaño con una potencia estadística alta informar del tamaño del efecto y los intervalos de confianza.

Aceptabilidad

El principal requisito para cualquier instrumento es que el usuario logre contestarlo. En total, el 91% de los participantes de la muestra no clínica y el 80% de los pertenecientes a la muestra clínica completaron la prueba, es decir, contestaron todos los ítems. La diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0.0005$). Los ítems omitidos fueron pocos, lo que permitió realizar el pro-rateo de las puntuaciones correspondientes. 1084 (98%) de los participantes de la población no clínica y 863 (97%) de los pertenecientes a la muestra clínica respondieron los ítems suficientes para permitir la puntuación de los cuestionarios (Evans et al. 2002).

El ítem que se dejó sin contestar con mayor frecuencia en ambas muestras (2,5% en el grupo no-clínico y 3,8% en la muestra clínica) fue el número 19 (“He sentido afecto o cariño por alguien”). La tasa de omisión general fue de 1,7%. Se observó una heterogeneidad en la omisión de los ítems, que sugiere que los ítems finales fueron omitidos con mayor frecuencia, pero no existe ninguna conexión con alguna dimensión específica (Evans et al. 2002).

Consistencia interna

La fiabilidad interna fue identificada mediante el coeficiente alfa (Cronbach, 1951), el cual indica la proporción de varianza que es resultado de la covariación de los ítems. Todas las dimensiones mostraron un alfa de entre 0,75 y 0,90, lo que implica que la fiabilidad interna es apropiada. La dimensión de Problemas/síntomas mostró una menor fiabilidad en la muestra clínica con respecto a la no clínica. Aun así, esta diferencia del 2% (88% vs. 90%) en la proporción de la covarianza no se

consideró problemática (Evans et al. 2002).

Estabilidad test-retest

Cuando se identifican cambios marcados en la puntuación de la prueba en periodos cortos de tiempo, se plantean problemas en la estabilidad del instrumento. La correlación obtenida sirve de indicador de hasta qué punto son estables las mediciones realizadas durante la primera aplicación del test. De 55 estudiantes que fueron contactados, 43 devolvieron los cuestionarios completados en ambas ocasiones. Las correlaciones test-retest fueron altas (0,87-0,91) en las diferentes dimensiones excepto en la escala de riesgo que fue más baja con un 0,64, lo cual no sorprende en vista de la corta duración y la dependencia situacional propia de estos ítems. Al comparar las medianas de las puntuaciones test y retest se encontraron disminuciones pequeñas pero significativas en Problemas/síntomas y Funcionamiento (Evans et al. 2002).

Validez convergente

El diseño del CORE-OM tiene como objetivo señalar diferencias entre los pacientes y proporcionar información sobre cambios durante la terapia según las dimensiones que lo componen. La falta de correlación respecto a otras medidas clínicas podría sugerir la invalidez de la prueba. En este caso, las correlaciones más altas se presentan en medidas conceptualmente cercanas, evidenciando la existencia de validez convergente y que por ende, las puntuaciones no solo reflejan conjuntos comunes de respuesta, sino también diversas dimensiones, todas relacionadas con el malestar psicológico de la persona que contesta la prueba. Los instrumentos que mostraron correlaciones altas con el CORE-OM fueron: *Beck Anxiety Inventory* (BAI, Beck et al. 1988), *Beck Depression Inventory* (BDI, Beck et al. 1961, 1996), *Symptom Checklist-90-R* (SCL-90-R, Derogatis, 1983), *Brief Symptom Inventory* (BSI, Derogatis y Melisaratos, 1983), *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP-32, Barkham et al. 1996), y *General Health Questionnaire*, versión de 28 ítems (GHQ, Goldberg y Hillier, 1979). También se utilizó la nueva versión del Inventario para la Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI-II, Beck et al. 1996), pero la muestra resultó insuficiente para una buena precisión (Evans et al. 2002).

Diferencias entre las muestras clínica y no clínica

El requisito principal de cualquier medida clínica de malestar psicológico es que debe reflejar las diferencias existentes entre las poblaciones clínicas para las cuales ha sido diseñado y las muestras no clínicas de comparación. Los datos evidencian diferencias importantes entre la población clínica y la no clínica, siendo significativas en todas las dimensiones ($p < 0.0005$) (Evans et al. 1998). Las diferencias fueron estimadas con precisión, tal como demuestran los reducidos

intervalos de confianza hallados, y fueron superiores a un punto (en una escala de 0 a 4) en todas las dimensiones con excepción de la de riesgo (Evans et al. 2002).

Diferencias de género

Las diferencias a nivel de género pueden afectar un cuestionario si hay sesgo en la respuesta. El diseño del CORE-OM buscaba minimizar el sesgo debido al género teniendo presente que igualmente éste podría presentarse. Los resultados muestran diferencias moderadas, pero estadísticamente significativas respecto al género en la muestra no clínica en todas las dimensiones excepto en *Funcionamiento Cotidiano*. Las diferencias en la muestra clínica fueron pequeñas pero estadísticamente significativas en *Bienestar Subjetivo* y, con menor diferencia, en *Riesgo*. En general, los resultados sugieren que la variable género debe tenerse en cuenta a la hora de interpretar las puntuaciones individuales de los datos clínicos, pero son irrelevantes en comparación con los efectos del estatus clínico frente al no clínico (Barkham, et al. 1998).

Correlaciones entre las puntuaciones de las diversas dimensiones

Dada la interrelación entre las dimensiones clínicas, se espera que las puntuaciones correlacionen positivamente. Las correlaciones analizadas muestran que los ítems de riesgo presentan bajas correlaciones con las otras dimensiones, con mayores valores en la muestra no clínica que en la muestra clínica. Las otras tres escalas mostraron altas correlaciones entre ellas (Barkham, et al. 1998).

Análisis de componentes principales

Los creadores del CORE-OM pretendían que los 34 ítems cubrieran cuatro dimensiones (ver secciones anteriores). Sin embargo, ya era esperable que se diera una alta correlación entre ellas por lo que no se plantearon como factores o componentes independientes. Aun así, Barkham, et al. (1998) realizaron un análisis de componentes principales de forma separada para las muestras clínica y no clínica. Para la muestra no clínica, el resultado evidencia la amplia proporción de varianza en el primer componente (38%) respecto a los tres componentes analizados. El patrón de la matriz después de la rotación oblicua muestra una clara separación de los ítems en un grupo de presencia de problemas, un grupo compuesto en gran parte de los ítems de riesgo y un grupo correspondiente a reacciones positivas de la persona.

Para la muestra clínica, de nuevo el patrón de la matriz sugiere tres componentes: uno de presencia de problemas, otro relacionado con riesgo y otro de reacciones positivas. Sin embargo, según Barkham, et al. (1998) los resultados encontrados corresponden a diferencias en pequeños detalles respecto a la muestra no clínica. Estos resultados corresponden a lo postulado por Lyne et al. (2006) quienes, después de explorar diversos modelos de agrupación, describen al CORE-OM

como un cuestionario de estructura compleja, que puede comprenderse mejor a partir de una escala de riesgo (que incluye las dos subescalas de daño a sí mismo y a otros) y una escala general de malestar psicológico, que a su vez puede ser analizada a partir de los ítems redactados positivamente y aquellos que fueron redactados en forma negativa, aceptando también las posibles diferencias en la agrupación de los ítems para la muestra no clínica.

Sensibilidad al cambio

Para probar las posibles diferencias en relación a la naturaleza de los problemas y las diferencias en el número típico de sesiones ofrecidas, el grado de cambio observado fue considerado en tres contextos distintos: consultas de atención primaria, asesoría estudiantil y un grupo “clínico” que incluyó psicoterapia proporcionada mediante el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido y/o servicios de asesoría psicológica. Los resultados muestran mejoras sustanciales y estadísticamente significativas después de terminar la intervención psicológica en los tres contextos estudiados (Barkham, et al. 1998).

Cambio fiable y clínicamente significativo

El cambio fiable y clínicamente significativo complementa y amplía los análisis realizados mediante comparaciones de medias grupales. Los datos de referencia presentados proporcionan los puntos de corte que pueden utilizar los profesionales interesados en determinar la importancia clínica de las puntuaciones de cambio en un paciente dado (Evans et al. 1998; Jacobson, y Truax, 1991). A nivel de fiabilidad, este índice hace referencia al grado de cambio en una medida que se podría esperar por efecto del azar o por el error de medida; mientras que el cambio clínicamente significativo corresponde a una mejora suficiente para que el cliente se traslade de una puntuación más representativa de la población clínica a la de la población no clínica.

Utilizando valores del coeficiente alfa (0,94) fue posible calcular los criterios de cambio fiable, además de identificar el cambio en diversas categorías. Las tres posibles categorías de *cambio fiable* son: no fiable (tan pequeño que podría explicarse por el azar o el error de medida), mejora fiable y deterioro fiable (Evans et al. 2002).

Las cuatro categorías de *cambio clínicamente significativo* son: permanecer en el rango clínico, permanecer en el rango no clínico, cambiar del rango clínico al no clínico (mejora clínicamente significativa) y cambio del rango no clínico al rango clínico (deterioro clínicamente significativo). Los resultados del análisis de los datos de los tres servicios en los que se estudió la sensibilidad al cambio evidenciaron que la mayoría de los pacientes presentaron un cambio clínicamente significativo en el CORE-OM. Sin embargo, como es habitual, algunos pacientes puntuaron demasiado bajo al entrar en terapia como para mostrar una mejora

clínicamente significativa, mientras que algunos puntuaron alto al inicio de la terapia y mejoraron de forma fiable pero no tanto como para que pudieran superar el punto de corte para entrar en el rango de mejora clínicamente significativa (Evans et al. 2002). Finalmente, unos pocos (7%) mostraron deterioro, un porcentaje relativamente usual, pero que merecería un estudio específico caso a caso para comprenderlo.

En resumen, los resultados del estudio original mostraron que el CORE-OM es ampliamente aceptable, fiable y válido. En efecto, la fiabilidad interna y la estabilidad test-retest fueron altas y se encontró también una excelente validez convergente respecto a los instrumentos más populares con los cuales fue comparado. Así mismo, las puntuaciones evidencian diferencias significativas entre la muestra clínica y la no clínica para un amplio rango de datos. Respecto al género se observa un efecto pequeño pero estadísticamente significativo. La distribución clínica y no clínica y la fiabilidad proveen los parámetros pertinentes para calcular si se produce un cambio fiable y clínicamente significativo. Por lo que respecta a la estructura, el análisis de componentes principales no valida la existencia independiente de las escalas del CORE-OM sino que sugiere una alta relación entre sus ítems y una agrupación en un único factor general de malestar psicológico, del que se puede diferenciar la escala de riesgo que sigue otro patrón.

Corrección e interpretación

Las cuatro dimensiones del CORE-OM pueden ser identificadas por la letra contigua a la columna etiquetada como “uso profesional” en el extremo derecho de cada ítem. Por tanto, para obtener una puntuación total de alguna de las dimensiones, por ejemplo *Bienestar Subjetivo*, primero se escriben los valores de las respuestas en los cuadros asignados y luego se suman las puntuaciones de las cuatro casillas marcadas con una “W” y se escribe el resultado en la casilla marcada “W” en la parte baja del instrumento. Las puntuaciones medias para cada dimensión se calculan dividiendo la puntuación total por el número de respuestas completadas según los ítems de cada dimensión; en la escala de *Bienestar Subjetivo* por ejemplo, la puntuación normalmente se divide por cuatro. Si en esta dimensión se ha omitido un ítem, entonces la puntuación deberá ser dividida por tres y así con el resto de puntuaciones y dimensiones (Evans et al. 1998).

Ítems que evalúan riesgo

Estos ítems evalúan la presencia de ideación suicida, autolesiones o actos de agresión a terceros (Evans et al. 1998). Cuando cualquiera de los ítems de la escala de riesgo, marcados con una “R”, puntúe por encima de 0, el clínico debe prestar atención y contemplar la necesidad de abordar el tema con el cliente para valorar si es necesario tomar medidas al respecto. Para calcular la puntuación media total con excepción de los ítems de la escala de riesgo (“Todo menos R”), primero se debe

sumar la puntuación total sin contar los ítems de la escala de riesgo y luego dividir este resultado por el número de respuestas a los ítems respondidos en las casillas 'W', 'P' o 'F' (normalmente 28).

Puntuación clínica y punto de corte

A partir de las dificultades en la utilización de números con decimales planteadas por algunos profesionales (normalmente las medias obtenidas incluyen decimales) y de la necesidad de asignarles significado clínico, se optó por multiplicar la puntuación media resultante por 10 y llamar a este resultado puntuación clínica. Ninguna de estas operaciones altera las propiedades psicométricas del instrumento, aunque la desviación estándar también necesita ser multiplicada por 10 (Barkham et al. 2006).

Así mismo se ha determinado la puntuación 10 como punto de corte (puntuación directa 1.0) entre población clínica y no clínica. Dentro del rango de puntuaciones no clínicas, se han establecido dos categorías: saludable y leve. El límite superior para los puntajes de la primera categoría es 5, asumiendo que una persona en un momento determinado puede aumentar su puntuación total y aún así continuar en el rango de *saludable*. En el mismo sentido, una persona podría puntuar *leve* como resultado del aumento del estrés o de situaciones particulares pero su puntuación se mantendría dentro del rango de puntuaciones de la población general. Se ha establecido la puntuación de 10 como el límite superior para el nivel *leve*, 15 para el nivel *medio*, 20 para el nivel *moderado* y 25 para un nivel de *moderado a severo*. Una puntuación por encima de 25 indicaría un nivel de *malestar severo* (Barkham et al. 2006).

Los datos provenientes de la combinación de una muestra por conveniencia y otra conformada por estudiantes del Reino Unido proporcionan un punto de corte de 11,9 para hombres y 11,29 para mujeres (1,19 y 1,29 en puntuaciones directas), aproximando a 12 y 13 respectivamente (Evans et al. 2002). Sin embargo, Connell et al. (2007) proponen aplicar la puntuación de 10 que separa población clínica de la población general tanto a hombres como a mujeres en aras de redondear y facilitar su aplicación rutinaria, a la vez que se evitan cálculos separados según el género.

Puntos de corte para el cambio fiable

Cuando se analiza el cambio del pre-tratamiento al postratamiento, los profesionales necesitan saber si el cambio conseguido supera el nivel de azar o error de medición. Para el CORE-OM se utiliza un índice de cambio fiable de 0,48 (aproximado a 0,50 con un puntaje clínico de 5). En este sentido, para estar seguro de que una persona ha realizado un cambio fiable, se esperan cambios superiores a 5 en la puntuación clínica (0,5 si se utiliza la puntuación promedio de ítems). Así pues, si una persona ha puntuado en el extremo superior, por ejemplo, moderado (puntuación = 19) y cumple el criterio de cambio fiable (mejora de 5 puntos por lo

menos), entonces cambiará del nivel “moderado” al nivel inferior “leve”. En conclusión, con excepción de las puntuaciones del nivel severo, un cambio fiable se reflejará en un cambio (reducción) del nivel de gravedad (Barkham et al. 2006). Este punto de corte de cambio significativo junto con el punto de corte entre la población clínica y no clínica permite valorar si el cambio realizado por un paciente es clínicamente significativo.

Adaptaciones en diversos países e idiomas

A partir del 2000 empezaron a aparecer versiones adaptadas a nuevos idiomas, primero en la India y poco después en Noruega. Hasta el momento se han llevado a cabo diferentes procesos de traducción y adaptación con resultados satisfactorios respecto a las propiedades psicométricas del cuestionario. En la versión eslovaca, por ejemplo, se llevaron a cabo tres estudios diferentes. En el primero se profundizó sobre la consistencia interna y la validez de constructo, además de las comparaciones respecto a las puntuaciones en muestras clínicas y no clínicas (Gampe, Biescad, Balúnová-Labanicová, Timulák, y Evans, 2007).

En el segundo estudio, se presentaron los datos descriptivos de las comparaciones entre muestras realizadas previamente; y adicionalmente, se llevó a cabo la prueba de fiabilidad test-retest y se determinaron los criterios de cambio estadístico y clínicamente significativo. Finalmente, en el último estudio se realizaron ajustes de la versión final en eslovaco, en colaboración con los autores de la versión original inglesa. El CORE-OM evidenció propiedades psicométricas favorables, con una alta consistencia interna, adecuada fiabilidad test-retest y buena discriminación entre las muestras clínica y no clínica (Gampe et al. 2007).

Del mismo modo, la versión italiana fue probada con 263 personas pertenecientes a la población no clínica y 647 de la muestra clínica. La traducción evidenció una adecuada aceptabilidad, consistencia interna y validez convergente en ambas muestras. Las diferencias fueron significativas en las dos poblaciones, los criterios de cambio y el resto de datos obtenidos fueron similares a los de la versión original, con excepción de criterio de cambio clínicamente significativo para el género masculino, que tuvo un punto de corte moderadamente diferente (Palmieri et al. 2009).

En Portugal, se han publicado resultados preliminares llevados a cabo en una muestra de población general de 111 personas, mostrando que la traducción realizada es fiable y presenta una adecuada consistencia interna (Dias Sales, Matos Moleiro, Evans, y Gomes Alves, 2011). Incluso en Japón se construyó una versión del CORE-OM que fue valorada en una población total de 1684 personas, con resultados similares respecto a la consistencia interna, fiabilidad test-retest, validez convergente, sensibilidad y discriminación entre las muestras clínicas y no clínicas. Por tanto, los autores proponen la utilización del cuestionario tanto en contextos clínicos como de investigación (Uji, Sakamoto, Adachi, y Kitamura, 2012).

Entre las publicaciones más recientes se encuentra la validación de la versión sueca del CORE-OM. El estudio incluyó una muestra clínica de 619 personas provenientes de servicios de atención primaria, mientras que la muestra no clínica estuvo compuesta por 229 estudiantes universitarios. Los resultados mostraron una excelente aceptación, alta consistencia interna y fiabilidad test-retest, y una adecuada validez convergente. Se identificaron claras diferencias entre las muestras clínicas y no clínicas, evidenciando sensibilidad al cambio en contextos de atención primaria. En todos los casos, los datos fueron similares a los presentados para la versión original (Elfström et al. 2012).

Actualmente se han realizado traducciones en 20 idiomas diferentes incluyendo el galés, español (presentada en este artículo), portugués, alemán, holandés, griego, italiano, danés, islandés, sueco, polaco, finlandés, lituano, eslovaco, japonés, turco, croata, albanés y el gujarati. Además de ello se encuentran en proceso de traducción y/o adaptación versiones en: Lengua de Signos Británica (BSL) portugués de Brasil, español de Argentina, rumano, búlgaro, árabe, francés, checo, Bangla/Bengalí/Sylheti, isixhosa, catalán, persa, kurdo, canarés, hindi, urdu, tamil, sami, el gaélico escocés, irlandés (gaélico irlandés), Mandarín (chino y otros idiomas). Para más información es posible visitar la página web del *CORE Information Management System* (<http://www.coreims.co.uk>).

Método

Para la traducción y adaptación del CORE-OM al español se siguieron los pasos establecidos por los grupos internacionales que se reflejan en un documento interno del *Core System Trust* (CST) en el que se indica la conveniencia de que un miembro del grupo fundador del instrumento participe en el proceso junto a los responsables locales. En general, dicho proceso es homologable a las pautas de la International Test Commission (2010), pero se enfatiza la importancia de traducir los ítems de acuerdo a su significado contextualizado en la cultura y el entorno en el que se va a aplicar y que sea comprensible para el rango más variado posible de potenciales usuarios. Se intenta evitar así una excesiva confianza en la traducción inversa por el riesgo a producir traducciones demasiado literales.

Participantes

Para la traducción de la versión original en inglés del CORE-OM, se contó con la colaboración de 12 personas de diferentes lugares de España, seleccionadas por tener un alto nivel de inglés, de los cuales 6 eran profesionales en psicología y 4 personas del común. Para la revisión del instrumento se incluyó un total de 64 personas de entre 16 y 76 años, de distintas condiciones y orígenes lingüísticos (véase tabla 2), plenamente competentes en español; de ellas 12 eran profesionales de la psicología y 52 eran personas legas.

Tabla 2
Descripción de las personas que revisaron y/o comentaron la versión revisada del CORE-OM en español

52 Personas legas				12 Profesionales de la Psicología		
Origen lingüístico	Edad	Sexo		Edad	Sexo	
		Mujer	Hombre		Mujer	Hombre
Alicante	25	1	0	30	1	0
Colombia				29	1	0
Chile	46	1	0	43-48	1	1
Barcelona	16-76	6	6			
Galicia	41-54	0	2	46	1	0
Grecia	27	1	0			
Italia				32	1	0
Las Palmas	21	1	0			
Madrid				40	0	1
Málaga	26-54	2	1			
México				26-27	1	1
Polonia	36	1	0			
Salamanca				28	1	0
Sevilla	38-40	2	0	40	1	0
Tarragona	29	1	0			
Valladolid	22	1	0			
Zaragoza	18-28	17	9	53	0	1

Instrumentos

Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure, Versión española (CORE-OM; Evans et al. 1998). El CORE-OM es un cuestionario de autoinforme que contiene 34 ítems que evalúa el estado del cliente a partir de una serie de dimensiones definidas como: *Bienestar subjetivo*, compuesta por 4 ítems; *Problemas/Síntomas*, con 12 ítems que valoran ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos; *Funcionamiento general*, que incluyen 12 ítems que evalúan relaciones de intimidad, relaciones sociales y nivel de funcionamiento cotidiano y la escala de *Riesgo*, compuesta por 6 ítems que son utilizados como indicadores clínicos de intentos de suicidio, autolesiones o actos de agresión a terceros (Lyne et al. 2006).

El instrumento está diseñado con base en una dimensión de problemas, por lo que a mayor puntuación mayor nivel de problemas o síntomas. La puntuación directa puede variar desde 0 hasta 136, este resultado se divide por el número de

ítems respondidos obteniendo el resultado general del test. Es posible mediante la misma operación obtener puntuaciones para cada una de las dimensiones. La puntuación de la escala *bienestar subjetivo* resulta ligeramente contradictoria (puesto que a mayor puntuación mayor *malestar*), pero los autores optaron por mantener el nombre de la escala, aunque la puntuación que se obtenga esté invertida, por criterios de consistencia con las demás puntuaciones (Evans et al. 1998).

Procedimiento

En primer lugar, se pidió a 12 personas seleccionadas por tener un buen nivel de inglés, residentes en distintos puntos de España, que realizarán una traducción al español de los ítems del CORE-OM. De los 10 que respondieron a la petición proporcionando una traducción, 6 eran expertos en psicología y 4 legos.

Con este material se convocó una sesión de trabajo en la que asistieron 2 de estos expertos y dos de los legos junto con uno de los miembros del CST (Chris Evans), que actuó como consultor/supervisor. En esta sesión se debatió cada ítem teniendo en cuenta las traducciones disponibles, discutiendo y escogiendo por consenso la mejor opción. De todo ello resultó una primera versión preliminar que fue revisada por tres expertos en psicología con más de 20 años de experiencia en el ámbito clínico quienes realizaron algunas modificaciones que fueron discutidas por correo electrónico con el miembro citado del CST. Esta versión revisada fue sometida a un escrutinio amplio por parte de un conjunto de 64 personas (los participantes arriba descritos) a quienes se les pidió que la leyeran atentamente y juzgaran si les resultaban comprensibles los ítems. Se les animó también a que hicieran todos los comentarios que consideraran oportunos a propósito de la forma en que estaban redactados.

Como es de suponer, con un conjunto tan variado de personas surgieron un cierto número de comentarios y observaciones que fueron debatidos por parte de los tres expertos citados, y las dudas se consultaron con el miembro del CST, hasta que se llegó a una versión revisada. Esta versión se entregó a una traductora completamente bilingüe inglés-español, con experiencia en traducción y licenciada en psicología, para que realizase la traducción inversa, sin tener acceso a la versión original. Ni los tres expertos españoles ni el miembro del CST consideraron necesario realizar ninguna modificación posterior a la versión que había resultado del proceso anterior, y se procedió a su aprobación definitiva por parte del CST.

Resultados

Como resultado del procedimiento anterior fue posible obtener la versión definitiva en español del CORE-OM. Los formularios incluyen el cuestionario para hombre y para mujer junto con las versiones más breves resultantes (CORE-SFA, CORE-SFB, CORE-10 y CORE-5). Todos ellos se pueden encontrar ahora en una página web de la Universitat de Barcelona destinada a tal efecto (<http://www.ub.edu/>

terdep/core). De acuerdo con la política propia del CST, es posible descargar tales formularios de forma gratuita en la forma exacta como se presentan, pero no se autoriza ningún tipo de modificación ni de los ítems ni de la forma de presentarlos.

Discusión

Mediante el proceso de traducción realizada y los lineamientos establecidos por el documento interno del *Core System Trust* (CST) fue posible obtener la versión en español del CORE-OM. Ahora se hace necesario continuar con el proceso de adaptación y validación del instrumento aplicándolo en un conjunto representativo de personas a partir de las cuales sea posible obtener información sobre las propiedades psicométricas del instrumento en su versión en español. Una vez sea posible contar con la versión estandarizada de este cuestionario (estudio en curso) se podrán plantear y desarrollar estudios en los que se incluyan las formas derivadas del CORE-OM, estudios transculturales, aplicaciones en diversas poblaciones y centros de atención en salud mental, y en consecuencia la oportunidad de integrar y analizar los datos mediante las posibilidades ofrecidas por el Sistema Core. También sería interesante promover versiones del CORE-OM en otras lenguas como el catalán, euskera y gallego para aquellos usuarios que las tengan como lengua materna.

En suma, la continuidad de este estudio someterá a prueba la versión española del CORE-OM como una herramienta válida para la evaluación del malestar psicológico—con la correspondiente retroalimentación para el paciente y el terapeuta— y la obtención de evidencias sobre la efectividad y eficacia de las modalidades de intervención propuestas por centros e instituciones que ofrecen servicios de terapia psicológica (Mellor Clark et al. 2007). Por tanto, contribuirá a la consolidación del movimiento de terapia basada en la evidencia en la fase de desarrollo de herramientas para la evaluación de los efectos terapéuticos, la monitorización de los criterios propuestos por el modelo y el fortalecimiento del compromiso ético en la comprobación de la mejora sintomática y la evaluación de los resultados al finalizar el proceso terapéutico.

Se presenta la versión en español del Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM), un instrumento creado por el Core System Group para la evaluación del cambio terapéutico. El CORE-OM es un cuestionario que evalúa el malestar psicológico a partir de cuatro dimensiones: Bienestar subjetivo, Problemas/Síntomas, Funcionamiento general y Riesgo. Se describe el cuestionario y se exponen los estudios psicométricos realizados, los cuales indican que el instrumento posee un nivel de validez y fiabilidad adecuadas, así como una excelente aceptación y sensibilidad al cambio terapéutico. Con la supervisión y guía de miembros del equipo creador

del CORE-OM, se realizó el proceso de traducción de la versión original en inglés. Colaboraron 12 personas competentes en ambas lenguas de diferentes lugares de España; posteriormente 64 castellano-parlantes de distintas condiciones y orígenes lingüísticos participaron en la revisión del instrumento. Así se obtuvo una versión definitiva en español del CORE-OM, de la que se derivaron las versiones más breves resultantes (CORE-SFA, CORE-SFB, CORE-10 y CORE-5) y todas ellas en versión femenina y masculina. Ahora que el CORE-OM está disponible para todos los psicoterapeutas de habla hispana (www.ub.edu/terdep/core), se hace necesario continuar con el estudio de validación con el objetivo de disponer de las propiedades psicométricas del instrumento en su versión en español.

Palabras clave: CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure), traducción, psicología transcultural, investigación de resultados en psicoterapia, práctica basada en la evidencia, evidencia basada en la práctica.

Nota:

Este estudio forma parte del proyecto “Terapia cognitiva para la depresión unipolar: eficacia de una intervención centrada en dilemas” (ref. PSI2011-23246; véase en Internet: www.ub.edu/terdep) de la Universitat de Barcelona, financiado en parte por el Ministerio de Economía y Competitividad.

Referencias bibliográficas

- Bados, A., García-Grau, E. y Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 477–502.
- Barkham, M., Bewick, B.M., Mullin, T., Gilbody, S., Connell, J., Cahill, J., Mellor-Clark, J., Unsworth, G., Richards, D., y Evans, C. (2012). The CORE-10: A short measure of psychological distress for routine use in the psychological therapies. *Counselling and Psychotherapy Research*, publicado online. doi:10.1080/14733145.2012.729069
- Barkham, M., Culverwell, A., Spindler, K. y Twigg, E. (2005). The CORE-OM in an older adult population: Psychometric status, acceptability, and feasibility. *Aging and Mental Health*, 9, 235–245.
- Barkham, M., Evans, C., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., Milne, D. y Connell, J. (1998). The rationale for developing and implementing core batteries in service settings and psychotherapy outcome research. *Journal of Mental Health*, 7, 35–47.
- Barkham, M., Gilbert, N., Connell, J., Marshall, C. y Twigg, E. (2005). Suitability and utility of the CORE-OM and CORE-A for assessing severity of presenting problems in psychological therapy services based in primary and secondary care settings. *British Journal of Psychiatry*, 186, 239–246.
- Barkham, M., Hardy, G. E. y Mellor-Clark, J. (2010). *Developing and delivering practice-based evidence: a guide for the psychological therapies*. Chichester, UK; Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., Benson, L., Connell, J., Audin, K. y McGrath, G. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69: 184–196.
- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J. y Cahill, J. (2006). A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE System. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6 (1) 3–15.
- Barkham, M., Startup, M. y Hardy, G. E. (1996). The IIP-32: development a short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 21–35.

- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory—Second edition (BDI-II)*. Texas, USA: Psychological Corporation.
- Beck, A. T. Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bedford, A., Lukic, G. y Tibbles, J. (2011). Evaluation of risk by patients' and with clinicians' ratings: A CORE-OM and CORE-A investigation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 244-249.
- Beutler, L. E. (2001). Comparisons of quality assurance systems: From outcome assessment to clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 197-204.
- Botella, L. (2006). Routine evaluation in psychotherapy service: The use of CORE System data. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 8, 235-241.
- Botella, L. y Feixas, G. (1994). Eficacia de la psicoterapia: Investigaciones de resultados. En M. Garrido y J. García (Eds.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*. Valencia: Promolibro.
- Cahill, J., Barkham, M., Stiles, W. B., Twigg, E., Hardy, G. E., Rees, A. y Evans, C. (2006). Convergent validity of the CORE measures with measures of depression for clients in cognitive therapy for depression. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 253-259
- Cavanagh, K., Seccombe, N. y Lidbetter, N. (2011). The Implementation of Computerized Cognitive Behavioural Therapies in a Service User-Led, Third Sector Self Help Clinic. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 427-442.
- Connell, J., Barkham, M. y Mellor-Clark, J. (2007). Mental health CORE-OM norms of students attending university counselling services benchmarked against an age-matched primary care sample. *British Journal of Guidance and Counselling*, 35, 41-56.
- Connell, J., Barkham, M., Stiles, W.B., Twigg, E., Singleton, N., Evans, C. y Miles, J. V. (2007). Distribution of CORE™OM scores in a general population, clinical cut-off points and comparison with the CIS –R. *British Journal of Psychiatry*, 190, 69-74.
- Conte, H. R., Plutchik, R., Karasu, T. B. y Jerrett, I. (1980). A self-report borderline scale. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 168, 428-435.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes*. Madrid: Visión Net.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures: Manual II*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., y Covi, L. (1973) SCL-90: An out-patient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacological Bulletin*, 9, 13-17.
- Derogatis, L. R. y Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Dias Sales, M. C., de Matos Moleiro, C. M., Evans, C. y Gomes Alves, P. C. (2011). The Portuguese version of the CORE-OM: translation, adaptation, and preliminary study of psychometric properties. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39, 54-59.
- Elfström, M. L., Evans, C., Lundgren, J., Johansson, B., Hakeberg, M. y Carlsson, S. G. (2012). Validation of the Swedish Version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). *Clinical Psychological and Psychotherapy*, publicado online, doi: 10.1002/cpp.1788.
- Evans, C. (in press). The CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation) and its derivatives. *Science and Practice*.
- Evans, C. (2012). Cautionary notes on power steering for psychotherapy. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 53, 131-139. doi:10.1037/a0027951
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J. y Audin, J. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, 180, 51-60.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Mellor-Clark, J., Margison, F., McGrath, G. y Audin, K. (1998). *The CORE outcome measure: user's manual (version 2.1)*. Leeds: Core System Group
- Evans, C. E., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J. y McGrath, G. (2000). CORE: Clinical outcome in routine evaluation. *Journal of Mental Health*, 9, 247-255.
- Froyd, J. E., Lambert, M. J. y Froyd, J. D. (1996). A review of practices of psychotherapy outcome measurement. *Journal of Mental Health*, 5, 11-15.

- Gampe, K., Biescad, M., Balúnová-Labanicová, L., Timulák, L. y Evans, C. (2007). Slovak Adaptation of CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure). *Ěes. a Slovak Psychiatry*, 103, 4-13
- Gardner, M. y Altman, D. G. (1986). Confidence intervals rather than P values: estimation rather than hypothesis testing. *British Medical Journal*, 292, 746-750
- Goldberg, D. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Oxford: NFER-NELSON.
- Goldberg, D. P. y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goldberg, D y Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Oxford: NFER-NELSON.
- Hylar, S. E. y Rieder, R. C. (1987). *PDQ-R Questionnaire*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G. y Villasenor, V. S. (1988). Inventory of the interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885-892.
- International Test Commission (2010). *International Test Commission Guidelines for Translating and Adapting Tests*. [Página web]. Recuperado de <http://www.intestcom.org/upload/sitefiles/40.pdf>
- Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Leach, C., Lucock, M., Barkham, M., Noble, R., Clarke, L. y Iveson, S. (2005). Assessing risk and emotional disturbance using the CORE-OM and HoNOS outcome measures. *Psychiatric Bulletin*, 29, 419-422.
- Lyne, K., Barrett, P., Evans, C. y Barkham, M. (2006). Dimensions of variation on the CORE-OM. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 185-203.
- Margison, F.R., McGrath, G., Barkham, M., Mellor-Clark, J., Audin, K., Connell, J. y Evans, C. (2000). Measurement and psychotherapy: Evidence-based practice and practice-based evidence. *British Journal of Psychiatry*, 177 123-130.
- Mellor-Clark, J. y Barkham, M. (2000). Quality evaluation: methods, measures and meaning. En C. Feltham y I. Horton (Eds.), *Handbook of counselling and psychotherapy* (pp. 255-270). London, UK: Sage Publications.
- Mellor-Clark, J., Barkham, M., Connell, J. y Evans, C. (1999). Practice-based evidence and the need for a standardised evaluation system: Informing the design of the CORE System. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 3, 357-374.
- Mellor-Clark, J., Barkham, M., Connell, J. y Evans, C. (2007). Practice-based evidence and standardized evaluation: Informing the design of the CORE system. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 2, 357-374.
- Mellor-Clark, J., Curtis Jenkins, A., Evans, R., Mothersole, G. y McInnes, M. (2006). Resourcing a CORE Network to develop a National Research Database to help enhance psychological therapy and counselling service provision. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6, 16-22.
- Palmieri, G., Evans, C., Hansen, V., Brancaloneoni, G., Ferrari, S., Porcelli, P., Reitano, F. y Rigatelli, M. (2009). Validation of the Italian version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 444-449.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sinclair, A., Barkham, M., Evans, C., Connell, J. y Audin, K. (2005). Rationale and development of a general population well-being measure: Psychometric status of the GP-CORE in a student sample. *British Journal of Guidance and Counselling*, 33, 153-174.
- Snaith, R. P., Constantopoulos, A. A., Jardine, M. Y. y McGuffin, P. (1978). A clinical scale for the self-assessment of the irritability. *British Journal of Psychiatry*, 132, 164-171.
- Strupp, H. H., Horowitz, L. M. y Lambert, M. J. E. (1997). *Measuring patient changes in mood, anxiety, and personality disorders: Toward a core battery*. Washington DC: American Psychological Association.
- The DoH (Departamento de Salud del Reino Unido), (1996). *NHS Psychotherapy Services in England: Review of Strategic Policy*. Londres, UK: HMSO
- Tranter, R., Bell, D., Gutting, P., Harmer, C., Healy, D. y Anderson, I.M. (2009). The effect of serotonergic and noradrenergic antidepressants on face emotion processing in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 118, 87-93.
- Twigg, E., Barkham, M., Bewick, B. M., Mulhern, B., Connell, J. y Cooper, M. (2009). The YP-CORE: Development and validation of a young person's version of the CORE-OM. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9, 160-168.
- Uji, M., Sakamoto, A., Adachi, K. y Kitamura, T. (2012). Psychometric properties of the Japanese version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 600-608.

- Unsworth, G., Cowie, H. y Green, A. (2011). Therapists' and clients' perceptions of routine outcome measurement in the NHS: A qualitative study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 12, 71-80.
- Waskow, I. E. (1975). Selection of a core battery. En M. B. Parloff (Ed.), *Psychotherapy change measures* (pp. 245-269). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

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

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