

REVISTA DE
PSICOTERAPIA

ANALECTA

Epoca II, Volumen XIV - 4º. trimestre 2003



56 Ψ

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, MAR GÓMEZ, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a JOSE PUBILL GONZALEZ, ÁLVARO QUIÑONES.

Secretaria de Redacción: EMPAR TORRES AIXALÀ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, LLUIS BOTELLA GARCÍA DEL CID, ISABEL CARO GABALDA, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGIONNIS, IGNACIO PRECIADO, SANDRA SASSAROLI, JAUME SEBASTIAN, 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 XIV - Nº 56 - 4º. trimestre 2003

Esta revista tuvo una época 1ª, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco 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 12 euros (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
QUÉ ES LA PSICOTERAPIA GENERAL	5
J. Solé Puig	
CLAVES PARA LA UNIFICACIÓN DE LA PSICOTERAPIA: (MAS ALLÁ DE LA INTEGRACIÓN)	27
Héctor Fernández-Alvarez	
COMPRENSIÓN Y EXPLICACIÓN EN EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO: LA CO-CONSTRUCCIÓN DE LA “LÓGICA” DEL SÍNTOMA POR PARTE DEL PACIENTE Y DEL TERAPEUTA	49
Lorenzo Cionini y Gianluca Provvedi	
ESTADO PSICÓTICO MANIACAL: UNA APROXIMACIÓN POST-RACIONALISTA. TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE UN CASO	63
Leonor María Irrázaval Correa	
UNA PERSPECTIVA CULTURAL DE LA RESISTENCIA .	83
Theodore Reid	
UNA PERSPECTIVA CONSTRUCTIVISTA DE LA COGNICIÓN: IMPLICACIONES PARA LAS TERAPIAS COGNITIVAS	107
Dr. Guillem Feixas	

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Dirección y Redacción:

Apartado de Correos 90.097
08080 Barcelona
Tel. 933 217 532 (martes tarde)

Administración:

GRAO (IRIF, S.L.)
Revista de Psicoterapia
c/. Francesc Tàrrrega, 32-34
08027 - Barcelona
Tel. 934 080 464 Fax: 933 524 337

BOLETIN DE SUSCRIPCION

Fecha:

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

Apellidos:

Nombre:

Teléfono: Profesión:

Dirección:

Ciudad: D.P.

- Forma de pago:
- Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta)
 - Adjunto cheque bancario núm.:
 - Contrareembolso
 - VISA
 - MasterCard



Tarjeta N°:

Fecha caducidad: ____ / ____ / ____

Firma:

Precio de la suscripción anual para 2003
Países comunitarios 35 EUR
Países extracomunitarios .. 70 \$USA

BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

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

Nombre y apellidos:

Código de Cuenta del Cliente:

Entidad: Oficina: DC: Cuenta:

Banco/Caja Agencia n°:

Dirección

Ciudad D.P.

.....
Fecha y Firma:

EDITORIAL

Con el tiempo se acumulan en nuestra mesa de redacción trabajos valiosos, enviados por algunos lectores y colaboradores de la Revista de Psicoterapia, que no han podido ser publicados por no coincidir con los temas monográficos en el momento de su recepción. La suma de algunos de ellos han permitido preparar este número que hemos titulado “Analecta” para significar su selección. De este modo creemos poder corresponder a la iniciativa de nuestros colaboradores de mandarnos sus originales, que agradecemos y esperamos poder ir ocasionalmente publicando.

Iniciamos la monografía con un trabajo del Dr. J. Solé Puig en el que nos presenta un modelo de Psicoterapia General, denominado así por su promotor el Dr. Klaus Grave. La psicoterapia general identifica tres factores de cambio: activación de recursos, intervenciones específicas de trastorno y elaboración de conflictos. La psicoterapia es efectiva si combina sinérgicamente intervenciones activadoras y elaboración de problemas.

El trabajo del Dr. Héctor Fernández Álvarez, titulado “Claves para la unificación de la Psicoterapia”, desarrolla los alcances y limitaciones que se presentan en las propuestas del movimiento integrativo y fundamenta las bases tendientes a la unificación de la psicoterapia basándose en la demanda asistencial, los intereses de la investigación y los problemas críticos de la clínica. La investigación enfocada sobre el paciente es el mayor esfuerzo alcanzado hasta ahora para superar la brecha existente entre los estudios de eficacia y los de efectividad. Los modelos que surgen de esta orientación no están centrados en promover un enfoque teórico ni algún menú de técnicas en particular, sino en identificar principios que ayuden a encontrar las combinaciones entre pacientes y terapeutas que permitan predecir mejor los resultados terapéuticos.

El objetivo del artículo de Lorenzo Cionini y Gianluca Povvedi es la presentación de una lectura del proceso terapéutico desde una óptica constructivista, por medio del análisis de dos fenómenos: la comprensión y la explicación. Éstos se consideran desde dos puntos de vista, el del terapeuta y el del paciente, a partir de la premisa que los dos fenómenos adquieren significados distintos según se apliquen a uno u otro actor de la interacción, si bien, al desarrollarse dentro de la relación terapéutica, se presentan como procesos complementarios y constituyen de hecho un fenómeno único.

Leonor Irrarrazával presenta en su artículo un resumen del tratamiento psicológico de un caso de psicosis maníaca, desarrollado en el marco de la concepción teórica y aplicación terapéutica, propuestas por Vittorio Guidano. Lo acompaña de varios textos de cartas de la propia paciente, donde se pone de manifiesto su proceso terapéutico.

A pesar de los intentos de generar modelos únicos y generales de psicoterapia el artículo de Theodore Reid nos muestra la importancia de las diferencias culturales y cómo éstas pueden actuar como una fuente no reconocida de resistencia. Desde esta perspectiva, la resistencia puede ser el resultado del conflicto del paciente entre los valores culturales inconscientes y los valores contraídos conscientemente o, puede ser resultado del conflicto entre los valores culturales (inconscientes) del terapeuta y del paciente. Estas causas de resistencia pueden operar en situaciones en las cuales el terapeuta y el paciente comparten parámetros tales como la raza y la clase.

Desde la epistemología constructivista Guillem Feixas se plantea la cognición como la actividad básica del vivir: interpretar la experiencia, otorgar significado al flujo de los acontecimientos. No la ve, por tanto, como una actividad intelectual, racional o mental sino holística porque implica al sujeto en su totalidad; aunque se pueda manifestar en forma de pensamientos, emociones, imágenes, etc. Las distintas terapias cognitivas de inspiración constructivista comparten la visión de la persona como un agente que construye de forma proactiva los acontecimientos, incorporando los significados generados en un sistema cuyo núcleo es el sentido de identidad. Los esfuerzos para promover el cambio pueden provocar resistencias a menos que se armonicen con la necesidad esencial de la persona de proteger su sentido de identidad, continuidad y, en consecuencia, su unicidad.

QUÉ ES LA PSICOTERAPIA GENERAL

J. Solé Puig

Doctor en medicina, psiquiatra

The first Spanish-written review of K. Grawe's general psychotherapy is given and the core of the theory is focused. It deals with school-based thinking and personal adscriptions as confronted with research-based scientific knowledge. Key psychological issues as motivation and action, perception and basic human needs, intention and evitation, conscious and implicit functioning, problem-solving and clarifying methods, are reassumed. Concepts as motivational inconsistency, pathogenic autocatalysis or attractor/order pattern are introduced in psychotherapy. General psychotherapy identifies three change factors: resources activation, disorder-specific interventions and working-through of conflicts. Earlier versions included problem actualization, while latest updating synthesise them in a definition: effective psychotherapy as the synergic combination of activating interventions and working-through of problems. Grawe's psychotherapy integration theory, internationally knowned, is considered the most relevant European effort in the field.

Key words: general psychotherapy, integration, K. Grawe

INTRODUCCIÓN

La idea que fundamenta la integración de las psicoterapias es que no sólo no se excluyen entre sí, sino que en realidad se complementan. Idéntica visión es la que permite hablar de una psicoterapia general, la promovida por Klaus Grawe, que se ha alzado como producto emergente del sector en el comienzo del siglo XXI. Como se sabe, el reconocimiento internacional al autor de Berna proviene de su magno metanálisis (Grawe, Donati y Bernauer, 1998), que recoge quince años de elaboración durante los cuales centenares de estudios previos fueron concienzudamente revisados para ver qué psicoterapias obtienen los mejores resultados. Especialmente valiosas y muy citadas son las tablas que, muy numerosas, revisan cada tipo de terapia confrontando los ensayos previos y dando críticas detalladas de cada uno de estos estudios. Ni que decir tiene que el metanálisis de Grawe ya ha levantado intensas controversias, pues no todas las psicoterapias acceden al podio de vencedores, sino que unas, las menos, se erigen como ganadoras y otras, las más, salen obviamente perdiendo.

¿ESCUELAS, PERSONALISMOS?: INVESTIGACIÓN

Sigue compartiéndose esta idea: que dados los variados tipos de pacientes y de problemas que existen hay que indicar las distintas psicoterapias de forma diferenciada. Así, para unos pacientes sería de elección la terapia psicodinámica, para otros la psicoterapia cognitiva y/o la conductual, para algunos lo mejor será una psicoterapia humanista, para otros la terapia familiar sistémica, etc. Es una perspectiva que a todos nos podría parecer razonable. Pero lo cierto es que no hay evidencias empíricas suficientes para darla por sentada. Es verdad que importantes autores (Beutler y Clarkin, 1990) han demostrado que sí existen algunas correlaciones entre ciertas características de los pacientes y determinadas características de las psicoterapias, y que además –esto es lo que otorga científicidad al hecho– tales correlaciones han podido ser replicadas en algunos estudios. Pero también hay que decir que todas estas características no respetan para nada las fronteras entre psicoterapias: las atraviesan transversalmente. Así, p. ej., se ha recomendado que pacientes de alta reactancia no sean tratados de forma directiva, dándose a entender que en estos casos sería preferible la escuela psicodinámica a la conductual. Salta a la vista que tal tipo de recomendación no resiste el análisis más somero, pues es sabido que lo que hay es un contínuum pasivo-semidirectivo-directivo en el estilo de manejar al enfermo, y que no depende tanto de la adscripción de escuela cuanto de la personalidad del terapeuta. Piénsese, al respecto, en lo activos que suelen ser quienes llevan terapias psicodinámicas breves (Book, 1998; Luborsky, Crits-Christoph, 1997), con un estilo de conducción de la terapia mucho más cercano al cognitivo-conductual que al del psicoanálisis. El corolario está claro: pertenecer a esta u otra escuela no es lo decisivo; lo decisivo es lo que hace realmente el terapeuta en la práctica, y esto es algo que en la realidad tampoco difiere tanto entre las distintas escuelas. Precisamente este hecho, admitido por todos, es el que explica el éxito que el integracionismo psicoterapéutico va cosechando en los últimos años. Naturalmente, surge entonces la cuestión: ¿si los resultados terapéuticos no dependen realmente de las características de escuela, porqué seguimos diferenciándolas? ¿No es obvio entonces que hay que ir hacia criterios de realidad empírica, científica? Y, consecuentemente, Grawe inquiere: ¿A qué estamos esperando para sustentar los centenares de psicoterapias existentes no en mitos de escuela y adscripciones personalistas sino en la psicología general comúnmente impartida/investigada en medios académicos? La fundamentación de una psicoterapia general llena las setecientas páginas de su último libro (Grawe, 1998), del que el presente trabajo sólo puede ser un resumido eco.

Los psicoterapeutas actuales, en su trabajo cotidiano, respetan cada vez menos las fronteras entre las distintas escuelas y maneras de hacer psicoterapia. Se forman en algunas de ellas y en la práctica optan por uno u otro procedimiento concreto en función de cada paciente. Aplican, en cada caso, lo que creen que es mejor para el enfermo. La mayoría de profesionales cree que hacerlo así es lo más razonable.

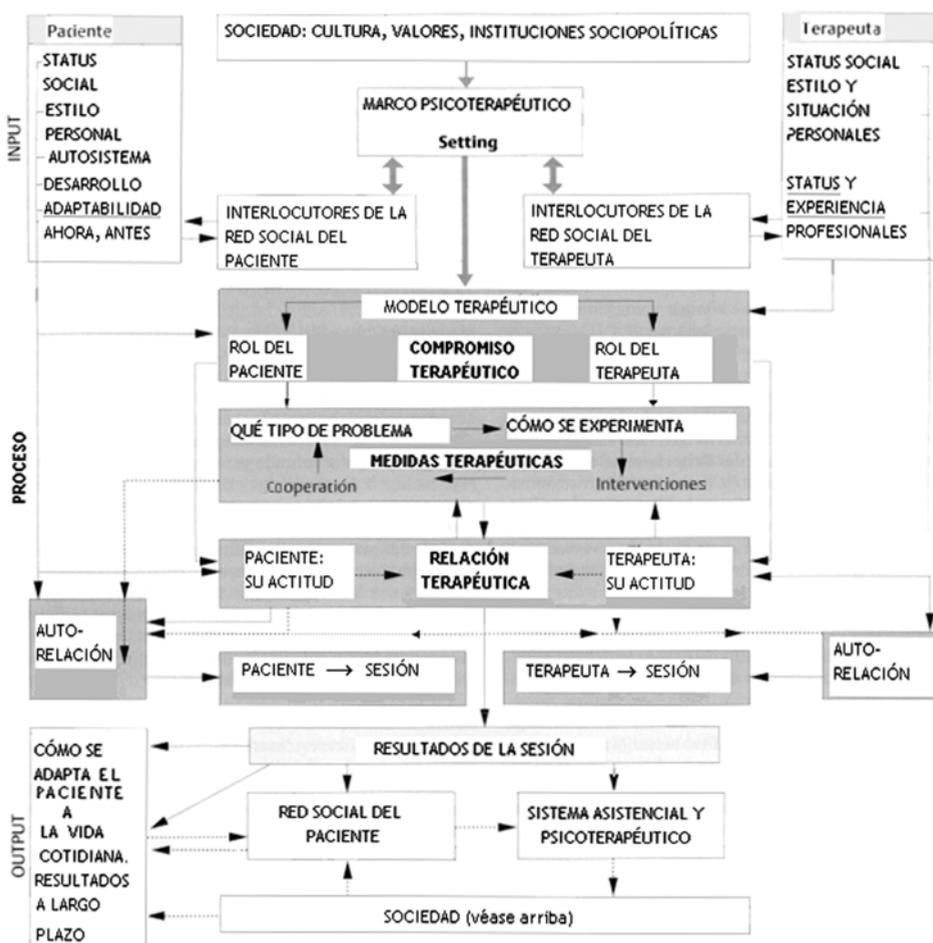
Tanto Garfield (1992) y su teoría de los factores comunes, como Lazarus (1992) son defensores eminentes de esta forma de ver las cosas. El problema estriba en la falta de sustentación teórica que este eclecticismo conlleva. El terapeuta se ve obligado a dar bandazos teóricos de un lado a otro, desde un marco conceptual ahora psicodinámico, luego cognitivo-conductual y quizá más tarde relacional-sistémico. No es extraño que eclecticismo práctico y escepticismo teórico acaben yendo de la mano. Una y otra vez, los distintos marcos conceptuales son demasiado pequeños para dar cabida a todos los fenómenos importantes a tener en cuenta en psicoterapia. Habiendo, por fortuna, periclitado los fanatismos de escuela, el actual integracionismo psicoterapéutico ha de abocar, tarde o temprano, a una teoría unificada de las psicoterapias. Curiosamente hay aquí un paralelismo con la física, también necesitada de una unificación teórica que nunca llega y que los grandes de la mecánica cuántica y la cosmología han venido reclamando. La propuesta de Grawe es bien simple: dotarnos de un sistema conceptual coherente, capaz de legitimar las evidencias psicoterapéuticas acumuladas y de permitir que todo psicoterapeuta pueda orientarse con soltura en el momento de elegir opciones y prioridades ante un paciente dado.

HACIA LA INTEGRACIÓN TEÓRICA

En este sentido, lo que se viene haciendo es el intento de ensamblar las dos grandes tradiciones psicoterapéuticas más contrastadas, la psicoanalítica y la conductual. El mejor ejemplo continúa siendo el esfuerzo de A. Ryle (1987), y en el entorno hispanohablante es ineludible nombrar a C. Mirapeix, por diseminar con solvencia dicho enfoque cognitivo-analítico. Cito este trabajo de Ryle en concreto porque habla bien a las claras de la psicología cognitiva –e incluso la conductual (Ellis, MacLaren, 1998) en sentido lato- como lenguaje común de la psicoterapia, aspecto estratégico en que K. Grawe (1998), los Beck (Alford, A. Beck, 1997; J. Beck, 1995) y otros coinciden, como puede entreverse implícitamente en el manual integracionista de Norcross y Goldfried (1992). El diagnóstico graweano sobre esta integración entre psicoanálisis y conductismo es tajante: ni la elaborada propuesta de Ryle ni menos el resto de esfuerzos integrativos han logrado imponerse sobre sus respectivas teorías-fuente ni tampoco han conseguido reemplazarlas por un único, omnicomprensivo, sistema conceptual. Ya se sabe que psicoanálisis y conductismo siempre han parecido incompatibles: el primero muestra carencias científico-empíricas reconocidas por todos, y el segundo, en el otro extremo epistémico, excluye realidades (afecto, motivación, etc.) sin duda subjetivas, pero nucleares en psicología. Todavía hay psicoanalistas que niegan el objetivo terapéutico de la reducción de síntomas y lo tildan incluso de contraproducente colgándole el sambenito de ser ésta mero desplazamiento sintomático. Y aún hay también puristas conductuales que niegan todo lo que no pueda explicarse en términos de condicionamiento clásico u operante. La fuerza explicativa de ambas tradiciones

teóricas parece haberse agotado, a causa de sus respectivos apriorismos, para la psicoterapia de hoy. No es extraño que el ensamblaje de dos teorías epistémicamente sesgadas haya generado constructos con parecidos defectos. De lo que se trata es, por consiguiente, apuntar hacia una nueva teoría general de la psicoterapia que sea capaz de incluir, de forma coherente, los aspectos importantes cognitivos, conductuales, psicodinámicos, humanístico-experienciales (Greenberg, Rice, Elliot, 1993) y multiculturales (Ponterotto, Casas, Suzuki, Alexander, 1995).

Es cierto que en la última década gozó de predicamento el modelo “transteórico” de Prochaska, Norcross y DiClemente (Prochaska, Norcross, 1999). Hay que concederle que, con sus fases del cambio –precontemplación, contemplación, preparación, acción-, ha añadido una nueva perspectiva a la terapia, que en el terreno de las adicciones ha sido bien acogida por ver el consumo activo como precontemplación de la sobriedad. Pero hay que convenir, con Grawe, que este



modelo no es una nueva fundamentación teórica capaz de incluir lo múltiple y complejo. No proviene de la revisión sistemática de la investigación empírica en psicología: correlaciona de forma original una parte de lo que conocemos.

INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA

Quienes fundaron las distintas maneras de hacer terapia no pudieron investigar los mecanismos de acción psicoterapéuticos y los resultados obtenidos: ellos estaban creando y desarrollando procedimientos; someterlos a investigación era prematuro. Actualmente la situación ha cambiado mucho. En 1994, los grupos de Orlinsky y Grawe demostraron que disponemos de suficiente número de estudios metodológicamente rigurosos sobre psicoterapia como para permitir empezar a extraer conclusiones. A partir de sus respectivos esfuerzos metanalíticos, precisamente, Orlinsky produjo su modelo genérico de la psicoterapia y Grawe su esquema de psicoterapia general (Orlinsky, Grawe, Parks, 1994). Quiere decirse que estamos en una nueva etapa del desarrollo en este campo (Solé Puig, 2000), la etapa de base empírica que la psicoterapia necesitaba. El modelo genérico de Orlinsky (esquema 1) refleja de forma más fiel que el esquema de Grawe lo alcanzado por la investigación en psicoterapia, pero el segundo ha tenido el acierto de haber sabido aplicarla a la práctica psicoterapéutica. De ahí su trascendencia clínica. Grawe propone, a partir de su autoridad de investigador, que toda psicoterapia eficaz lo es por reunir cuatro principios activos, cuatro factores terapéuticos de cambio, a saber:

1. Activación de recursos: es el principio terapéutico más ubicuo según Grawe, y explica porqué es tan eficaz animar a los pacientes, alentarlos a que saquen lo mejor de sí mismos ante las dificultades, a emplear sus habilidades y puntos fuertes, a recurrir, en suma, a su lado positivo, a sus aspectos sanos, conservados. Grawe critica que muchos psicoterapeutas desprecian este factor, empujándolo a la categoría residual de efecto placebo, sugestión, “condiciones inespecíficas” e incluso “palmadita en la espalda”. Nuestro autor da un giro copernicano a esta visión: la enaltece sin ambages dándole el nombre de activación de recursos y aboga siempre por completar el habitual diagnóstico clínico de lo negativo-conflictivo-deficitario con una apreciación de las capacidades actuales y potenciales, con una actitud diagnóstico-terapéutica positivizante que nos recuerda la propia de la rehabilitación psicosocial, atenta siempre a cualquier señal, por indiciaria que sea, de los recursos existentes. En este contexto se enfatiza la importancia de las relaciones personales del paciente, recogándose justamente las enseñanzas que las terapias familiar e interpersonal han propiciado (Solé Puig, 1995). Y quizá más importante aun, lo decisivo que ha demostrado ser en toda terapia el hecho de que el paciente perciba a su terapeuta como que le apoya, que le acepta y le ayuda en su autoestima, que el paciente, en suma, se sienta capacitado para una buena relación terapéutica.

Para que una psicoterapia logre resultados hace falta que se activen recursos

del enfermo: éste pide ayuda en situación de baja autoestima y una de las claves del éxito es no reducirlo sólo a sus aspectos problemáticos, sino también a aquellos aspectos que harán posible hallar soluciones. Se trata de sustituir la situación de desamparo de la demanda por el apoyo propio de la situación de auxilio. Logrado esto, el efecto inmediato es de un bienestar previo a la reducción/eliminación de síntomas, un bienestar que no es otra cosa que efecto placebo y que nadie debería denigrar por ello: tiene un valor indudable en sí mismo y hace posible, además, que el paciente sea capaz de afrontar las sucesivas intervenciones que darán contenido a la terapia y que serán las que promoverán eventuales cambios.

2. Actualización del problema: es este otro ingrediente principal de toda psicoterapia, sustentado también por la investigación (Egan, 1997). Se basa en que los problemas que tienen que ser solucionados deben cobrar actualidad en el marco de la relación terapeuta-paciente. En este sentido, la narración que el enfermo hace de su padecimiento al terapeuta incluye ya en sí una actualización de quejas y síntomas. El hecho que no pocas veces dicho relato conlleva emociones como llanto o vergüenza demuestra que en la interlocución psicoterapeuta-paciente hay, inherentes, las funciones básicas de comunicación, de expresión/actualización. En terapia individual esta actualización se maximiza al trasladar el paciente las distorsiones relacionales que padece –y que suelen provenir de etapas tempranas del desarrollo– y que a veces ponen a prueba la profesionalidad del terapeuta. Esto es lo que la tradición psicodinámica ha estudiado como transferencia y contratransferencia, respectivamente. Ejemplos muy visibles del principio de actualización son la terapia de pareja y la familiar, que actualizan in vivo los problemas del grupo social primario, la terapia grupal, que hace lo propio en una agregación social ad hoc, y la terapia de exposición, que actualiza la angustia en, v. gr., la agorafobia.

3. Solución/dominio del problema: con la conocida excepción del psicoanálisis, toda psicoterapia tiende a apoyar activamente al enfermo para que sea capaz de solucionar o solucionar mejor sus problemas. Las terapias conductual y cognitiva, y por supuesto su combinación, constituyen la plasmación más acabada de este principio activo, visible en el entrenamiento asertivo de pacientes inhibidos, en la exposición a situaciones ansiógenas en agorafóbicos, en la técnica de inoculación de estrés según Meichenbaum, en la terapia sexual de Masters y Johnson, en el empleo de relajación o hipnosis en estados dolorosos, en la psicoterapia interpersonal de la depresión según Klerman y Weissman, en entrenamiento de parejas para comunicar y resolver problemas juntos, y en las variantes de terapia familiar, por enumerar a título de ejemplo. Está claro que los distintos procedimientos psicoterapéuticos tienden genéricamente a ayudar a que el enfermo perciba que domina sus problemas y que potencial o realmente se siente capaz de solucionarlos,

de solucionarlos en parte o de solucionarlos mejor. Pero al mismo tiempo está claro que estos procedimientos se distinguen entre sí por las diferentes maneras concretas de ir hacia este dominio/solución de problemas. Lo que la investigación en psicoterapia ha demostrado (Grawe et al, 1998) es que lo importante estriba en la sensación de dominio experimentada por el paciente, en que éste se siente más capacitado y motivado para afrontar su situación problemática. De la maestría del psicoterapeuta dependerá que para cada tipo de problema sepa indicar los procedimientos más idóneos.

4. Clarificación motivacional: que no por ser el cuarto principio es el menos importante; para los terapeutas psicodinámicos es todo lo contrario. En efecto, la investigación en psicoterapia les da la razón cuando éstos defienden la importancia del núcleo motivacional de los problemas: muchos pacientes, pudiendo hacer cosas parecen no querer hacerlas. La investigación ha demostrado que psicoterapias no directivas como algunas psicodinámicas o experienciales -la de Rogers, p. ej.- tienen poco o nada en cuenta la solución de problemas y no por ello dejan de obtener resultados. Son resultados provenientes de la ayuda que presta el psicoterapeuta a que, por decirlo coloquial pero certeramente, el paciente se aclare. Ello quiere decir barajar un tipo de ideas quizás algo más abstractas que las del apartado anterior, siendo esto lo que probablemente confiere la imagen de mayor especulación a las escuelas centradas en dicho principio activo. Son ideas sobre el significado de la propia existencia, de los valores y expectativas de cada persona, o de los deseos u objetivos más o menos conscientes propios de todo ser humano. El estado del paciente se contempla no ya en la perspectiva de solucionar sus problemas, sino bajo el punto de vista de sus motivaciones, de los posibles conflictos y déficits motivacionales.

De la diferenciación entre psicoterapias centradas en la solución de problemas y las centradas en la clarificación motivacional puede inferirse que habría una indicación diferencial según la cual unos pacientes funcionarían mejor con las psicoterapias solucionadoras y otros con las clarificadoras. Es una hipótesis en la que muchos creen pero que todavía no ha sido dilucidada (Corsini, Wedding, 2000). El objetivo de Grawe es superar esta disyuntiva. Argumenta que para la mayoría de enfermos, basar la indicación en términos de “o esto o aquello” es forzar la realidad e impedir que los pacientes puedan favorecerse de todas las posibilidades relevantes en psicoterapia. No es razonable que unos sean tratados desde la perspectiva de su capacidad para solucionar problemas y que otros lo sean desde la perspectiva de comprender las propias motivaciones. Hacerlo así se contempla entonces como puro esquematismo reduccionista, se convierte en una asignación arbitraria de recursos técnicos, hecha sin base científica suficiente y más bien por circunstancias aleatorias: un conjunto de pacientes acaba contactando con terapeutas tendencialmente clarificadores y otro conjunto de pacientes acaba contactando con

terapeutas tendencialmente solucionadores. En una visión integradora lo ideal es acabar con las fronteras de escuela y complementar los factores terapéuticos más relevantes. Es intentar concebir los casos y planificar las terapias permitiendo que todos los pacientes puedan beneficiarse de las dos grandes perspectivas existentes: la perspectiva de solución de problemas y la de la clarificación de motivaciones. Para Grawe esta visión es la única razonable, halla evidencias crecientes en la investigación de psicoterapias y se fundamenta en los avances de la psicología científica.

MOTIVACIÓN Y ACCIÓN

Un campo poco conocido por los médicos y sin embargo bien asentado en psicología es el de las teorías sobre las expectativas y valoraciones que tienen los individuos y la relación con su comportamiento. Grawe lo incluye en su propio discurso. En el contexto terapéutico es fácil ver tanto actos problemáticos que emanan con total voluntariedad de la persona que los genera, como también conductas de evitación, algunas de ellas no deseadas en absoluto, como es el caso de las generadas por sentimientos de angustia. Richard Lazarus (1991) hipotetiza que las emociones resultan de la interacción entre dos procesos valorativos, la apreciación primaria y la secundaria. El proceso de apreciación primario valora las situaciones según lo que signifiquen para las motivaciones actuales, y el proceso de apreciación secundario valora hasta qué punto se estará a la altura de dichas situaciones y las emociones concernidas. La apreciación secundaria remite claramente a la autoeficacia en el sentido de Bandura, es decir, a la confianza en sí mismo. Véase que estamos de lleno en el campo de la expectativa-valor, pues la apreciación primaria de R. Lazarus alude a la valoración y la apreciación secundaria a las expectativas. En clínica está claro que valorarse, tener esperanza, sentirse motivado y confiado en sí mismo es el mejor contrapeso al déficit de autoestima, a sentirse desmotivado y a tener expectativas patógenas como el miedo al miedo, tan típico de las crisis de angustia y otros trastornos de ansiedad. Y esto vale tanto para comportamientos voluntarios como para los no deseados por patológicos. El valor que damos a las cosas correlaciona con lo motivados que estamos para alcanzarlas; la esperanza que ponemos en ello correlaciona también con la confianza que tengamos en conseguirlo. Volviendo a la ansiedad, cuanto más haya madurado la intención de un agorafóbico por superarse, más rendimiento le sacará a la terapia de exposición. Es más, en clínica vemos pacientes ansiosos que en un momento dado muestran tal determinación en el propósito de superar su miedo, que lo consiguen sin necesidad de someterse formalmente a dicha terapia; ellos mismos se autoayudan. Que la intención de curarse madure a propósito firme de no seguir evitando más es la *conditio sine qua non* para que una intervención terapéutica dé resultados en patología ansiosa. En las etapas en que las intenciones hacia la salud se concretan fatigosamente en propósitos es fácil que otras intenciones intrusivas interfieran –

evitar afrontar, p. ej.- hasta el punto de interrumpir e incluso abortar la motivación positiva en ciernes.

Todo psiquiatra, y si me apuran todo médico, debería conocer la psicología de la motivación y sus últimos desarrollos, que se solapa con lo anterior y que ocupa un lugar central en el ámbito cotidiano, sanitario e incluso humanista, tal como demuestra, p. ej., Jürgen Habermas y su filosofía de la acción. Uno de los mensajes claros de Klaus Grawe es, además, que ya va siendo hora de que la motivación entre a formar parte del ámbito de trabajo de la escuela cognitivo-conductual. La acción humana es, desde la perspectiva académica de la psicología de la motivación, la praxis resultante de una secuencia motivacional previa, hecha de vagas intenciones al principio, resultantes a su vez del juego entre deseos y temores que el proceso de elección y decisión permite, que eventualmente va cobrando fuerza volitiva hasta perfilarse como propósito claro, y que finalmente aboca al acto/acción/actuación y a su valoración. El filósofo mencionado contribuyó al trabajo de uno de los mejores psicólogos alemanes de los últimos tiempos, Heckhausen (1987), quien teorizó e investigó empíricamente lo que designó como “modelo del Rubicón”. Alude a que, al principio de nuestra era, Julio César acampó sus tropas más acá del río Rubicón, que le separaba de su camino hacia la lucha por hacerse con el poder romano. Cuando hubo disipado sus dudas y vacilaciones, cruzó el río, “pasó el Rubicón”, en expresión desde entonces utilizada. Pasar el Rubicón, decidir después de dudar, conlleva por tanto una fase previa, reflexiva, en la que deliberamos, sopesamos, es decir, ponderamos anhelos y temores en sus pros y contras, de forma que van originándose así determinadas intenciones que poco a poco adquieren fuerza volitiva hasta tomar cuerpo en propósitos y decisiones. Esta fuerza de voluntad, esta intensidad volitiva, es el producto del grado de deseabilidad del objetivo perseguido y de su realizabilidad esperable. Cuanto más pesan ambos factores del producto, más robusta es la probabilidad de alcanzar la meta. Si ésta es muy deseable pero falta la confianza en uno mismo para conseguirla —es el caso de quien quiere superar una agorafobia, p. ej.-, entonces es necesario trabajar psicoterapéuticamente las expectativas de autoeficacia precisamente para aumentar el sentimiento de realizabilidad del propósito; la creciente fuerza de voluntad permitirá encarar experiencias correctoras que sean exitosas, lo que a su vez alimentará las expectativas positivas y, por tanto, la autoconfianza; al final del proceso, el paciente habrá superado sus temores patológicos: habrá pasado su Rubicón. Es lo que típicamente se hace en terapia cognitivo-conductual.

El psicoterapeuta no sólo puede ayudar a que un paciente sienta una meta como más realizable. También le puede ayudar a que la sienta más claramente deseable. Son los casos en los que el paciente desea, en el ejemplo más sencillo, la salud y al mismo tiempo desea seguir fumando. Hay ahí intenciones contrapuestas que no permiten que se forme un propósito duradero en el tiempo como vector resultante. El trabajo psicoterapéutico ha de ser, en tales casos, una labor de clarificación

motivacional. Es lo que típicamente se hace en terapias psicodinámicas y experienciales: se trabaja más acá del Rubicón, tomándose conciencia de deseos y temores en conflicto en aras de elegir y decidir de la manera más clara posible, de abrigar intenciones lo más unívocas posible. De lo que se trata en general es, por lo tanto, de determinar en qué lugar de la secuencia motivación-acción se halla el paciente, es decir, si como psicoterapeutas hemos de trabajar más acá o más allá del Rubicón. Si nuestro paciente, en relación a los objetivos terapéuticos, baraja motivos contrapuestos e intenciones poco claras, entonces lo indicado es, ante todo, permanecer más acá, en el terreno de la reflexión. Pero en presencia de objetivos unívocamente deseados por el paciente y compartidos por el terapeuta, y en que lo que falla son las expectativas de llevarlos a cabo, entonces hay que moverse más allá del Rubicón, en el terreno de la acción. Lo normal es que los pacientes se nos presenten con problemas en ambas orillas del Rubicón, es decir, que no se aclaren o se aclaren poco en su motivación y que tengan carencias en la confianza en ellos mismos al emprender la acción. Por tanto, para la mayoría de enfermos será útil ayudarles tanto con la clarificación de lo que les mueve a actuar o se lo impide, o sea la clarificación motivacional, cuanto con la solución de los problemas que se topan cuando tratan de realizar sus propósitos. Para unos será más importante trabajar bajo la perspectiva motivacional, y para otros bajo la perspectiva de dominar los problemas. No serán pocos los que se beneficiarán del trabajo en doble perspectiva, según una primera fase más centrada en la reflexión y una segunda fase alrededor de la realización y la superación de obstáculos. El ideal integracionista es precisamente este: todo psicoterapeuta debería ser capaz de atender con competencia técnica ambos tipos de dificultades. Debería aunar las capacidades deliberativas que nadie niega a psicodinámicos y humanistas y las capacidades resolutivas que han situado lo cognitivo-conductual como lugar de referencia en salud mental. Para Grawe, el eclecticismo técnico por lo visto mayoritario no es suficiente: hay que lograr una base teórica común. De lo contrario, los psicoterapeutas continuarán instalados en el sesgo reduccionista de sus respectivos aprendizajes de escuela. He aquí, muy resumidas, las bases teóricas de la psicoterapia general graweana.

PERCEPCIÓN, NECESIDADES

El funcionamiento mental proviene de la complejísima interacción excitatoria de grupos neurales. Grandes neurobiólogos actuales como Gerald Edelman (Solé Puig, 2001) así nos lo pretenden demostrar, y hoy día es imposible pensar en una teorización psico(pato)lógica que no parta de dicha realidad. Grawe es consecuente con ello a la hora de anclar sus explicaciones en la neurobiología, pero el carácter a fin de cuentas especulativo de todos estos desarrollos impide que hallen cabida en el presente trabajo, que pretende ser mínimamente práctico. Digamos a título informativo que Grawe habla de conceptos tales como atractor -en el sentido de la dinámica de sistemas-, para él el sustrato neural -en el sentido de los grupos

neuronales del mencionado Edelman- de lo que en psicología cognitiva se conoce como esquema. Grawe propone la existencia no sólo de esquemas cognitivos, sino también emocionales, motivacionales, relacionales y conductuales. Hablamos de esquemas gracias a nuestra capacidad de abstraer al límite los distintos fenómenos pertenecientes a los campos citados, hasta llegar a las pautas repetitivas, las invariantes, que caracterizan a las personas, tanto desde el punto de vista genérico –el discurso psicológico-psiquiátrico- como del individual-psicoterapéutico. La apuesta graweana, igual a la de tantas otras teorías, es la de imaginar que allá en lo más profundo del constructo se vislumbran las neuronas en acción. En su terminología, los esquemas que hay en la base de nuestras experiencias y nuestras conductas descansan en los atractores, es decir, aquellos grupos neuronales que alcanzan un predominio relativo sobre los demás hasta determinar el funcionamiento psíquico. Los distintos esquemas/attractores interaccionan espontáneamente entre sí ora excitándose ora inhibiéndose. De lo que se trata en psicoterapia es, precisamente, de saber ver este interjuego e intervenir de tal manera que resulten favorecidos los esquemas sanos, adaptativos, y obstaculizados los desadaptativos, patológicos. Digamos, en fin, que una referencia graweana importante es la obra de William Powers (1989, 1992), un ingeniero de sistemas, físico y astrónomo que aportó valiosas hipótesis de control de sistemas a la biología y psicología. Cuando más arriba se ha aludido a la cognición, emoción, motivación, etc., no se ha incluido la percepción porque hasta ahora esta función permanecía huérfana: ningún gran sistema psicoterapéutico la había propuesto como eje de su enfoque. Las restantes funciones ya habían sido adoptadas: la cognición por la psicoterapia cognitiva, el comportamiento por la psicoterapia conductual, la emoción y la motivación por las psicoterapias experiencial y psicodinámica. Ha sido la psicoterapia general de Grawe –y él señala a Powers como valedor de la idea- la que ha acabado adoptando la percepción como función mental principal de su teoría. Para él es una función encrucijada donde convergen todas las demás y es la que mejor permite explicar, en última instancia, el ser humano como un todo en interacción con los demás congéneres y el medio ambiente. Si para la escuela conductual el comportamiento es lo nuclear, para la cognitiva lo es la cognición, y para la psicodinámica o la humanista lo es lo afectivo-relacional, para la psicoterapia general, en la que por supuesto todos estos ámbitos clave han de ser trabajados conjuntamente, la percepción es el hilo conductor, tanto en el plano teórico que debemos a Powers, como en el terreno práctico. Al respecto, hay que conceder a Grawe que en psicoterapia se vuelve una y otra vez a cómo ve las cosas el paciente, y que en toda relación terapéutica es fundamental el modo en que ambos interlocutores se perciben mutuamente. Que el autor destaque la percepción del resto de funciones psíquicas es también una señal de que intenta privilegiar lo concreto-sensorial y lo neurobiológico por encima de lo metapsicológico. Sin que por ello quede relegada la inferencia abstracta: el término *insight* resulta práctico porque significa a la vez

introspección y mirar dentro de las cosas. A la función perceptiva no sólo la hacen posible los órganos de los sentidos, sino también la conciencia. La percepción en el sentido graweano, que también es la apercepción de los filósofos, no desdeña recientes desarrollos constructivistas: es a la vez recepción sensorial y construcción de realidad.

Otra fuente clave es, para Grawe, la amplia literatura psicológica y humanista en torno a las necesidades básicas de las personas, de la que él mismo destaca a Seymour Epstein. Este autor es conocido por haber desarrollado desde hace décadas un modelo de sí mismo (self) cognitivo-experiencial, debiéndose entender el segundo término del binomio como incluyendo lo emocional y relacional. Es obvio, pues, el punto de partida integracionista de Epstein, al que Grawe también le debe haber optado por tener en cuenta un mínimo de cuatro necesidades humanas básicas de entre todas las posibles –recordemos al respecto listas más largas, como la de Maslow (1998), la más conocida. Así, la psicoterapia general ha de incluir, para que entender y ayudar a las personas pueda ser posible, las siguientes necesidades propias de la condición humana: la necesidad de control y orientación, la necesidad de obtener placer y evitar displacer, la necesidad de apego y vinculación, y la necesidad de aumentar y proteger la autoestima. Obsérvese cómo Grawe relega al segundo puesto el único principio que se esgrime tanto en la teoría psicodinámica –hecha abstracción del instinto de muerte freudiano/kleiniano- como en la del aprendizaje: refuerzo positivo/refuerzo negativo suele correlacionar con placer/displacer. Su psicoterapia general alza como primera necesidad humana básica la necesidad de controlar y orientarse, y en este sentido conecta bien con toda la corriente psicoterapéutica de inspiración humanista-experiencial, cuyos contenidos hay que reconocer que se hallan muy presentes en bastantes terapias de apoyo y en no pocas psicoterapias en principio cognitivas o psicodinámicas. Hay que convenir, con Grawe, que teniendo en cuenta estas cuatro necesidades humanas básicas se cubre prácticamente todas las eventualidades que puedan surgir en psicoterapia. Si en un momento dado hubiera que añadir una o más necesidades – p. ej. la necesidad de moverse o jugar en los niños- a tener en cuenta, no por ello se resentiría el constructo graweano. Lo importante es señalar que, en términos graweanos, los esquemas motivacionales se desarrollan para satisfacer y proteger las necesidades humanas básicas, determinando los objetivos de la actividad psíquica. Para asegurar su buen funcionamiento estos procesos se regulan según el principio de consistencia. La inconsistencia externa es la no satisfacción de las necesidades, y la inconsistencia interna es su obstaculización.

INTENCIÓN VS. EVITACIÓN

Siempre según la teorización graweana, la principal fuente de inconsistencia interna son los esquemas motivacionales de evitación. Surgen como protección ante la amenaza de que las necesidades humanas básicas resulten lesionadas. Cuanto

más haya podido ser vulnerado un individuo en estas necesidades, tanto más dirigirá su psiquismo al objetivo de blindarse y evitar nuevas lesiones. Si, p. ej., la necesidad de apego resulta lesionada, suele desarrollarse un estilo evitativo de vinculación. Entonces situaciones relevantes para dicha necesidad activan al mismo tiempo esquemas de aproximación débilmente desarrollados, o sea conatos intencionales, y esquemas de evitación fuertemente desarrollados. Estos inhiben los primeros, y como resultado se bloquean las experiencias destinadas a satisfacer la necesidad de vincularse. Este tipo de necesidades quedan permanentemente activadas precisamente por no satisfacerse nunca. Las tendencias contrapuestas entre sí de aproximación y evitación quedan trabadas en un esquema de activación/excitación neuronal persistente, que se autoperpetúa: es el conflicto. Su activación es fuente de inconsistencia psíquica.

Los esquemas de evitación (co)determinan los comportamientos y las cogniciones. De las que son evitadas no suele tenerse conciencia, ya que, tal como parece haber demostrado la investigación de las disonancias cognitivas, la conciencia tolera poco la inconsistencia. Contenidos poco consistentes con lo que ya hay en la conciencia no tienen acceso a ella: el ejemplo llamativo es la negación, tan ubicua entre los seres humanos. Por ello si hay intensa evitación, de sus objetivos tampoco se suele tener conciencia: de lo contrario, al evitar se tendría conciencia de lo que se evita. Por consiguiente, suele ocurrir que las personas no sean conscientes de elementos importantes que las determinan. Es en este punto donde Grawe, formado en el ámbito conductual, admite por fin la palabra “maldita”, la represión, entendida como prohibida-la-entrada a la conciencia. Para él es uno de los mecanismos más importantes de aseguramiento de la consistencia psíquica. Después de todo, añadimos nosotros, el propio Freud intercambiaba a voluntad términos que hizo más o menos sinónimos, como represión, evitación, negación, repudiación, etc. El atrevimiento terminológico –y conceptual aun hoy día- de Grawe acaba ahí. Rechaza hablar de inconsciente porque ser consciente de algo no alude a una localización, sino a un modo de funcionamiento psíquico, y entonces la metáfora tópica está fuera de lugar, literalmente. Grawe, una vez más, echa mano de los saberes asentados en la psicología académica y dice que los contenidos psíquicos que evitamos suelen permanecer activos en la memoria implícita, inaccesibles al control consciente y voluntario. El juego entre lo consciente y lo implícito adquiere, en manos de Grawe, un rango importante en la explicación del conflicto humano, sin que en ningún momento se nos antoje sobredimensionado, tal como a veces el juego del consciente y el inconsciente podría parecerlo en manos de autores exclusivamente psicodinámicos.

CONSCIENTE VS. IMPLÍCITO

Durante la vigilia hay dos modos de funcionamiento psíquico, el consciente y el implícito. Hoy día se considera que no tenemos conciencia de la mayoría de

procesos mentales, automatismos destinados a mantener la homeostasis. La pregunta que precisamente se ponen hoy día los investigadores es por qué y cómo una minoría de contenidos mentales pueden acceder a la consciencia, y no al revés, que es lo que ha preocupado tradicionalmente al psicoanálisis. Implícito, por tanto, quiere decir no consciente, aludiendo al mismo tiempo a la memoria implícita, un tipo de rendimiento mnésico del que no nos damos cuenta y que la investigación empírica ha demostrado que es potente y a la vez resistente al deterioro cognitivo. Estos hechos –memoria implícita, memoria declarativa o conceptual, etc.- están disponibles en cualquier buen manual sobre psicología de la memoria. Lo importante es retener que sólo podemos ser conscientes de los contenidos de la memoria conceptual y no de la memoria implícita. En ésta es donde se almacenan nuestras pautas de reacción emocional, nuestra expresividad no verbal. Como postula Grawe, la mayoría de síntomas psicopatológicos se guarda en la memoria implícita. Lo cual determina un único corolario práctico con dos vertientes: i) los síntomas y otros contenidos implícitos de la memoria no son accesibles desde la consciencia abstracta, es decir, de arriba abajo (top down), y por tanto es difícil/imposible que puedan ser evocados ni voluntariamente dirigidos; ii) deberán ser activados de abajo arriba (bottom up) a partir de situaciones concretas: la interlocución “conciencizadora” propia de las psicoterapias, las experiencias correctoras, la terapia de exposición, etc. Para que procesos de los que no se tenga consciencia pasen del funcionamiento implícito al consciente ha de haber una activación mental-cerebral previa de abajo arriba, de lo vivido a lo pensado, que es lo que permite poner bajo el foco de la atención consciente a dichos procesos. Se les liga así a una nueva pauta de excitación neural dotada de la cualidad de lo consciente. A medida que se repita, se amplíe y se diversifique esta nueva pauta mental, aumentará la facilitación neuronal que la hace posible, estabilizándose en el repertorio de conductas. Con ello se habrá logrado que procesos de los que antes se carecía de consciencia pasen al control consciente. Si antes se había evitado activamente tener consciencia de dichos procesos, es decir, si antes se había reprimido tomar consciencia de ellos, para el logro de la concienciación se habrá tenido que superar la correspondiente resistencia.

TRASTORNO MENTAL, INCONSISTENCIA MOTIVACIONAL

La represión/evitación que forma parte del conflicto conduce a la disonancia entre contenidos implícitos y conscientes. El funcionamiento mental ya no va entonces unívocamente dirigido a satisfacer necesidades humanas básicas. Los substratos neurales en conflicto, es decir, la activación de ambos en presencia de inhibición recíproca, da lugar a tensión por la inconsistencia generada. Como ninguna de las pautas de excitación neuronal predomina claramente, se llega a un estado fluctuante entre tendencias contrapuestas de la actividad psíquica, a un elevado nivel de tensión mental. Y en términos de dinámica de sistemas, esto aboca

al mecanismo de autocatálisis propio de las fluctuaciones y por el cual salen reforzadas nuevas pautas de orden en un sistema dado. Éstas, a diferencia de las que están en la base de las motivaciones, no se dirigen a satisfacer necesidades, sino al mal menor de reducir la tensión por inconsistencia. Emergen así las pautas de orden patógenas, o sea las pautas de excitación neural que están en la base de los síntomas psicopatológicos. Son pautas mentales/neuronales de un nuevo orden, es decir, cualitativamente diferentes de las anteriores que las originaron y que bien pueden ser conceptualizadas como atractores de trastorno. Los trastornos mentales se desencadenan, en esta línea de pensamiento, por interacciones motivacionales contrapuestas que generan alta inconsistencia. No llegan a determinar el tipo de trastorno que surgirá, que más bien depende de la predisposición genética y lo epigenéticamente adquirido, condicionado por las diversas situaciones. De ahí que personas con conflictos motivacionales parecidos lleguen a desarrollar trastornos mentales bien diferentes, y que haya quien es a priori vulnerable por diátesis genética y evolución epigenética pero se libra de sufrir trastornos gracias a la protección que le brindan sus esquemas intencionales, con robustez suficiente para llevarle a la satisfacción de sus necesidades.

AUTOCATÁLISIS PATÓGENA

Decíamos que para la dinámica de sistemas, mediante autocatálisis de fluctuaciones las nuevas pautas de orden que resultan reforzadas se convierten en atractores capaces de esclavizar –éste es el término que se emplea- cuantos eventos neuroexcitatorios caigan en su órbita. P. ej., si el ataque de pánico es un atractor de trastorno, una expectativa relacionada con él –pensar en la posibilidad de que sobrevenga el ataque- queda atrapada de tal modo que llega a desencadenar por sí misma el ataque de pánico. El trastorno, como atractor o pauta de orden, se ha hecho funcionalmente autónomo. Obsérvese que el núcleo conceptual de la autocatálisis es, en la aplicación psicopatológica que Grawe propone, el siguiente: que el trastorno ha acabado siendo independiente de los condicionantes originarios. En su existencia ya no depende ahora, necesariamente, de que haya fuerte tensión por determinada conflictiva motivacional. El trastorno mental ha adquirido así una dinámica propia, específica para cada entidad diagnóstica. Ejemplo relacionado con el anterior es la agorafobia, que como atractor de trastorno muestra sus componentes: conducta de evitación, aprensión ansiosa, expectancia catastrofista, insuficiente autoeficacia o sensibilización a indicadores fisiológicos. Estos componentes se han convertido en parámetros funcionalmente independientes capaces de activar, mediante una cascada retroactiva positiva, el atractor en su totalidad. Son ahora estos parámetros los que controlan el atractor de trastorno, y ya no el parámetro inicial, es decir, la tensión por inconsistencia motivacional.

Son estos parámetros específicos de cada trastorno las vías por las que hay que abordar terapéuticamente la sintomatología. La psicoterapia dará resultado en la

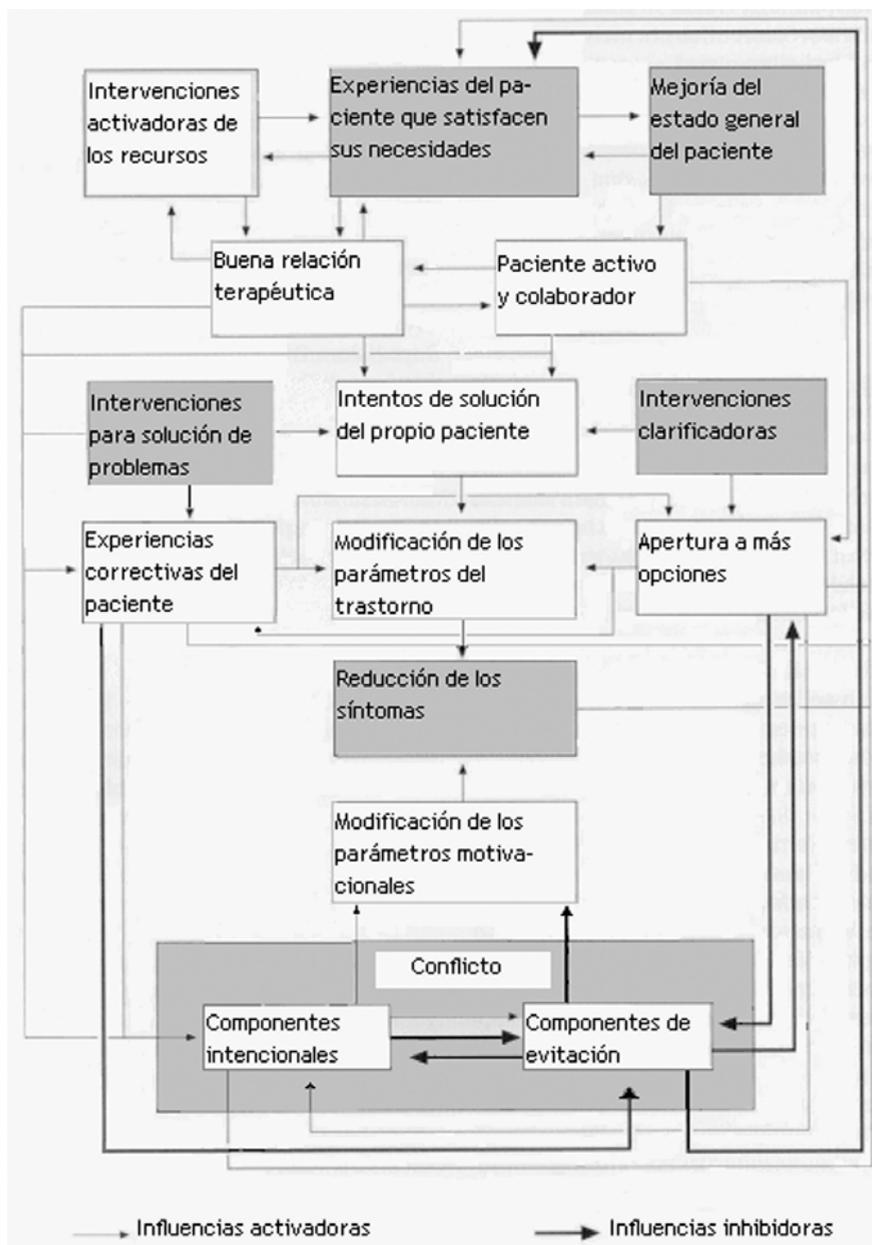
medida en que sea capaz de desestabilizar el atractor de trastorno, la pauta de orden sindrómica. Si (y sólo si) la tensión motivacional ya es residual o inexistente, son los diversos parámetros que componen y controlan el atractor los que han de ser terapéuticamente abordados, es decir, tiene que concentrarse todo el esfuerzo terapéutico en que queden interferidas las condiciones de persistencia que mantienen la dinámica propia del trastorno. Ahí está el fundamento que avala tratar cada trastorno según una metodología específica. Y está claro que en psicoterapia, quienes han avanzado más en este campo de la indicación específica son los autores de orientación cognitivo-conductual, no los de procedencia psicodinámica o experiencial. A los manuales de los primeros, nos dice Grawe, hay que recurrir para abordar, de la forma técnicamente más diferenciada posible, los distintos trastornos. De las ideas de los segundos habrá de venir la inspiración necesaria para tratar, en psicoterapia, el intrincado ovillo de los conflictos motivacionales.

TRATAR Y CLARIFICAR

Es evidente que una persona que padece un trastorno puede albergar inconsistencias y tensiones motivacionales capaces de erigirse en la condición de persistencia del trastorno. En términos graweanos diremos que junto a los parámetros específicos del trastorno que acabamos de ver, tenemos también los parámetros motivacionales individuales. Ambos grupos de parámetros condicionan y controlan el trastorno como atractor. En estos casos la psicoterapia habrá de dirigirse a desestabilizar ambos tipos de parámetros, y el método general de abordar terapéuticamente los conflictos motivacionales, en aras de disminuir la inconsistencia volitiva por ellos generada, será favorecer los vectores intencionales y neutralizar el efecto de bloqueo proveniente de la evitación/represión. Siempre que el psicoterapeuta vea que su paciente no tiene consciencia de albergar un esquema de evitación que le está bloqueando, aquél deberá intentar clarificar estos aspectos, para que el paciente se dé cuenta, es decir, se vuelva consciente de lo que está negando o evitando. Cuando el paciente ya es consciente de los esquemas de evitación que le obstaculizan la satisfacción de sus necesidades, entonces hay que trasladar el peso de la intervención terapéutica a la solución de los problemas. Con tal tipo de realizaciones concretas también se estarán facilitando las asociaciones mentales-neuronales que favorecen lo intencional, lo propositivo, y se estará inhibiendo el componente de evitación que hay en los conflictos. Ambos tipos de intervención terapéutica, la clarificadora y la solucionadora de problemas, nos dice Grawe que debiera estar siempre flanqueada por las técnicas cognitivo-conductuales hoy día asentadas específicamente para cada trastorno, puesto que los parámetros condicionantes de la sintomatología terminan por funcionar independientemente de los parámetros motivacionales.

Según esta teorización, el nivel de inconsistencia de la actividad psíquica es el criterio más importante para indicar diferencialmente una psicoterapia orientada

específicamente al trastorno o a la elaboración del conflicto. Según Grawe, ante un trastorno específico sin indicios de elevada inconsistencia en la actividad mental, tratar para reducir los síntomas tiene buen pronóstico. Si en cambio hay indicios de un campo motivacional inconsistente, además de lo anterior habrá de abordarse la conflictiva individual mediante intervenciones clarificadoras y resolutorias de



problemas que, lejos de estar contraindicadas para el trastorno, pueden favorecer globalmente el bienestar del paciente por medio de una mejor satisfacción de sus necesidades y, en definitiva, contribuir a la mejoría clínica.

Para Grawe, la presencia de comorbilidad es una prueba de la existencia de inconsistencia motivacional. Esta tensión deviene, a su vez, el terreno abonado para que surjan los trastornos. Los trastornos precedentes funcionan como verdaderos *constraints*, es decir, condiciones de existencia de sucesivos trastornos. En esta línea se entiende que la presencia de trastornos ansiosos predisponga hacia la aparición de trastornos depresivos. La aparición de cada nuevo trastorno obedece a que el sistema pretende reducir un nivel de tensión excesivo. Es una patogenia que puede sintetizarse así: se produce un refuerzo diferencial de una nueva pauta de orden, de un nuevo atractor –el síntoma, el síndrome- que funciona como válvula de escape de la tensión acumulada por excesiva inconsistencia motivacional. Resuelve así el exceso de tensión a corto plazo, pero no es una buena solución a largo plazo porque en el sistema van proliferando síntomas y síndromes a causa de dicha patogenia. Se genera una espiral de comorbilidad. Por lo tanto, en presencia de comorbilidad psiquiátrica hay que poner atención a indicadores de un posible estado motivacional inconsistente. Si se concluye que sí existe dicho estado, entonces -indica Grawe- el tratamiento del conflicto psíquico tiene prioridad sobre el tratamiento específico de los trastornos. Y en ningún caso habrá de limitarse el tratamiento a esto último.

LOS TRES COMPONENTES DE LA PSICOTERAPIA GENERAL

El postulado que se infiere de todo lo expuesto es el siguiente: que lo que puede lograr la psicoterapia es devolver la consistencia al funcionamiento mental del paciente. Ayuda al individuo a vivir más en consonancia con sus necesidades. Disponemos de tres vías de abordaje terapéutico para conseguirlo:

1. Activación y refuerzo de recursos preexistentes, esto es, facilitación de los esquemas intencionales.
2. Reducción de la inconsistencia por desestabilización de los atractores de trastorno; recuérdese que estos han desencadenado una dinámica propia por haberse lesionado una o más necesidades humanas básicas. Desestabilizar el trastorno quiere decir dejar libre el camino para que lo que determine el funcionamiento mental sean los esquemas intencionales ligados a las necesidades, y no el blindaje evitacional de las necesidades vulneradas.
3. Reducción de la inconsistencia por inhibición de lo evitacional y facilitación simultánea de lo intencional; recuérdese que ambos componentes constituyen, en esquema, el conflicto. Por esta vía se puede llegar a satisfacer mejor las necesidades humanas básicas.

Por lo tanto, el psicoterapeuta dispone de tres maneras de influir en su paciente,

tal como se esquematiza en la figura . Es un modelo tripartito de psicoterapia, que en terminología graweana puede resumirse así:

1. Activación de recursos: los esquemas intencionales preexistentes, es decir, los recursos del paciente, deben ser activados con la mayor intensidad y frecuencia posible, para favorecer su influencia en el funcionamiento mental –esto es lo que significa el término facilitación. En el esquema 2 es lo ilustrado en su tercio superior.
2. Intervenciones específicas en cada trastorno: de lo que se trata es de debilitar las pautas de orden problemáticas que hay en el funcionamiento psíquico del paciente. Lo que podemos abordar de dos maneras: comenzando por los atractores de trastorno o por los esquemas de evitación. Puede disminuirse la influencia de dichos atractores sobre el funcionamiento mental modificando los parámetros que controlan específicamente los trastornos, es decir, mediante intervenciones terapéuticas específicas para cada trastorno. Es lo que ilustra el tercio medio del esquema 2.
3. Elaboración de conflictos: Las otras pautas de orden problemáticas son esquemas de evitación disfuncionales. Ocupan el campo motivacional del individuo y contribuyen a funcionar como parámetros que controlan también la sintomatología. Puede debilitarse su influjo mediante intervenciones terapéuticas de tipo solución de problemas y/o clarificación. Ilustrado en el tercio inferior del esquema 2.

Está claro que los mejores resultados psicoterapéuticos se lograrán activando simultáneamente estos tres componentes. También puede reformularse -esta vez según un modelo bipartito también explicitado por Grawe- como que *lo más eficaz en psicoterapia es combinar sinérgicamente intervenciones activadoras de recursos y elaboradoras de problemas*. Obsérvese la importancia que da el autor al tema de la activación de los recursos preexistentes en cada paciente y también cómo aglutina en uno solo los conceptos de elaboración de conflictos y solución de problemas; en él también está implícito el de actualización de problemas del primer modelo graweano, cuatripartito, que vimos al comienzo. Enfatiza el autor: cuanto más se activen los esquemas intencionales del paciente, menor será su influencia en las pautas de orden problemáticas. Cuanta menor influencia tengan los atractores de trastorno y de evitación, tanto mayor espacio habrá para el desarrollo de esquemas intencionales, es decir, para que se produzcan, con eficacia progresiva, intentos de satisfacer las necesidades básicas propias de todo ser humano.

Puede decirse, por tanto, que a partir de postulados y conocimientos extraídos de la psicología académica, la psicoterapia general propone el uso sinérgico de la solución de problemas y la clarificación, del abordaje específico de los trastornos y la elaboración de los conflictos individuales. Desde este punto de vista integracionista, la separación de ambas orientaciones, todavía imperante en psico-

terapia, no se sostiene, está científicamente superada, carece de fundamento. No se halla en la naturaleza de los fenómenos terapéuticos que vemos en clínica. Los conocimientos actuales de proveniencia empírica, nos intenta persuadir Grawe, son una razón aplastante para adoptar el monismo de una psicoterapia general avalada por la investigación en psicoterapia, en psicología y en neurociencias.

Para concluir esta breve exposición de la propuesta graweana, que en sus detalles –cómo ha de ser la práctica cotidiana de la psicoterapia, qué contenidos ha de haber en la formación y acreditación del psicoterapeuta, cómo debería ser la asistencia psicoterapéutica pública, etc.- es realmente exhaustiva y que está disponible en las citas de la bibliografía adjunta, el propio autor emplea la siguiente metáfora (Grawe, 2000). A la vista del creciente interés por integrar las grandes perspectivas de la psicoterapia –cognitiva, conductual, experiencial, psicodinámica, multicultural- puede decirse que la aproximación de posturas ya es un hecho. Cuando las personas acercan posturas ocurre a veces que surge una realidad nueva: nace con rasgos propios y al mismo tiempo suele entrecruzarse quiénes la han generado. Posiblemente deparará grandes alegrías a los progenitores durante su desarrollo inmediato y futuro. La psicoterapia general todavía es un retoño demasiado joven para una generación de padres aprisionados por el pensamiento de sus respectivas escuelas. No está claro si en este momento hay que ver la psicoterapia general en *status nascendi* o como recién nacido. Lo que sí está claro es que dispone de múltiples progenitores. Hay que esperar que la quieran como a un hijo y no ahorren esfuerzos para que alcance su mayoría de edad científica.

Se revisa, por vez primera en español, la psicoterapia general de K. Grawe, centrándose en su núcleo teórico. Se posiciona frente al pensamiento de escuela y las adscripciones personales y promueve los conocimientos basados en la investigación. Se reformulan aspectos psicológicos clave como la motivación y la acción, la percepción y las necesidades humanas básicas, la intención y la evitación, el funcionamiento consciente y el implícito, o la solución de problemas y la clarificación. Se introducen en psicoterapia conceptos como inconsistencia motivacional, autocatálisis patógena o atractor/pauta de orden. La psicoterapia general identifica tres factores de cambio: activación de recursos, intervenciones específicas de trastorno y elaboración de conflictos. Versiones anteriores incluían la actualización de problemas, mientras que la puesta al día más reciente se resume en una definición: la psicoterapia es efectiva si combina sinérgicamente intervenciones activadoras y elaboración de problemas. La psicoterapia general de Grawe, internacionalmente conocida, se considera el esfuerzo teórico europeo más relevante en integración psicoterapéutica.

Palabras clave: *psicoterapia general, integración, K. Grawe*

Referencias Bibliográficas

- ALFORD, B.A., BECK, A.T. (1997) *The integrative power of cognitive therapy*. Nueva York: Guilford
- BECK, J.S. (1995) *Cognitive therapy: basics and beyond*. Nueva York: Guilford
- BOOK, H.E. (1998) *How to practice brief psychodynamic psychotherapy: the core conflictual relationship theme method*. Washington DC: American Psychological Association
- CORSINI, R.J., WEDDING, D. (eds) (2000) *Current psychotherapies* (6° ed). Itasca (IL): F.E. Peacock
- EGAN, G. (1997) *The skilled helper: a problem-management approach to helping* (6° ed). Pacific Grove (CA): Brooks/Cole
- ELLIS, A., MACLAREN, C (1998) *Rational emotive behavior therapy: a therapist's guide*. San Luis Obispo (CA): Impact
- EPSTEIN, S., MORLING, B. (1995) Is the self motivated to do more than enhance and/or verify itself? En Kernis, M.H. (ed) *Efficacy, agency and self-esteem*. Nueva York: Plenum Press
- GARFIELD, S.L. (1992) Eclectic psychotherapy: a common factor approach. En Norcross JC y Goldfried MR (eds) *Handbook of psychotherapy integration*, Nueva York: Basic Books
- GREENBERG, L.S., RICE, L.N., ELLIOT, R. (1993) *Facilitating emotional change: the moment-by-moment process*. Nueva York: Guilford
- GRAWE, K. (2000) Allgemeine Psychotherapie. En Senf, W., Broda, M. (eds) *Praxis der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme
- GRAWE, K. (1998) *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe
- GRAWE, K., DONATI, R., BERNAUER, F. (1998) *Psychotherapy in transition: from speculation to science*, Göttingen: Hogrefe
- GRAWE, K., DONATI, R., BERNAUER, F. (1994) *Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession*, Göttingen: Hogrefe
- HECKHAUSEN, H., GOLLWITZER, P.M., WEINERT, F.E. (eds) (1987) *Jenseits des Rubikon. Der Wille in den Humanwissenschaften*. Berlin: Springer
- LAZARUS, A.A. (1992) Multimodal therapy: technical eclecticism with minimal integration. En Norcross, J.C., Goldfried, M.R. (eds) *Handbook of psychotherapy integration*, Nueva York: Basic Books
- LAZARUS, R.S. (1991) *Emotion and adaptation*. Nueva York: Oxford University Press
- LUBORSKY, L., CRITS-CHRISTOPH, P. (1997) *Understanding transference: the core conflictual relationship theme method* (2ª ed). Washington DC: American Psychological Association
- MASLOW, A.H. (1998) *Toward a psychology of being* (3ª ed). Nueva York: John Wiley & Sons
- NORCROSS, J.C., GOLDFRIED, M.R. (1992) *Handbook of psychotherapy integration*. Nueva York: Basic
- ORLINSKY, D.E., GRAWE, K., PARKS, B.K. (1994) Process and outcome in psychotherapy. En Bergin AE, Garfield SL (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, Nueva York: John Wiley
- PONTEROTTO, J.G., CASAS, J.M., SUZUKI, L.A., ALEXANDER, C.M. (1995) *Handbook of multicultural counseling*. San Francisco: Jossey-Bass
- POWERS, W.T. (1989 y 1992) *Living control systems*. I y II. Gravel Switch (KY): Control System Group
- PROCHASKA, J.O., NORCROSS, J.C. (1999) *Systems of psychotherapy: a transtheoretical approach* (4ª ed). Pacific Grove (CA): Brooks/Cole
- RYLE, A. (1987) Cognitive psychology as a common language for psychotherapy. *Integrative and Eclectic Psychotherapy* 6
- SOLE PUIG, J. (2001) Neurobiología de la conciencia. *Jano* 61 (1047): 74-75
- SOLE PUIG, J. (2000) La investigación en psicoterapia *Archivos de Psiquiatría* 63 (2): 97-102
- SOLE PUIG, J. (1995) ¿Qué es y dónde está la psicoterapia interpersonal? *Revista de Psicoterapia* 6 (22-23): 141-159

CLAVES PARA LA UNIFICACIÓN DE LA PSICOTERAPIA: (MAS ALLÁ DE LA INTEGRACIÓN)

Héctor Fernández-Alvarez

Fundación Aiglé. Virrey Olaguer y Feliú 2679 (1426)

Buenos Aires. Argentina. E-mail: fundación@aigle.org.ar

In the last three decades psychotherapy has expanded trying to offer responses to the growing demands for assistance, generated by the worsening of life conditions. Nowadays we count on many and varied options.

This work explains the scopes and limitations found in the integrative movement proposal and presents the grounds for the unification in psychotherapy based on the assistance demand, the research interests and the critical problems of the clinical practice.

The research focused on the patient represents the mayor effort achieved to overcome the gap between efficacy and efficiency studies. The models that emerge from this orientation are not centered in promoting a theoretical perspective nor any particular menu of techniques. They are directed to identifying principles that will help to find combinations between patients and therapists that will allow a better prediction of therapeutic results.

The psychotherapy model applied en Aiglé es described in this article. This model shares the general principles with those models that follow a methodology aimed at improving the treatment results through sessions monitoring and giving the appropriate information to the therapists in order to guide the therapy consecutive steps.

Key words: Psychotherapy – integration – unification

Introducción

La situación de la salud mental en el mundo atraviesa, de acuerdo con los informes de los organismos internacionales pertinentes, un dramático empeoramiento, algo comprensible dadas las tortuosas circunstancias que afectan las condiciones de vida en la actualidad. Ningún espíritu sensible deja de percibir el desequilibrio socio-ecológico existente y de asociarlo con la arrolladora escalada de la violencia, la incertidumbre que pesa sobre el futuro y la fragilidad que se observa en los sistemas de creencias contemporáneos. Las tasas de prevalencia

epidemiológica que se anuncian en los medios científicos y en las publicaciones de opinión pública no cesan de crecer. Las personas afectadas por episodios depresivos, angustiosos y por secuelas de condiciones traumáticas se multiplican en todo el mundo (WHO, 2001). Los volúmenes relativos y las formas específicas que adoptan las perturbaciones mentales varían de acuerdo con las características de cada sociedad, pero el incremento de dichos trastornos es un fenómeno general que no se detiene. Junto a él progresa, aunque no necesariamente de manera directa, la demanda de asistencia.

La contracara de este alarmante fenómeno es la proliferación de propuestas que se ofrecen para hacer frente a la situación. La psicoterapia es una de ellas y viene llevando a cabo una activa campaña de promoción que se suma a las de la psicofarmacología, los grupos de auto-ayuda, los programas de acción social, las prácticas religiosas y de meditación entre otras. Cada una de estas ofertas no expresa solamente una formulación de teorías o de principios. Está impulsada y respaldada, muchas veces, por organizaciones que defienden intereses sectoriales y económicos muy poderosos, lo que enrarece el tono de la discusión. Es imprescindible apoyar un debate centrado en criterios de racionalidad que recupere el valor de la prueba científica y de la ética de procedimientos como ejes sobre los cuales tomar decisiones en el campo de la salud que afectan profundamente a la sociedad.

La psicoterapia se ha expandido a gran escala, especialmente en los últimos treinta años. Un creciente porcentaje de la población mundial, de todas las edades y sectores sociales se inclinó desde finales del siglo pasado a considerar la psicoterapia como una manera adecuada de obtener alivio para sus síntomas, resolver sus problemas o elaborar sus conflictos personales. La expansión de su demanda ha sido el resultado de un conjunto de factores, siendo dos los sobresalientes. En primer lugar, la ancestral disposición del ser humano a buscar en el diálogo con el otro el alivio para sus pesares o el estímulo para su crecimiento personal, encontró en esta práctica una expresión renovada que proclama, además, ser poseedora de buen sostén científico. En segundo lugar, el hecho de que los instrumentos que los psicoterapeutas fueron lanzando al mercado demostraron una aceptable relación de costo/beneficio para sus potenciales usuarios.

Al internarnos en el mundo de la psicoterapia lo primero que constatamos es que constituye un territorio de enorme vastedad, con un paisaje variopinto habitado por un número creciente y heterogéneo de participantes, tanto de consumidores como de prestadores. Siendo enorme la diversidad de formatos que adopta, algunos de sus procedimientos resultan muy costosos, pero también ha desarrollado una gran cantidad de programas que, merced al empleo de tecnologías cada día más sofisticadas, se muestran capaces de brindar, a bajo costo, beneficios para amplios sectores de la población.

Las opciones de psicoterapia que se ofrecen son muchas y pueden adoptar agudos contrastes. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado?, es la pregunta que se

hacen los pacientes cuando sienten necesidad de pedir ayuda, los sistemas de salud cuando evalúan la contratación de servicios, los jóvenes profesionales que quieren obtener formación básica y entrenamiento y los terapeutas con experiencia cuando revisan sus aplicaciones con el propósito de mejorar su trabajo. En consonancia con ello ha tenido lugar, durante ese mismo período, una creciente preocupación por investigar sus resultados, la estabilidad que tienen y las condiciones en que se producen. ¿Qué terapia funciona mejor, para qué pacientes, en qué circunstancias? Ha sido la forma que tomó la pregunta que englobó esas inquietudes.

Los terapeutas constituyen en la actualidad un nutrido contingente, no necesariamente uniforme. La diversidad de sus quehaceres es tan marcada que con bastante frecuencia se plantean dificultades respecto de los límites de su ejercicio. Si nos atrevemos a avanzar en esta cuestión soslayando el espinoso tema de la pertinencia de la disciplina (evitando aspectos muy críticos como la legitimación científica y la acreditación profesional), el universo de la psicoterapia conserva muchos aspectos controvertidos, suficientes para provocar fuertes dolores de cabeza a quienes intentan hallar algún orden en él. En su dominio reina una enorme proliferación de modelos (más de 400 según algunas estimaciones), traducida por una gran multiplicidad de técnicas e intervenciones disponibles.

Panorama de la integración

Unos veinte años atrás, coincidiendo con el madurar de la conciencia de los terapeutas sobre estos hechos, surgió un movimiento que se dedicó a explorar las posibilidades de la integración en este campo. Las circunstancias que rodearon su nacimiento y las vicisitudes que atravesó en los años que siguieron están bien documentadas (Goldfried & Newman, 1992). La integración de la psicoterapia ha sido desde entonces uno de los puntos de debate que más polémicas ha suscitado en estos años. Todavía hoy sigue siendo un eje de fuertes discusiones y, al mismo tiempo una referencia inevitable a la hora de describir el estado de la cuestión en esta materia.

El movimiento “integrativo” ha tenido tanto muchos defensores como detractores. En el primer grupo se incluyeron, principalmente, aquellos que no comulgaban en forma muy ferviente con ningún enfoque en particular mientras que entre los ortodoxos (prescindiendo de la escuela de pensamiento a la que pertenecieran) surgieron los críticos más ácidos de esta propuesta. Los partidarios de la integración formaron rápidamente un nutrido conjunto surgido entre aquellos profesionales que no estaban enrolados dentro de asociaciones correspondientes a enfoques específicos de terapia o que tenían una débil inserción en ellas. Un importante porcentaje de la población de terapeutas se identificó con ese movimiento debido a que veían en él la convalidación de lo que de hecho venían practicando en su labor cotidiana.

Diversos autores se dedicaron a la difícil tarea de formalizar dicha propuesta (Villegas, 1990, 1995). Pero no tardó en verificarse que los intereses que los

agrupaban eran, también, marcadamente heterogéneos. Al menos tres perspectivas diferentes encontraron la atención: a) el principio de los factores comunes, b) el eclecticismo técnico y c) la integración teórica (Arkowitz, 1997). Además, las propuestas incluidas dentro de los últimos dos grupos también mostraban fuertes diferencias entre sí.

Los detractores atacaron el movimiento denunciando una aparente falta de pureza metodológica y epistemológica. El principio de los factores comunes, el más genérico de los tres modos de abordar la nueva propuesta resultó el más aceptado y compartido y terminó convirtiéndose en un mojón de la disciplina. Las otras dos corrientes, en cambio, recibieron fuertes críticas. El eclecticismo, por la manera en que relega los enunciados metateóricos a favor de la pragmática de las operaciones. Pero el foco de la contienda se concentró en la tercera modalidad, la integración teórica. El núcleo argumental de la crítica hizo centro en la supuesta inconsistencia conceptual a que conduce todo intento por reunir premisas cuya procedencia sea atribuible a diferentes marcos teóricos.

Los promotores de la integración proclamaron el valor de la flexibilidad frente a la rigidez de las ortodoxias. Los opositores, en cambio, recalcaron la necesidad de preservar la estrictez frente a lo que consideraban una actitud laxa e inconsistente de procedimientos. El debate estuvo, en muchas oportunidades, fuera de foco, demasiado inclinado más sobre los aspectos políticos que sobre las cuestiones científicas. Una prolongación no suficientemente explorada que tuvo dicha confrontación estuvo ligada con la aparición de los manuales de tratamiento. Los promotores de la integración adoptaron una posición crítica de esa modalidad, defendiendo una concepción de la psicoterapia hecha a media de los usuarios.

Han pasado varios años y el debate continúa. Ninguna postura ha reunido hasta el momento los elementos suficientes que puedan presentarse como pruebas irrefutables en su favor. Los modelos tradicionales siguen existiendo, habiendo registrado en estas últimas décadas significativos cambios en su cuerpo teórico y en sus aplicaciones. Uno de los ejemplos más ilustrativos es el del psicoanálisis, generador de un gran número de variantes, lo que a su vez agitó, vivamente, la discusión en su interior respecto de la naturaleza y los límites de esa disciplina. Los enfoques sistémicos, aglutinados en buena medida en torno a la terapia familiar, han asistido también a una significativa evolución. Al mismo tiempo, hemos asistido a la génesis y el desarrollo de nuevas modalidades de psicoterapia como los enfoques constructivistas y las terapias narrativas (Neimeyer & Mahoney, 1995).

El enfoque cognitivo ocupa un lugar especial en este desarrollo. Se ha afirmado que es poseedor de un poder integrador para la psicoterapia (Alford y Beck, 1997) y aunque esa misma afirmación merece una discusión profunda, existen muchas razones para suponer que es el modelo con propiedades más firmes para aglutinar una perspectiva integradora. Dos de sus características parecen reunir ese carácter: la naturaleza procesal de sus enunciados teóricos y su configuración

epistemológica, situada en una óptica que trasciende los enunciados de los enfoques clásicos.

¿Qué balance puede hacerse de esta evolución? ¿En qué situación nos encontramos hoy? Se presenta a continuación una evolución de sus aportes, lo que permite examinar la situación que afronta actualmente el campo de la psicoterapia en general. Previamente conviene establecer algunas precisiones.

En primer lugar es importante descentrar el tema de las cuestiones de política institucional de que está rodeado. Los argumentos a favor de la integración no deben verse como un ataque a los enfoque clásicos sino como una genuina voluntad para mejorar los resultados de los tratamientos. Quienes abogan a favor de de la integración deben complementar esa postura mostrando una disposición tolerante para impedir que cualquier intento de totalitarismo ideológico se aloje secretamente en sus intenciones. A favor de esas actitudes, es imprescindible protegerse de la siempre peligrosa tendencia a sacralizar las palabras. El término “integración” ha padecido, en este sentido, una penosa historia. Con mucha ligereza se hizo referencia a él como una necesidad imperiosa o como una imposibilidad. Dicha liviandad provino, por lo general, de perder de vista la perspectiva en que el problema debe ser dilucidado: la experiencia clínica.

En segundo lugar y remitiéndonos a las pruebas empíricas, la literatura no informa, hasta el momento, de que exista superioridad sistemática al comparar programas integrativos con enfoques específicos de terapia. Por ejemplo, no consta que esos enfoques terapéuticos arrojen resultados superiores frente a modelos de orientación puramente cognitiva o dinámica cuando se aplican al tratamiento de las afecciones que concentran la mayor cantidad de demandas como son las reacciones depresivas y de ansiedad. Como contrapartida, en algunas situaciones clínicas, como en el caso de los trastornos de la personalidad, existe amplio consenso de que los abordajes integrativos permiten alcanzar resultados más exitosos (Belloch y Fernández Alvarez, 2002). Esto significa, en definitiva, que todavía es mucho lo que queda por hacer para arribar a alguna conclusión sobre las ventajas comparativas para distintas condiciones de tratamiento.

En tercer lugar, es fundamental recordar que este tema no habrá de decidirse en función de los intereses sectoriales de los terapeutas sino que habrá de responder a los requerimientos de la sociedad en materia de salud. Con frecuencia los psicoterapeutas mostramos no haber alcanzado un grado suficiente de desprendimiento egocéntrico y continuamos declamando predicados de verdad sobre la naturaleza humana y, especialmente, sobre los caminos que conducen a la felicidad como si fuéramos poseedores de un conocimiento que nos permite ejercer ese poder. La evolución de la psicoterapia es un ejemplo notable de todo lo contrario. Nuestra misión no es pontificar verdades sino proveer un diálogo que haga factible encontrar nuevos significados a viejas cuestiones (Fernández-Liria, 2000).

Al hacer una síntesis de los principales hitos que marcan la evolución de la

psicoterapia en los últimos veinte años, no puede dejarse de lado la marca impresa por el debate en torno a la integración. Es legítimo afirmar que, en este momento, dicha integración es una realidad que se ha consolidado en el plano de las actitudes científicas y profesionales, aunque todavía es una meta distante en el plano modelístico, en pleno proceso de transformación. Su presencia en el panorama actual de la disciplina puede ilustrarse en estas notas:

- 1) La propagación de la corriente que apoya la integración se observa como un fenómeno compartido por la comunidad de profesionales en relación con la práctica en general y, de manera más pronunciada, se hace manifiesta en áreas específicas como en el tratamiento de los trastornos severos. Además, algunos de los programas terapéuticos que más difusión alcanzaron en los últimos años como la Terapia Dialéctico Conductual (Linehan, 1993) y el E.M.D.R. (Norcross & Shapiro, 2002) evolucionaron como enfoques declaradamente integrativos.
- 2) En el plano conceptual, la integración se ha ido concretando de manera progresiva a medida que las instituciones académicas y asistenciales confluyen psicoterapeutas de diferentes orientaciones. Al mismo tiempo, en los eventos científicos de la especialidad, las membranas que separaban a los distintos modelos se han ido aflojando y esos encuentros son, hoy en día, una ventana en la que se observa una fuerte vocación que procura la traducción recíproca de los enunciados teóricos. Finalmente, el entrenamiento es cada día más pluralista, como un medio para garantizar una mayor representatividad de las prácticas que pueden ofrecerse.
- 3) Algunos modelos de integración con un elevado grado de sistematización han alcanzado importantes desarrollos y vienen aplicándose en diferentes contextos culturales. Por ejemplo, la terapia Cognitivo-Analítica (Ryle, 1990) con importantes aplicaciones en Gran Bretaña y España y el modelo supraparadigmático (Opazo Castro, 2001) desarrollado e implementado en el ámbito chileno.
- 4) Ninguna propuesta integrativa logró hasta el momento el grado de formalización teórica y de comprobación empírica requerido para pretender la generalizabilidad de sus aplicaciones. Continúa abierto el debate acerca de la posibilidad de que la psicoterapia acceda a un modelo con esas características y parece estar muy lejos de ello.

El camino hacia la unificación

La idea de integración estuvo durante ese período presente, además, en otro tipo de propuestas situadas en un ángulo que trascendió la confrontación de enfoques o teorías y que alcanzaron amplia legitimación por parte de los terapeutas en general. Tomamos tres ejemplos que han cubierto campos muy disímiles de interés. El Modelo Genérico de la Psicoterapia desde su primera hasta su última

versión (Orlinsky & Howard, 1986; Orlinsky, Ronnestad & Willutzky, 2003) ofreció una verdadera cartografía que permitió identificar las principales variables que intervienen en la práctica. El Modelo Transteórico (Prochaska & Norcross, 2003) ofrece un panorama general para la aplicación diferencial de procesos de cambio específicos que se ajustan a un motivo de consulta o problema determinado. El programa de habilidades para brindar ayuda (Hill & O'Brien, 1999) es un compacto repertorio de los diversos componentes que puede emplear cualquier experto en el campo asistencial.

¿Qué puede esperarse que ocurra desde esta perspectiva con el futuro de la psicoterapia? Hemos reseñado algunos datos que muestran de manera elocuente que la integración se ha extendido, en cierto grado, por todo el suelo de esta práctica. Las propuestas vigentes hasta el momento pueden mejorarse y aumentar su validez, pero más que apostar a ello, un nuevo panorama se abre a partir de ahora: debemos prepararnos para abordar una instancia situada más allá de la integración. La psicoterapia comienza a moverse en dirección a la unificación de su territorio. Lo ilustramos con tres aspectos en los que se verifica la importancia de propiciar esa actitud y donde pueden observarse con claridad sus ventajas. Se refieren a tres áreas vitales: la demanda asistencial, los intereses de la investigación y los problemas críticos de la clínica.

La Concentración de la Demanda

El hecho de que la psicoterapia se constituyó en un servicio al que las personas recurrieron de una manera creciente en los últimos veinte años condujo a un acelerado fenómeno de concentración en el gerencia de sus prestaciones. Organizaciones públicas y privadas se dedicaron a administrar una demanda que antes contrataban los profesionales en forma independiente. Como resultado de ello, las instituciones se enfrentaron a necesidades que no habían tenido con anterioridad: requerían disponer programas de amplio espectro capaces de responder a un abanico muy amplio de motivos de consulta y contar, además, con un numeroso plantel de profesionales en el sistema, lo que volvía compleja la regulación y la supervisión de los procesos terapéuticos. Emplear métodos de trabajo con prácticas unificadas parece encajar de manera óptima con esas necesidades.

El rendimiento de los programas terapéuticos pasó a ser una prioridad para las terceras partes que ocuparon un papel central en ese proceso de concentración. La relación costo/beneficio se constituyó en una prioridad de las organizaciones, lo que tuvo efectos tanto negativos como positivos. Los primeros afectan, como en otros ámbitos de la salud, a la accesibilidad de las prestaciones y a la libertad de los profesionales. Los efectos positivos se vieron en haber potenciado el reclamo para aumentar la efectividad de la terapia, dando impulso sostenido a la investigación.

La Investigación Empírica

Recién a fines de los años 70 la psicoterapia comenzó a desplegar una activa tarea de investigación basada en datos empíricos. No es de extrañar que el interés por la integración sea coetáneo de ese movimiento, pues los primeros hallazgos sirvieron para fortalecer la hipótesis de los factores comunes, desconfirmando la superioridad que cada modelo en particular se atribuía con anterioridad. La labor de los investigadores aportó un buen caudal para el molino de la integración al ofrecer pruebas sostenidas sobre el peso de los factores inespecíficos. El territorio de la psicoterapia se conmovió ante la publicación de datos informando que todas las prácticas efectivas compartían ciertos elementos básicos que trascendían el modelo teórico empleado.

Pero la investigación y la integración se habrían de complementar aún más en un momento posterior cuando comenzó a estudiarse de manera regular los logros diferenciales entre los distintos enfoques. La confrontación entre modelos y, especialmente, entre técnicas, buscando establecer qué procedimiento es el que mejor funciona para situaciones clínicas específicas generó las condiciones para homologar los modos de presentación de datos y resultados, que las organizaciones académicas y las sociedades científicas se encargaron de concretar.

Los casos “difíciles”

La psicoterapia había encontrado las pruebas que necesitaba para vencer la sospecha de su falta de efectividad realizando investigaciones sobre las situaciones clínicas más habituales y más fáciles de delimitar. No es de extrañar que buena parte del prestigio que obtuvo se apoyó en el trabajo con los pacientes depresivos. También en el territorio de la ansiedad.

Cuando esa base de certeza estuvo consolidada comenzó a buscar confirmación en otros terrenos de la clínica. Algunas entidades mucho más difíciles de tratar como los trastornos de personalidad y otras perturbaciones muy resistentes obtuvieron prioridad en esa nueva etapa. Las personalidades límite y los trastornos obsesivo-compulsivos son algunos de los casos más destacados. Se apostó paulatinamente a un nivel de mayor complejidad. Fueron dibujándose en el horizonte de esta práctica lo que hoy en día se dan en llamar “casos difíciles” (Hanna, 2002).

Dicho concepto, algo vago por cierto, se refiere a situaciones cuyas propiedades principales son la complejidad, la cronicidad, el largo alcance de las consecuencias negativas que producen y la elevada resistencia al cambio que presentan los pacientes que las padecen. Por todo ello, el abordaje requerido contempla la necesidad de intervenciones multinivel y la posibilidad de contar con un repertorio más amplio y diversificado de técnicas, incluyendo alguna forma de trabajo interdisciplinario.

Una nueva Vuelta de Tuerca en el camino hacia la Unificación: la investigación enfocada en el paciente.

A medida que transcurrieron los años, la investigación en psicoterapia se fue diversificando aceleradamente. A los estudios de resultados se agregó la exploración de los procesos terapéuticos. Esta nueva corriente se afinó progresivamente hasta llegar a la disección de unidades mínimas o microprocesos de la terapia. En el campo de la metodología se fueron mezclando estudios cuantitativos con otros de carácter cualitativo. Los estudios basados en la selección de muestras y pruebas al azar y los diseños de caso único son los ejemplos prototípicos de ambos abordajes. La investigación se bifurcó en dos caminos: los estudios de eficacia y los de efectividad. La distancia entre ambos marcó una de las mayores dificultades de la disciplina e importantes voces alertaron sobre el peligro de dicha disociación y sobre la necesidad de hallar una solución a la misma (Nathan, 2000).

Esa demanda se plasmó de varias maneras. Una de fundamental importancia se concretó con la aparición de una potente corriente de investigación de nuevo signo, enfocada sobre el paciente. Se trata de una tendencia de amplio espectro, centrada en el análisis de la psicoterapia como un proceso cuyo éxito depende, fundamentalmente, de fomentar combinaciones óptimas entre pacientes y terapeutas. Se trata de una metodología que procura mejorar los resultados del tratamiento por medio del monitoreo de las sesiones y de proveer información correspondiente a los terapeutas para guiar los pasos sucesivos de la terapia. Las ventajas del método se aplican a cualquier tratamiento pero es particularmente útil en el caso de aquellos pacientes que constituyen casos de alarma, es decir, los pacientes que no están alcanzando un resultado favorable. La investigación enfocada sobre el paciente es el mayor esfuerzo logrado hasta el momento para superar tanto el bache existente entre los estudios de eficacia y los estudios de efectividad como la distancia que tradicionalmente existió entre los investigadores y los clínicos en el terreno de la terapia (Lambert, 2001).

Cinco son los grupos que han realizado los desarrollos más consistentes en la materia. Son los siguientes:

- El modelo Stuttgart-Heidelberg para el control de calidad asistido por computadora, conducido por Kordy en Alemania.
- El CORE-OM, elaborado por Barkham y colegas de diferentes centros de investigación de Gran Bretaña e implementado en el sistema público de salud mental de ese país.
- El modelo de Dosis-Respuesta desarrollado por Howard en la Northwestern University (Chicago)
- El modelo confeccionado por Lambert y colaboradores en la Brigham Young University (Utah)
- El Systematic Treatment Selection que desarrollaron Beutler y sus colegas desde la University of California (Santa Barbara).

Todos estos modelos no están centrados en promover un enfoque teórico ni algún menú de técnicas en particular sino en identificar principios que ayuden a encontrar las combinaciones entre pacientes y terapeutas que permitan predecir mejor los resultados terapéuticos. El modelo de psicoterapia que se aplica en Aiglé comparte estos principios generales y ha tenido fuerte correspondencia con el último de ellos, lo que ha dado lugar a diversas aplicaciones institucionales.

Premisas Generales del Modelo Asistencial de Aiglé

- 1) Se trata de un modelo orientado a brindar ayuda a los consultantes que contempla el empleo de un conjunto de procedimientos, incluyendo técnicas de intervención biológicas, psicológicas y sociales. Dichos procedimientos admiten aplicaciones independientes o combinadas, según cada situación clínica en particular.
- 2) La elección del diseño terapéutico es el resultado de un programa de decisiones a lo largo del proceso de admisión que sigue el paciente. Este está construido por entrevistas clínicas y pruebas complementarias. Esos instrumentos permiten ponderar las variables significativas inherentes al motivo de consulta y sirven, además, para optar entre la inclusión o no del paciente a un programa de tratamiento y su eventual derivación a otro centro en el último caso. Perfilar los objetivos que habrá de perseguir el tratamiento es el último paso de este proceso cuando el paciente recibe la indicación para iniciar una terapia. Los objetivos resultarán de un consenso entre el paciente y el equipo admisor.
- 3) La indicación de una psicoterapia es una entre diversas posibilidades y puede dar lugar, a su vez, a múltiples opciones. El dispositivo puede variar de acuerdo con: el grado de focalización de los objetivos, la extensión en el tiempo, el tipo de técnicas a emplear, la cantidad de personas que pueden ser convocadas durante el tratamiento y las tareas adicionales que se requerirán (Fernández-Alvarez, García y Scherb, 1998)
- 4) Se procura el registro más detallado posible de cada proceso psicoterapéutico, buscando además realizar las evaluaciones del curso terapéutico y de los resultados finales que permitan constatar el grado con que los objetivos se han cumplido concretamente. La supervisión de los tratamientos se lleva a cabo con el fin de ponderar los ajustes necesarios para que la terapia cumpla de la mejor manera los fines que se ha propuesto. Los respectivos estudios de seguimiento complementan los datos referidos a la efectividad de los tratamientos.

Pensando en psicoterapia

Todo sistema terapéutico está constituido por tres componentes primordiales: 1) una teoría de la mente (incluyendo una teoría de la personalidad), 2) un modelo de la experiencia disfuncional o psicopatología y 3) un programa de los cambios

posibles y de cómo lograrlos. Los dos primeros están situados en un plano equivalente y conforman el basamento teórico del enfoque terapéutico. El tercer componente contiene las herramientas y los instructivos de procedimiento necesarios para concretar los objetivos del tratamiento.

La teoría de la mente

La psicología del sentido común actúa convencida de que la actividad específica del ser humano depende de que posee un sistema mental. Mucha es el agua que corrió bajo los puentes mientras se discutía si la mente realmente existe y en qué consiste. Para los espíritus más recalcitrantes (los pensadores reduccionistas) de lo único que podemos estar seguros en ese terreno es de la existencia del sistema nervioso. Para estos autores sólo es posible constatar la presencia del cerebro y toda atribución a la existencia de una mente resulta sólo una fantasía romántica. Desde nuestra posición vemos las cosas de un modo diferente. Para comenzar adoptamos una postura que, dentro de la filosofía de la mente, echa sus raíces (sin subsumirse en ello) en la corriente funcionalista y sostenemos que, efectivamente, tenemos una mente y que ella es la responsable de muchas cosas que nos atañen directamente. Por supuesto, no caben dudas de la íntima e indisoluble relación que existe entre los procesos mentales y la actividad del sistema nervioso superior. Sin el cerebro nada de lo mental existiría. Aunque también es cierto que sin la notable labor de lo mental y, especialmente, de la formidable tarea emergente de la conciencia, lo que conocemos como actividad humana no sería lo que es.

La mente es un sistema procesal que tiene la propiedad de permitirle al ser humano organizar su despliegue vital y sus conductas en la forma de una experiencia, lo que implica establecer su posición en el mundo por medio de una intensa y complejísima labor gnosológica. El ser humano opera como un experto que investiga la realidad con el ánimo de encontrar la mejor manera de situarse en ella y llevar a cabo el cumplimiento de algún proyecto personal. En ese sentido más amplio, la mente es un órgano de conocimiento que se despliega frente a las cambiantes condiciones que rodean la existencia. Decimos que la mente cumple una tarea eminentemente cognitiva.

Todas nuestras cogniciones implican operaciones que expresan modos de procesar o maneras de concebir la realidad. Como pensar, sentir y juzgar, verbos que definen los procesos que preparan nuestras acciones. O como desear y creer, términos que remiten a nuestras intenciones. Las cogniciones están organizadas en esquemas mentales. Tales esquemas forman la trama sobre la que apoyamos nuestra conducta y orientan nuestras relaciones interpersonales. Son patrones que cumplen su actividad engarzados en una red de conexiones, cuya conformación resulta de una propiedad que todo sistema posee: la atribución de nuestras cogniciones. Todo lo que pensamos y sentimos, todo lo que hacemos o padecemos, lo atribuimos de manera conciente o inconciente a algo. Siempre tendemos a explicar lo que nos

ocurre de alguna manera. Cuando fracasamos en ello, nos invade una vivencia de confusión que en su forma extrema, conduce a nuestro si-mismo a una amenaza de disolución.

Que el mundo es algo que se modifica a cada momento parece no ser motivo de discusión. Todo cambia porque las partículas giran en el universo, porque los organismos evolucionan y se transforman en una sucesión de estados vitales. Por lo tanto, la sucesión de esos estados nos lleva a percibir que todo lo presente se escurre por entre los resquicios de nuestras percepciones. Y sin embargo, también se puede decir que nada cambia, que todo permanece, como afirmaba Demócrito varios siglos atrás. Cuando nos paramos en ese ángulo pensamos que los cambios son sólo apariencias de una realidad que se repite incansablemente.

Ambos puntos de vista describen ópticas complementarias que delatan diferentes modos de describir la actividad mental. Porque la mente, a diferencia del cerebro que es un órgano físico-químico y de la realidad social que es un movimiento de conjuntos regidos por leyes y normas, está constituida por una actividad procesal que cada individuo o sistema realiza con el fin de organizar la información que circula dentro del universo donde habita y organizarse a sí misma participando de esa manera en la construcción de la realidad.

Concebimos esa construcción como una activa labor que tiene sus límites en las condiciones del substrato material bio-social que la determinan. Se trata de una posición asentada firmemente en los principios de un constructivismo moderado que reconoce en la acción humana la capacidad y la vocación insoslayable de crear el mundo en que despliega su existencia. No existe, desde esta perspectiva, una realidad única y objetiva que pueda servir de patrón para confrontar cualquier observación empírica. En su lugar, reconoce la existencia de múltiples mundos que responden a las modalidades específicas de la intersubjetividad (Bruner, 1988).

El trabajo de la mente es una incesante obra de crear significados con el fin de encontrar un sentido a su existencia, enmarcado por las condiciones del orden natural e histórico donde transcurre el vivir. Las operaciones cognitivas que caracterizan la acción de nuestra mente están atadas a las condiciones del lenguaje que disponemos y se despliegan en el cauce de guiones personales. Vista como una totalidad es un proceso histórico que queda guardado en la forma de un relato capaz de rehacerse constantemente.

El modelo psicopatológico

Cuando una persona experimenta un malestar y realiza una consulta buscando ayuda para ello, nos encontramos con un fenómeno en el que:

- a) La persona tiene la sensación de que algo en ella no funciona de acuerdo con lo esperado o lo deseado. Toda experiencia disfuncional es eminentemente subjetiva y se corresponde con una manera particular de percibir la realidad. Por lo general, el hecho de consultar está asociado con la

expectativa que el paciente (o quien lo representa en la demanda) tiene de que es posible mejorar la situación que envuelve su padecimiento. O al menos, que es posible obtener algún paliativo para su sufrimiento.

- b) El paciente cree, con frecuencia, que su experiencia puede contrastarse con la de otras personas. Si esto se confirma, es posible establecer criterios comparativos sobre diversos aspectos de su disfunción como la intensidad del padecimiento, las consecuencias que tiene para su vida u otros factores asociados. También suele ocurrir que algunos pacientes consideran que su problema es único, al menos, muy inusual. En cualquier caso, realizar las contrastaciones correspondientes cumple el importante papel de contar con enunciados referenciales respecto del problema presentado. Esto constituye la descripción objetiva de la disfunción.
- c) Existe la presunción de que el receptor de la consulta es un experto que posee el conocimiento adecuado y maneja con idoneidad el instrumento que puede servir para los fines que se pretenden.
- d) Los intercambios que tienen lugar entre los participantes ocurren bajo un marco cultural de normas y valores que regulan y legitiman los términos con que se habrá de desarrollar la práctica y contribuyen a evaluar la efectividad de la asistencia.

La consulta queda circunscrita, entonces, por una encrucijada entre varios parámetros de acción: las expectativas del paciente, las del admisor (eventual terapeuta), las del vínculo singular que se genera entre ambos y las del ámbito social donde transcurre dicha experiencia.

La búsqueda de ayuda en un centro de asistencia en salud mental implica la presencia de una disfunción. Es necesario considerar este concepto en un sentido amplio pues tiene alcances muy diversos. Lo más habitual es que esté asociado con vivencias de sufrimiento, discapacidad o inhabilitación. Sus manifestaciones pueden tener un cariz sintomático más o menos definido, incluyendo formas de evolución de carácter subclínico. Pero también se constata con frecuencia la presencia de personas para quienes dicha búsqueda está encuadrada en la necesidad de mejorar su desarrollo personal. El sentido del padecer y el concepto de disfuncionalidad deben ser considerados entonces como algo que trasciende el dominio de lo sintomático.

Durante muchos años las perturbaciones mentales fueron estudiadas como si se tratara de enfermedades. El modelo médico clásico se aplicaba a la exploración de los trastornos psicopatológicos como si fueran equivalentes a las afecciones padecidas por el sistema orgánico. Dicha postura sobrevive en los principios taxonómicos de muchas clasificaciones. La irrupción de la psicología y otras ciencias humanas cambió esa óptica y apareció una clínica diferente que concibe las disfunciones como fenómenos complejos que requieren un abordaje con múltiples niveles de explicación. El concepto de trastorno mental, dominante en los sistemas

de clasificación más usuales, resultó de un delicado compromiso entre distintos grupos de opinión con el fin de encontrar un punto de vista que evitara una observación sesgada del fenómeno.

Dicho concepto tiene al menos dos vertientes: una se refiere a la vivencia subjetiva del portador y otra es un término que se vincula a las condiciones objetivas con que se manifiesta cada perturbación. En un intento por lograr una síntesis equilibrada de ambos aspectos se lo describió como una disfunción perjudicial (Wakefield, 1992). Numerosas han sido las presentaciones críticas sobre la naturaleza de estos fenómenos. Particularmente agudo es y sigue siendo el debate sobre la validez de sistemas de clasificación como el DSM (Beutler y Malik, 2002). Las numerosas críticas no se restringen a la inconsistencia teórica, incluyendo denuncias sobre los réditos indebidos que persiguen (Houts, 2002). Su aporte parece limitarse al valor de una nomenclatura y a la creación de un espacio común de denotaciones y referencias. Pero como síntesis del debate en curso puede afirmarse que existe una insatisfacción general respecto de tales sistemas. Y en la práctica de la psicoterapia resulta evidente que las situaciones con las que nos enfrentamos reclaman otras perspectivas para abordar los problemas que aquejan a la gente. El núcleo de la actividad psicoterapéutica tiene poco que ver con esas entidades. Sólo los programas más delimitados se desempeñan comodidad dentro de esos márgenes. Y aún en esas situaciones donde el objetivo está enfocado en un síntoma, resulta difícil establecer criterios consistentes, para evaluar los resultados. En su despliegue más amplio, la psicoterapia requiere de otra concepción de lo disfuncional para definir sus objetivos y monitorar los eventuales beneficios de su accionar.

Los modelos clásicos en psicopatología se organizaron respondiendo a las siguientes preguntas: ¿cuál es el origen de la experiencia disfuncional?, ¿qué propiedades la caracterizan?, ¿cuál es el curso esperable que puede seguir?. La primera pregunta contiene los elementos centrales de lo que se ha denominado, en esos modelos, el orden etiológico. La segunda está conformada por los signos que hacen a la fenomenología de la disfunción y permiten completar los elementos necesarios para una primera hipótesis diagnóstica. La tercera pregunta une la diagnosis y la prognosis y sirve para completar un dictamen sobre la naturaleza del padecimiento, establecer un juicio sobre la pertinencia de iniciar un tratamiento y decidir cuál será, en ese caso, la terapéutica más apropiada.

Pensando en la psicoterapia es necesario reorganizar esas preguntas pues otras son las dimensiones de la experiencia que es necesario conocer. Como por ejemplo: a) La forma de presentación del problema y las expectativas previas, b) El modo de designar la disfunción y las hipótesis atribucionales que le dan anclaje en el sistema de creencias, y c) La disposición del paciente a cambiar y los recursos (internos y externos) disponibles para ello.

En el curso de la indagación clínica el diálogo no sigue estas preguntas como etapas sucesivas, pudiendo explorarlas de manera transversal, de acuerdo al modo

con que el paciente presente su problema y a la modalidad de trabajo empleada por el terapeuta. La exploración del por qué y del cómo ocurre la disfunción se entrelazan y las informaciones respectivas se intercambian. Señalamos a continuación las claves fundamentales del modelo psicopatológico que empleamos.

Presentación, rotulación y atribución

Todas nuestras experiencias traducen una manera de conocer el mundo que vivimos. Todas tienen sus formas, sus nombres y sus explicaciones. Nuestras experiencias disfuncionales también. Cuando un paciente se presenta, no sólo nos muestra su padecimiento y las vivencias asociadas sino que al mismo tiempo lo designa de una cierta manera y lo atribuye necesariamente a algo.

En la presentación del problema se juega mucho del destino de una relación terapéutica. Los primeros minutos de una consulta suelen contener una buena síntesis de lo que guiará el proceso ulterior. Por eso, nuestros registros otorgan un lugar destacado a lo que ocurre en los cinco minutos iniciales del primer encuentro con el paciente. Desde la perspectiva del paciente ese primer movimiento pone a prueba la cuestión de la comprensión mutua en relación con su pedido de ayuda. Un sentimiento tácito de empatía e inteligibilidad es una base segura sobre la que el paciente puede revelar luego su intimidad.

La manera en que se expone una disfunción es un elemento constitutivo muy importante de la misma y el receptor de la consulta debe prestar atención a los detalles de esa presentación. Algunos de los índices más relevantes que contiene son los que se refieren a la claridad de la auto percepción del problema, la extensión, la intensidad y los matices del malestar, los efectos negativos sobre su vida cotidiana, la urgencia con que decidió realizar la consulta y los factores contextuales que la rodean.

El conjunto de datos y la forma de exponerlos convergen en una cierta manera que el paciente tiene de nombrar su malestar. La rotulación de la disfunción realizada por el consultante es la síntesis que marca los límites psicopatológicos del diálogo terapéutico. El paciente puede tener dificultades en establecer esa denominación. Puede tener dificultades en reunir una serie de vivencias de padecimiento en torno a una determinada representación. O, por el contrario, puede nombrar con convicción el motivo de consulta.

El grado de consistencia de la rotulación y el acuerdo entre el paciente y el terapeuta brindan los primeros signos sobre las principales propiedades psicopatológicas: La modalidad de la disfunción, su nivel de cronicidad y la complejidad de la experiencia disfuncional. De allí se extraen las primeras señales para evaluar los requisitos que deberá reunir la psicoterapia.

Cuando experimentamos una perturbación no solamente la designamos de cierto modo sino que procedemos a buscarle una explicación. Los pacientes hacen eso con sus trastornos. A veces, dicha explicación está alejada de lo racional, pero

no por ello está ausente. La acción de atribuir el malestar a una causa es un intento por dominar una situación y controlar el grado de incertidumbre que provoca. En circunstancias críticas dicha explicación se torna difícil de organizar pudiendo diluirse hasta el punto de resultar inaferrable. Esto puede percibirse claramente, por ejemplo, en el caso de los acontecimientos traumáticos, donde el impacto puede ir seguido por un fenómeno de obnubilación mental que se traduce en la sensación de no poseer explicación para lo ocurrido.

También de nuestra parte, cuando escuchamos el relato de un paciente, tendemos a buscar una explicación para lo que ocurre. Un diálogo sobre atribuciones se instala en el intercambio entre paciente y terapeuta. Está dirigido a explorar el origen de la perturbación y de su resultado dependen, en buena medida, los mecanismos que anticipan el curso que puede seguir el tratamiento y las expectativas de los cambios posibles. Es necesario incluir las atribuciones a las que recurre la persona como parte del conjunto de causas que conforman la etiología de un trastorno. Que un paciente atribuya un estado depresivo a la mala suerte que tiene en la vida, a que ha sido abandonado por su amante, a que tiene algo mal en su cerebro, a la situación del país o a varias de esas cosas a la vez es un factor causal que interviene en el curso de la disfunción y condiciona la respuesta terapéutica.

Las explicaciones que las personas utilizan para dar cuenta de lo que les ocurre se vinculan con:

- Los factores determinantes. El paciente puede creer que su malestar es producto de algo genético o constitucional, que responde a una manera que él tiene de actuar o de relacionarse con los otros, que es la consecuencia de algo que otros le hacen intencionadamente o no, o a una combinación de varios factores.

- El grado de responsabilidad. El paciente puede considerarse más o menos responsable de lo que le ocurre. Atribuir un malestar a un hecho fortuito o sentirse culpable por actuar de cierta manera son modos extremos entre los que se extiende el sentimiento de responsabilidad.

- La constancia. El Paciente puede concebir su padecimiento como algo que ha sido y será estable a menos que haya una intervención del profesional. O puede temer que empeore su condición en el futuro.

Explorar estas diferentes formas de la atribución aporta los indicadores respecto del grado de resistencia a cambiar que presenta el paciente, lo que es de gran utilidad para calibrar el grado necesario de directividad de la intervención terapéutica. Hemos avanzado varios pasos, pero aún queda en pie la pregunta basal: ¿cuál es la génesis de la perturbación y qué factores contribuyen a sostenerlo en el tiempo?

Hoy en día existe consenso de que es necesario apelar a un principio de multideterminación, en sentido estricto, para responder a esas preguntas correctamente. Lo que significa asumir que ningún fenómeno disfuncional (como parte del universo de los acontecimientos humanos en general) responde a un solo factor. Los

diferentes modelos de psicoterapia convergen hoy en día en este punto, como una muestra más de la tendencia a promover la unificación de este campo. Aceptado este principio, la pregunta acerca de la génesis de los trastornos así como la que se refiere a su persistencia en el tiempo se desplaza y toma otras formulaciones. A saber: ¿cuáles son las dimensiones primordiales de ese orden multideterminado? Y ¿cómo establecer criterios de prioridad con respecto al diseño de las intervenciones?

La primera de esas preguntas se desdobra en varios niveles frente al caso clínico:

a) Tres órdenes de realidad aparecen comprometidos en la generación de cada disfunción: el biológico, el psicológico y el socio-cultural. ¿Alguno de ellos es predominante? ¿Cuál?

b) Tanto la relación del individuo consigo mismo como la relación que mantiene con los demás pueden contribuir a la formación de dicha disfunción. ¿Alguno de ellos tiene prioridad? ¿Cuál?

c) Los acontecimientos pasados que están almacenados en la memoria explícita o implícita (sobre todo en esta última) y las circunstancias que rodean la acción del individuo en la actualidad tienen peso sobre su malestar. ¿Cuál es el predominio relativo de los factores históricos y de los factores presentes?

Los enfoques terapéuticos se han ocupado de preparar modelos clínicos para responder a estos interrogantes. Algunos han alcanzado notable difusión como el de la terapia cognitiva para las reacciones de ansiedad (Clark & Wells, 1997). La explicación del proceso disfuncional como resultado de la presencia de un factor de vulnerabilidad + un episodio desencadenante + un componente de refuerzo que sostiene la actividad de un círculo vicioso constituye un esquema sencillo y que ha demostrado mucha utilidad para preparar intervenciones destinadas a brindar alivio a personas que padecen de crisis de pánico y otras formaciones sintomáticas.

Acordamos en que una persona que padece una depresión, que siente impulsos antisociales o experimenta dificultades para contraer el sueño debe contar con un organismo predispuesto a que ello ocurra. Sería imposible lo contrario. Sin embargo, la forma, el momento, la cualidad específica, el modo con que esa disposición puede actualizarse dependerá de circunstancias particulares. Y en ello deberá incluirse el peso relativo de las condiciones macro que rodean su aparición. Analizar en detalle la manera en que el proceso disfuncional se manifiesta no apunta a determinar cuál entre las dimensiones antes señaladas está presente y cuál no para una situación clínica específica. Dicha exploración pretende identificar los aspectos particulares de cada dimensión que son más útiles para volver comprensible la demanda de ayuda y, en consecuencia, para diseñar el programa de terapia.

¿Cómo establecer prioridades entre diferentes dimensiones? Todas están presentes y todas intervienen. Pero sabemos que no saturan por igual cada experiencia y que se distribuyen, en cada paciente, de manera singular. Además, sabemos que el modo en que resultan accesibles para nuestra comprensión varía de

caso en caso. Y que, por último, también varía la accesibilidad que ofrecen para nuestras intervenciones.

Buscamos explicar (explicamos) cada disfunción de acuerdo con el enfoque que nos brinde la mejor opción para favorecer el cambio en el paciente. Debemos sopesar cómo participan la dinámica interna del paciente y sus modos de vincularse con los otros. ¿Qué podemos conocer observando el problema desde cada uno de esos ángulos? ¿Cómo se relacionan y cuál puede ser la mejor perspectiva para operar un cambio?. Finalmente, también tendremos en cuenta que la historia del paciente y sus circunstancias presentes se suman para crear las condiciones que desembocan en la disfunción. ¿Qué nos ilustra cada una de esas facetas y en qué nivel de profundidad será mejor operar en cada momento?

En su presentación, el paciente nos dice que algo en él no funciona, pero también nos muestra lo que ha hecho para sostenerse a pesar de todo. Para ayudarlo, necesitamos estudiar ese delicado equilibrio.

Repasaremos las cualidades de su malestar examinando la manera en que están comprometidos los diversos niveles de su experiencia. Dos ejes servirán de guía para explorar las dimensiones de su disfuncionalidad. Uno, recorre la distancia que media entre los procesos internos y los mecanismos interpersonales. Otro, atraviesa los distintos momentos que forman su historia hasta llegar al momento de la consulta. El resultado final permitirá arribar a un diagnóstico del estilo constructivo que sostiene su disfunción como paso preliminar para la elaboración de un diseño de intervención terapéutica.

Programa de cambios

En la medida que el éxito de la psicoterapia parece indisolublemente ligado a la posibilidad de encontrar óptimas correspondencias entre pacientes y terapeutas y dado que la gran diversidad de la demanda implica una enorme variedad de objetivos y dispositivos terapéuticos, es razonable sostener que el programa de cambios que puede ofrecerse es un conjunto articulado de numerosos formatos y variantes. Cada una de ellas tendrá mayor potencia para determinadas situaciones e, inversamente, para cada condición clínica será conveniente apelar a un programa en particular.

Hoy en día reconocemos la existencia de algunos principios generales a los que se ajustan todos los programas, lo que refuerza la conveniencia de apoyarse en un enfoque unificado de la psicoterapia. Estos son los principios fundamentales: a) Alianza terapéutica, b) Empleo de registros en red, c) Variedad instrumental, d) Disponer de grupos terapéuticos, e) Operaciones adicionales como Tareas Intersesión y Evaluación sistemática del proceso.

Alianza terapéutica

Los logros de la psicoterapia dependen de la posibilidad de contar con una buena alianza de trabajo (Bachelor & Horvath, 1999). Esto se verifica desde momentos muy tempranos de la terapia, lo que otorga un carácter predictivo muy fuerte a dicho hallazgo. Todavía no sabemos mucho del modo en que afectan los procesos de cambio las fases posteriores de la alianza terapéutica. Recién estamos comenzando a explorar sus etapas intermedias y maduras y todavía estamos más lejos de conocer la manera en que influye esa variable en las fases finales de un tratamiento.

Registro en Red

El control de calidad de los procedimientos terapéuticos influye en gran medida a potenciar el éxito del tratamiento. Para ello es muy importante que el terapeuta proceda a llevar un registro lo más detallado posible del proceso y que pueda, además, contar con alguna base de datos que le permita establecer comparaciones entre el curso de un tratamiento en particular y las expectativas contenidas en dicha base.

Variedad Instrumental

La elección del diseño terapéutico será más eficiente cuanto mayor sea la cantidad de alternativas instrumentales con que el terapeuta pueda contar. El formato deberá ajustarse según una pluralidad de criterios, siendo éstos los más importantes: a) cronicidad del trastorno, urgencia de la demanda, extensión en las áreas vitales, cualidad y matices del malestar, factores evolutivos, recursos psicofísicos, red social de apoyo, disposición al cambio y expectativas frente a la terapia. El programa de cambios se ajusta a tres variables principales:

a) tipo de operaciones (centradas en la comprensión, la emoción, la conducta, la interacción o varias de ellas)

b) complejidad del dispositivo (extensión y frecuencia, cantidad de procedimientos previstos, personas involucradas en la sesión)

c) nivel de directividad de las intervenciones (según el grado de resistencia al cambio).

Operaciones adicionales

Existen procedimientos que tienen la propiedad de potenciar los beneficios terapéuticos, más allá de las condiciones específicas del diseño utilizado. Por ejemplo:

- Tareas intersesión

Siempre que sea posible, el tratamiento se verá beneficiado con el empleo de tareas a realizar por el paciente en espacio intersesión, debido a la capacidad de

potenciar la labor del terapeuta (Kazantkis, Deane & Ronan, 2000)

- Evaluación regular

Los pacientes tienden a lograr mejores rendimientos cuando son evaluados regularmente en el curso del tratamiento. Esto se cumple especialmente cuando el terapeuta puede observar esas evaluaciones y efectuar las correcciones correspondientes (Lambert, 2003).

En las últimas tres décadas la psicoterapia se ha expandido intentando dar respuesta a las demandas crecientes de asistencia producto del empeoramiento de las condiciones de vida, siendo muchas y variadas las opciones con que contamos.

Este trabajo desarrolla los alcances y limitaciones que se presentan en las propuestas del movimiento integrativo y fundamenta las bases tendientes a la unificación de la psicoterapia basándose en la demanda asistencial, los intereses de la investigación y los problemas críticos de la clínica.

La investigación enfocada sobre el paciente es el mayor esfuerzo alcanzado hasta ahora para superar la brecha existente entre los estudios de eficacia y los de efectividad. Los modelos que surgen de esta orientación no están centrados en promover un enfoque teórico ni algún menú de técnicas en particular, sino en identificar principios que ayuden a encontrar las combinaciones entre pacientes y terapeutas que permitan predecir mejor los resultados terapéuticos.

En este artículo se describe el modelo de psicoterapia que se aplica en Aiglé que comparte los principios generales de los modelos que siguen una metodología que procura mejorar los resultados del tratamiento por medio del monitoreo de las sesiones y aportando la información correspondiente a los terapeutas para guiar los pasos sucesivos de la terapia.

Palabras clave: *Psicoterapia – integración – unificación*

Nota Editorial:

Este artículo fue publicado originalmente por la Revista Argentina de Clínica Psicológica XII. p.p.229-246. Agradecemos el permiso para su reproducción.

Referencias bibliográficas

- ALFORD, B.A. Y BECK, A.T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York, Guilford.
- ARKOWITZ, H. (1997). Integrative theories of therapy. En P.L.Wachtel & S.B.Messer (Eds), *Theories of psychotherapy. Origins and evolution*, (pp.227-228), Washington, American Psychological Association.
- BACHELOR, A. & HORVATH (1999). The therapeutic relationship. En M.A.Hubble. B.L.Duncan & S.D.Miller

- (Eds), *The heart and soul of change*, (pp.133178), Washington, American Psychological Association.
- BELLOCH, A. & FERNANDEZ ALVAREZ, H. (2002). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.
- BEUTLER, L.E. & MALIK, M.L. (2002). *Rethinking the DSM. A psychological perspective*. Washington, American Psychological Association.
- BRUNER, J. (1998). *Realidad mental y mundos posibles*. Barcelona: Gedisa.
- CLARK, D.A. & WELLS, A. (1997). Cognitive therapy for anxiety disorders. En volume 16. Dickstein, L.J., Riba, M.B. & Oldham, J.M. (Eds). *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press.
- FERNANDEZALVAREZ, H., GARCIA, F. Y SCHERB, E. (1998). The research program of Aiglé. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 343-359.
- FERNANDEZ LIRIA, A. (2000). From interpretation to commentary: truth and meaning in psychotherapy. *J. of Psychotherapy Integration*, 10, 325334.
- GOLDFRIED, M.R. & NEWMAN, C.F. (1992). A history of psychotherapy integration. En J.C. Norcross & M.R. Goldfried, *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books, pp.4693.
- HANNA, F.J. (2002). *Therapy with difficult clients. Using the precursors model to awaken change*. Washington: American Psychological Association.
- HILL, C.E. Y O'BRIEN, K.M. (1999). *Helping Skills. Facilitating, exploring, insight and action*. Washington: APA.
- HOUTS, A.C. (2002). Discovery, invention, and the expansion of the modern Diagnostic and Statistical Manuals of Mental Disorders. En L.E.Beutler y M.L.Malik (eds). *Rethinking the DSM. A psychological perspective* (pp. 17 68), Washington: American Psychological Association.
- KAZANTZIS, N., DEANE, F.P. & RONAN, K.R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A metaanalysis. *Clinical Psychology: Science and practice*, 7, 189-202
- LAMBERT, M.J. (2001). Psychotherapy outcome and quality improvement: Introduction to the special section on clientfocused research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 147149.
- LINEHAN, M.M. (1993). *Cognitivebehavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- NATHAN, P.E., STUART, S.P. & DOLAN, S.L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis?. *Psychological bulletin*, 126, 964981.
- NEIMEYER, R.A. & MAHONEY, M.J. (1995). *Constructivism and psychotherapy*, Washington: American Psychological Association.
- NORCROSS, J.C & SHAPIRO, F. (2002). Integration and EMDR. En F. Shapiro (ed), *EMDR as an integrative approach* (pp341356). Washington: American Psychological Association.
- OPAZO CASTRO, R. (2001). *Psicoterapia integrativa. Delimitación clínica*. Santiago de Chile: ICPSI.
- ORLINSKY, D.E. & HOWARD, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. En S.L.Garfield & A.E.Bergin (Eds), *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. (pp311381), New York: Wiley.
- ORLINSKY, D.E., RONNESTAD, M.H & WILLTZY, U. (2003). Fifty years of psychotherapy processoutcome research: continuity and change. En M.J.Lambert, Bergin andGargield's. *Handbook of psychotherapy and behaviour change*, (pp.307390), New York: Wiley.
- PROCHASKA, J.O. Y NORCROSS, J.C. (2003). *Systems of psychotherapy. A transtheoretical analysis*. Pacific Grove: Thomson.
- RYLE, A. (1990). *Cognitive analytic therapy: Active participation in change*. Chichester: Wiley.
- VILLEGAS, M. (1990). Sincretismo, eclecticismo e integración en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 1, 5-25
- VILLEGAS, M. (1995). Eclettismo o integrazione: Questioni epistemologiche. En Lombardo & Malagoli Togliatti. *Epistemologia in Psicologia Clinica*. (31-68). Torino: Bollati Boringhieri
- WAKEFIELD, J.C. (1992). The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47, 373-388.
- WHO (2001). The World Health Report 2001. *Mental Health: New understanding, new hope*. Genève: WHO.

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.

COMPRENSIÓN Y EXPLICACIÓN EN EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO: LA CO-CONSTRUCCIÓN DE LA “LÓGICA” DEL SÍNTOMA POR PARTE DEL PACIENTE Y DEL TERAPEUTA

Lorenzo Cionini y Gianluca Provvedi

Facultad de Psicología de La Universidad de Florencia y Escuela de
Psicoterapia Cognitiva de orientación Constructivista del CESIPc de Florencia

In this article the phenomena of comprehension and explanation as tools in the therapeutic process are considered from a constructivistic point of view. These phenomena are analyzed according to different but complementary meanings for both therapist and patient.

EL “INVESTIGADOR” Y EL “NARRADOR”

En el curso ya más que centenario de la historia de la psicoterapia se han propuesto varias metáforas clave para representar el proceso psicoterapéutico; unas de las más conocidas son las del hombre “arqueólogo”, “científico”, “investigador”, “narrador”.

Dentro de la historia del pensamiento occidental, hace algo más de un siglo, Dilthey (1883) dio a conocer la diferencia entre dos maneras de abordar el conocimiento, la explicación y la comprensión, que se puede poner en relación con la distinción establecida por Windelband (1991) entre métodos nomotético e idiográfico. Según Dilthey, la explicación es propia de las ciencias naturales y procede por generalizaciones, haciendo referencia constante a la noción de causalidad, mientras que la comprensión es propia de las ciencias del “espíritu” y concierne las metas existenciales y los significados de la persona en su globalidad.

Si bien la noción de causalidad aludida por Dilthey no es una referencia epistemológica del todo coherente con nuestra teoría de referencia, más cercana al explicacionismo no basado en la causalidad (véase Marhaba, 1976), creemos que

la metáfora más adecuada para representar el trabajo del paciente al interno de un proceso psicoterapéutico es la del hombre que al explorar su propio mundo alterna el rol del “investigador”, que se vale de una actitud explicativa, con el rol del “narrador”, que persigue la comprensión, integrando estos dos modos cognoscitivos en un proceso cíclico.

COMPRENSIÓN Y EXPLICACIÓN EN PSICOTERAPIA

La psicoterapia consiste en una relación de ayuda que se lleva a cabo a través de un diálogo, en general, entre dos personas. Como en todo diálogo, en éste también entran en juego procesos de comprensión y de explicación. La especificidad de la psicoterapia en comparación con otras formas de diálogo se basa en el hecho de que los dos actores de la interacción tienen un objetivo en común, es decir que la comprensión y la explicación de ambos se dirigen hacia el mismo objeto: la persona del paciente. Es por este motivo que los procesos de comprensión y de explicación del terapeuta y del paciente no son especulares como en un intercambio dialógico común, sino que adquieren características diferenciadas entre sí.

Los procesos explicativos entran inevitablemente en juego en cada intento de dar sentido a lo que ocurre en lo cotidiano, permitiendo la formulación de anticipaciones, y en consecuencia son generalmente funcionales para el afrontamiento de las situaciones de la vida, de una forma subjetivamente eficaz. Sin embargo, dado que comportan una canalización y una vinculación de los procesos perceptivos y de previsión, las explicaciones no siempre sirven de ayuda para la consecución de los objetivos de las actuaciones cotidianas.

En psicoterapia, aun más que en la vida común, nos encontramos a menudo frente a explicaciones que obstaculizan el movimiento y, por ello, la resolución de problemas. A nivel general las explicaciones limitan la complejidad de la experiencia y de las elecciones operativas, y en particular, algunas explicaciones denominadas “racionales”, las que los psicoanalistas llaman “insight intelectuales” - aunque puedan parecer plausibles o “correctas”- contribuyen a mantener la situación problemática invariada; al contrario, a menudo su plausibilidad dificulta la búsqueda de explicaciones alternativas. A pesar de su ineficacia existe una tendencia a mantenerlas, porque cualquier explicación, por ineficaz que sea, es preferida al “vacío”, a la ausencia de explicaciones.

En cambio, cuando hablamos de comprensión, nos referimos a un proceso que se puede describir como “tomar contacto con...”. Karl Jaspers (1959) en su obra monumental “Psicopatología General” describe la comprensión como “*la visión intuitiva del espíritu desde dentro. No llamaremos nunca comprender, sino “explicar” el conocimiento de los nexos causales objetivos que siempre se ven desde fuera*” (Jasper, 1959, p. 30).

Comprender conlleva prestar atención a los valores y las metas de la persona y por ello siempre está en conexión con la activación de los conocimientos

pertencientes al dominio afectivo-emotivo. Se trata de un proceso que conlleva una visión global y holística y que se inscribe en el fenómeno descrito por Gadamer como “círculo hermenéutico”, según el cual “el sentido de lo específico sólo se puede comprender por medio del sentido del todo” y viceversa. Cada comprensión comporta una “pre-comprensión” debida a los presupuestos del interlocutor, de los cuales no se puede prescindir, y que sin embargo tienen que hacerse conscientes para que sea posible abrirse a la novedad de lo que se dice. Lo que afirma Gadamer en relación a la comprensión de un texto es desde nuestro punto de vista ampliamente transferible al contexto psicoterapéutico: *“Hay que estar preparados para dejarse decir cualquier cosa por un texto para poder comprenderlo. En consecuencia, una conciencia hermenéuticamente educada debe ser previamente sensible a la alteridad del texto. Dicha sensibilidad no presupone ni una objetiva “neutralidad” ni un olvido de sí mismos, sino que conlleva una toma de conciencia exacta de los propios pre-supuestos y de los propios prejuicios. Hay que ser conscientes de las propias prevenciones para que el texto se presente en su alteridad”* (Gadamer, 1960, p.316)

Toda comprensión es una “comprensión con...” y siempre presenta una dimensión dialógica, la que Gadamer llama fusión de horizontes, donde el horizonte histórico del texto se encuentra con el horizonte del intérprete. En psicoterapia el horizonte del paciente tiene que encontrarse con el horizonte del psicoterapeuta, y cuando esto ocurre la comprensión promueve una construcción del significado, una producción compartida a la cual concurren tanto el paciente como el terapeuta.

LA PERSONA QUE SUFRE Y LA PSICOTERAPIA

La persona que sufre y pide ayuda en psicoterapia puede ser vista como un sistema bloqueado en sus posibilidades de movimiento. Tiende a construir sus propias experiencias de forma estereotipada, activando de modo prevalente y repetitivo pocos esquemas, y siempre los mismos, en una gama diferenciada de situaciones. Todo esto produce una limitación de la capacidad por discriminar en lo cotidiano las diferencias que serían perceptibles potencialmente. La vida aparece como dominada por “temáticas” que se insinúan de manera invasiva en el modo de percibir los otros, uno mismo y los contextos varios de la vida cotidiana. Por ejemplo, unos pueden tender a advertir de forma recursiva las relaciones sociales y las situaciones de la vida como constrictivas, otros pueden condicionar totalmente sus acciones al juicio ajeno, otros más pueden sentirse compulsivamente impulsados a vivir de modo agonístico las relaciones interpersonales etcétera. Además, una escasa articulación e integración del sistema puede hacer que determinadas experiencias “críticas” se construyan de formas diferentes e incompatibles entre sí en el ámbito de dominios distintos de conocimiento. Por ejemplo, una figura parental puede ser definida como una persona maravillosa a nivel semántico-declarativo, mientras que todos los recuerdos que la conciernen se caracterizan por emociones

negativas; o una experiencia determinada puede ser construida como negativa en el plan declarativo a pesar de haberla vivido emocionalmente como placentera.

En general, aun podríamos decir que el sistema cognoscitivo de quien es portador de sufrimiento psicológico se caracteriza por rigidez y/o laxitud estructural a altos niveles. Tales características, y los modos de construir la experiencia que se derivan de ellas (véase Cionini, 1991, 1998), pueden dificultar el reconocimiento de las invalidaciones en las cuales puede incurrir la experiencia, excluyendo a priori la posibilidad de utilizar las mismas invalidaciones para incrementar la complejidad del sistema y acrecentar sus capacidades heurísticas.

El objetivo principal de la psicoterapia es reactivar un movimiento del sistema. Para tal fin, el proceso terapéutico se propone como objetivos los que se indican a continuación:

(Como condición necesaria pero no suficiente). El incremento de las capacidades metacognitivas y autoreflexivas del paciente sobre los propios procesos sistémicos. Dicho incremento deberá llevar a la construcción consciente de las “metas” y de la “función” de los procesos que determinan el malestar emocional, de forma que los síntomas –previamente únicamente construidos como causa del propio malestar, y que en consecuencia hay que eliminar- se puedan comprender en su significado y reconceptualizar como protectores y funcionales en relación a unos objetivos jerárquicamente supraordenados del sistema.

Estimular la adquisición de una mayor flexibilidad y articulación estructural que permita al paciente una mayor capacidad para discriminar y diferenciar las experiencias, tanto para construir como para utilizar las invalidaciones.

Promover una mejor integración de los diferentes dominios cognoscitivos, por medio de una mayor comunicación intrasistémica y como consecuencia de incrementar las capacidades del paciente para representarse (de manera explícita y/o implícita) las metas personales en distintos niveles jerárquicos y para adoptar estrategias cognitivas, emocionales y comportamentales eficaces para su consecución.

COMPRENSIÓN Y EXPLICACIÓN EN EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

El punto de partida del recorrido psicoterapéutico está constituido por las explicaciones del paciente acerca del propio malestar. Presumiblemente el paciente, en el momento en que pide ayuda terapéutica, ya ha construido unas explicaciones propias implícitas o explícitas de su malestar, que, sin embargo, han resultado ineficaces para afrontar y resolver los problemas que se proponían explicar. Al contrario, se puede suponer que las explicaciones del paciente son funcionales para el mantenimiento de un equilibrio estático del sistema, en relación a objetivos no conscientes pero jerárquicamente supraordenados del sistema mismo. Supuestamente, su ineficacia para superar el malestar deriva de la incapacidad del paciente

para tomar en cuenta contemporáneamente e integrar entre sí aspectos distintos y relevantes del Sí mismo.

En el curso de la psicoterapia las explicaciones del paciente han de ser comprendidas por el terapeuta, y eso puede ocurrir en la medida en que éste capte los significados semánticos y afectivos que el paciente atribuye a sus propios comportamientos, a sus propias experiencias y a la narración de sí mismo, intentando ponerse en su punto de vista. Para comprender al paciente, el terapeuta no sólo tiene que ir más allá de los significados constituidos sobre la base de su propia experiencia personal o de la lógica del sentido común, sino también dejar momentáneamente de lado los modelos interpretativos de su propia teoría clínica, para poder entrar en la lógica y en los significados estrictamente subjetivos y peculiares del paciente. Acceder al mundo del paciente significa entrar en sintonía con sus emociones, sus estados afectivos, sus sensaciones. Para tener éxito en esta tarea, el terapeuta tiene que aflojar sus propios procesos selectivos e interpretativos y posicionarse en la relación con una actitud de apertura que facilite la toma en cuenta del otro en su totalidad.

La explicación del terapeuta debe producirse sólo con posterioridad a la comprensión, dado que debe utilizar como punto de partida los significados del paciente, tal y como él ha conseguido construirlos en el intento de comprenderlo, para introducirlos en el contexto de una hipótesis profesional. Sólo después de activar el proceso de comprensión el terapeuta puede utilizar los instrumentos conceptuales ofrecidos por su propio modelo clínico para formular sus explicaciones, es decir, para proceder en la propia construcción profesional del malestar del paciente, de su historia y de sus formas de organización estructural y funcional. Todo ello comporta la construcción de hipótesis explicativas sobre la génesis de las problemáticas del paciente y sobre su funcionalidad para el mantenimiento del equilibrio sistémico. Dicho proceso no puede en cualquier caso derivarse de la aplicación abstracta de modelos o esquemas profesionales generales a la persona del paciente, sino solamente de la construcción de un modelo individual capaz de representar la unicidad y la totalidad de su persona.

Es importante subrayar que las hipótesis explicativas del terapeuta siempre deben considerarse provisionales y aproximativas, dado que su construcción y reconstrucción no pueden ser sino continuadas durante todo el proceso terapéutico. Como ya se ha comentado, explicación y comprensión deben considerarse como procesos puestos en marcha en una secuencia circular; las hipótesis pueden por tanto ayudar al terapeuta en la profundización de su comprensión del otro y sucesivamente en articular y especificar ulteriormente sus propias construcciones profesionales.

Como se ha dicho anteriormente, el proceso terapéutico se propone inducir un movimiento en el sistema y especialmente en las explicaciones del paciente, con el fin de que salgan de su repetitividad. Para que esto sea posible es necesario crear en

el encuadre las condiciones que permitan al paciente superar la amenaza implícita en el proceso de exploración de partes inexploradas del Sí mismo. La percepción de una comprensión “cálida” por parte del terapeuta puede facilitar este aspecto, en tanto que transmite un mensaje de aceptación incondicional y favorece la instauración de una sensación protectora y un clima de seguridad. Lo que permite al paciente “aflojar” sus propias explicaciones es el mensaje del terapeuta que está en contacto con lo que es “importante” para él. A su vez, las explicaciones que el terapeuta se ha construido le permiten plantear preguntas críticas que faciliten la invalidación y/o la relativización de las explicaciones del paciente y ofrecer al paciente unos puntos de arranque no estructurados que puedan abrir camino para construir explicaciones alternativas.

Inicialmente las explicaciones alternativas del paciente también son necesariamente aproximadas, pero desarrollan la función de evocar experiencias, sensaciones, recuerdos, episodios, estados afectivos, etcétera, que pueden facilitar el acceso a aspectos significativos de uno mismo hasta ese momento no tenidos en cuenta. Estos aspectos tienen la posibilidad de ser reelaborados y dan lugar a nuevas estructuras de significado, prevalentemente emotivo-afectivas, conectadas con los propios objetivos existenciales, activando en el paciente una mayor comprensión de sí mismo.

Paraphraseando libremente a Gadamer se podría decir: *quien quiere comprenderse a sí mismo tiene que estar preparado para dejarse decir cualquier cosa por “sí mismo”; por ello, una conciencia hermenéuticamente educada debe ser sensible a la novedad del Sí mismo.*

Con la progresión del recorrido terapéutico y del proceso de cambio, la explicación y la comprensión se vuelven más difíciles de discriminar a causa de su inducción recíproca. La comprensión produce explicación, y ésta lleva a niveles ulteriores de comprensión, realizando de manera progresiva un proceso de integración. En esta dinámica de alternancia entre comprensión y explicación, la aceptación de sí mismo emerge como producto y, al tiempo, como motor del cambio. Efectivamente, al final del proceso terapéutico el cambio conlleva contemporáneamente una aceptación de las propias características modificadas y de las no modificadas, y una relectura de la propia historia.

Para intentar una ejemplificación de las secuencias explicación-comprensión-explicación... del paciente en el seno de un recorrido psicoterapéutico, proponemos el caso clínico de un paciente con un trastorno obsesivo-compulsivo grave, tratado por uno de nosotros. Es uno de los casos más interesantes llevados en psicoterapia por uno de los autores, que le permitió entender desde dentro la lógica y el significado del trastorno obsesivo-compulsivo; un paciente que ha enseñado muchísimo a su psicoterapeuta, permitiéndole tratar a continuación con éxito otros casos con el mismo tipo de problemática.

EL CASO DE B.

Se trata de un paciente de sexo masculino, de 40 años de edad, licenciado, profesional liberal. Más allá de los síntomas obsesivo-compulsivos, consideraba su vida en conjunto como satisfactoria en el ámbito de las relaciones familiares, de las relaciones sociales y de la actividad profesional que desarrollaba con éxito. Los rituales y las obsesiones se centraban sobre todo acerca del temor que pudieran ocurrir accidentes graves de los cuales habría podido sentirse responsable. Las preocupaciones se referían sobre todo a la muerte de los miembros del núcleo familiar (mujer e hijos), pero se extendían también al círculo de personas y de amigos más cercanos.

Los rituales de control tenían un significado de salvación, eximiéndole de la culpa por los eventos temidos. Los más comunes consistían, por ejemplo, en cerrar repetidamente la puerta de casa y del despacho, cerrar y abrir las cortinas y los cajones, encender y apagar repetidamente de los interruptores de la luz, controlar la llave del gas, en una secuencia de condiciones y de comportamientos que tenían que producirse para poder entrar en la cama y dormir, en la necesidad de mirar su propio reloj de pulsera un número determinado de veces en una secuencia rápida, etcétera. Las obsesiones estaban relacionadas con el tema mismo de la muerte por medio de imágenes, palabras, pensamientos, sensaciones. Rituales y obsesiones eran tan intensos y frecuentes que llegaban a comprometer la jornada entera del paciente e impedirle siquiera la lectura del periódico, dado que se bloqueaba en todas las palabras que podían de alguna forma recordar los temas de la muerte, de los accidentes, etcétera, y tenía que volver a leer la frase o el párrafo entero una y otra vez hasta que, sobre la base de un complejo “cálculo matemático”, se sentía seguro acerca de la posibilidad de seguir. Los rituales se presentaban de forma especialmente intensa en el ámbito familiar. En las demás áreas de vida también estaban presentes, pero B. las podía controlar por medio de estrategias de enmascaramiento muy eficaces. La estructura de los rituales se basaba en la búsqueda de una regularidad, garantizada por un “orden matemático” tan complejo que ni siquiera era posible describirlo en detalle al terapeuta.

La psicoterapia duró seis años, más año y medio de seguimiento; en esta última fase la frecuencia de los encuentros se había espaciado gradualmente, con intervalos de uno a seis meses.

En la primera sesión B. había declarado que estaba buscando un “técnico” que le ayudara a resolver sus problemas, de los cuales no entendía el origen, dado que “nunca le había violado una docena de negros”.

Presentamos el caso reportando de forma literal algunas frases dichas o escritas por el paciente durante el curso de la psicoterapia; frases que se pueden valorar como especialmente representativas de las principales fases de su “movimiento”. Los extractos elegidos se refieren al período desde finales del cuarto año de terapia hasta la finalización del seguimiento. Es evidente que su formulación ha

sido posible gracias al trabajo efectuado durante los primeros cuatro años de psicoterapia.

Mientras que, como ya hemos dicho, inicialmente el paciente era incapaz de formular cualquier tipo de explicación de su sintomatología, al principio del cuarto año de psicoterapia llega a construir una primera explicación *de la función de los síntomas*, poniéndolos en relación con sus propios sentimientos de culpa y de responsabilidad por lo que habría podido ocurrir a las personas queridas:

Los síntomas son un mecanismo de salida de la culpa, los síntomas son sacrificales, así yo me derresponsabilizo por lo que puede ocurrir a los demás, así elimino la culpa.

A esta explicación sigue un intento de comprensión *de su malestar y de su origen histórico-personal*. Volviendo a tomar contacto con sensaciones de su pasado, el paciente consigue reformular acontecimientos vividos y advertidos desde siempre como una fuente de malestar, que nunca habían resultado claros ni conceptualizables. A través de esta lectura, los síntomas se perciben como un intento de reaccionar a una situación de conjunto, de relaciones y de vida, sentida como caótica y por ello difícil de construir en términos de significado:

De niño: momentos de confusión indefinida en que no tienes soportes y no tienes puntos de referencia porque sales de una serie de eventos poco claros que sin embargo percibes de forma vaga como si dependieran de ti. Entonces adviertes la necesidad de hacer que las cosas vayan siguiendo por caminos determinados, porque si salen de ellos todos en la familia lo pasarán mal.

Para el paciente, de niño, los acontecimientos resultaban incomprensibles no sólo en sí mismos, sino también en cuanto a su papel y a su participación en ellos. La conflictualidad entre los criterios de referencia proporcionados por las figuras de apego (padre, madre, abuela) sobre lo que ocurría en su mundo, especialmente, pero no sólo en el familiar, había generado en él una sensación de caos que le llevaba a interrogarse, además de sobre qué significado atribuir a los eventos, también acerca de su propia culpa. Esta dificultad constructiva se traducía en una auto-atribución generalizada de responsabilidad, haciéndole sentir un “niño malo”. Lo que el paciente llega ahora a explicarse es que *la percepción de ser un niño malo* representaba un intento de proporcionar orden a su propia confusión, aunque no le permitía salir de la sensación de caos.

¿Qué es lo que me hacía sentir culpable? Pienso que el caos era debido al no comprender de qué era responsable. Era responsable de mi rol en la familia, de la posición que ocupaba... si soy un niño malo, entonces una responsabilidad la tengo. La confusión venía dada por el sentimiento de ser un niño malo y por no comprender por qué era malo.

El vacío que se producía por la dificultad de ordenar la realidad le llevaba a poner en marcha un mecanismo de compensación: los síntomas obsesivo-

compulsivos. La explicación que el paciente construye a este punto de la terapia concierne *la génesis y la función de los síntomas*, que ahora se conciben como método que permitía mantener bajo control “lo incontrolable”.

Toda la realidad que se me presentaba de niño era difícil de categorizar porque era caótica y yo conseguía ordenarla sólo por medio de reglas matemáticas [los rituales compulsivos] (...) todo lo que ha pasado hace años cuando era niño ha creado una relación muy sospechosa con la realidad, por la cual la realidad es ansiógena y todo lo que la atañe ha de ser controlado. Es un método que se crea para no distraerse nunca, para estar siempre atento frente a la realidad.

Estas afirmaciones constituyen una interpretación coherente del propio pasado; una verdadera explicación de las relaciones existentes entre la sensación de caos (la incapacidad constructiva), la percepción de responsabilidad/sentimiento de culpabilidad, la necesidad de control y los síntomas.

Esta reflexión y la sistematización del pasado permiten al paciente focalizarse nuevamente en el presente y tomar contacto con –comprender- que *el caos de hoy* atañe no tanto la generalidad de la experiencia, sino un aspecto particular de sí mismo: sus emociones. El mundo de las emociones representa un dominio más limitado en el cual la sensación de caos todavía es percibida de manera intensa. El mundo de las emociones es un mundo extraño y misterioso que el paciente representa a través de una metáfora rica de significado: los ruidos de la selva, incomprensible para un europeo.

Así como de niño la respuesta a un mundo, a una realidad poco clara se planteaba en términos de síntomas, ahora lo que es poco claro es el mundo de las emociones... todavía no lo he digerido. Ahora me doy cuenta de que las emociones me cogen desarmado... las emociones me preocupan, son una forma de realidad todavía desconocida. Yo me encuentro frente a las emociones como un europeo que se halla en la selva y oye ruidos extraños y no entiende qué son.

El siguiente pasaje relata una ulterior explicación de la función del síntoma. Para comprender la afirmación del paciente es necesaria una premisa. El terapeuta había propuesto de forma bastante (demasiado) precoz la hipótesis que los síntomas pudiesen relacionarse con el acontecer de eventos ansiógenos. El paciente había descartado drásticamente esta hipótesis sobre la base de una deducción lógica: “no es posible porque yo los síntomas los tengo siempre, en todos los momentos del día, y en consecuencia no es posible que estén sujetos a situaciones externas”. En esta fase del proceso terapéutico B. vuelve a tomar en consideración la hipótesis del terapeuta, pero de forma distinta y más articulada.

En el pasaje que sigue el paciente construye una explicación de la función de los rituales obsesivo-compulsivos que permite comprender un mecanismo en nuestra opinión válido para muchos pacientes con este tipo de problemas: hacer

frente a la amenaza constituida por cualquier “variación emocional”. Es importante subrayar que la amenaza vivida por el paciente no concierne sólo las emociones negativas, sino cualquier variación emocional, también en positivo.

Antes me preguntaba: “¿Cómo es posible que todo síntoma esté relacionado con algo si los síntomas son continuados?” Luego entendí como funciona: no es tanto así que los síntomas estén conectados con algo ansiógeno, como que se han transformado en un modo de afrontar la realidad. El síntoma es una forma de responder a la realidad que me envuelve, es una reacción a cualquier variación y no sólo en negativo, también en positivo. A cualquier variación emocional.

En consecuencia a esta explicación, B. consigue comprender un aspecto que había quedado como un “misterio” hasta ese momento: para qué razón se producía un incremento intenso de la sintomatología compulsiva en ocasión de situaciones o eventos considerados placenteros y potencialmente “tranquilos”, como por ejemplo, estar mirando felizmente la televisión con la mujer y los hijos.

El paso siguiente, común a muchos procesos psicoterapéuticos, consiste en el comprender *el síntoma como parte de sí mismo*. El paciente reconoce que los síntomas se han convertido en una parte de su identidad personal. A pesar de que el trabajo realizado hasta entonces hubiese tenido como consecuencia una notable reducción de la sintomatología, B. se da cuenta de que la eliminación de los síntomas se acompaña por la sensación de pérdida de una parte de sí mismo, de una parte de su identidad.

Al imaginar una vida posible sin síntomas, con fluctuaciones de ansiedad, puedo imaginar que al acostumbrarme ya no me venga la idea de zanjar la ansiedad, pero se me ocurre que ya no sería el mismo, no sería ya mi vida, mi identidad (...) Últimamente hay un revolvimiento total en los síntomas...para mejor, pero es igualmente un follón. Ahora estoy solo a casa [es verano y mujer y hijos están en un lugar de playa]. Hace un tiempo estaría devastado por los síntomas, ahora no. Los síntomas todavía están, pero en menor medida, sin embargo sufro de abstinencia por los síntomas. El mecanismo es: “Hace una hora que no hago síntomas...¿Lo he superado o no lo he superado?” ...Me pesa el tiempo pasado, empleado en hacer síntomas... “Ahora los vuelvo a hacer y soy yo”... Es una identidad que pierdes...y otra se está estableciendo...hay un momento...al cabo de una hora que no hago síntomas voy y cierro la puerta y me encuentro desplazado: “¿Qué coño estoy haciendo?”. Cierro la puerta... “Sigo sintiendo ansiedad...¿Por qué tengo que dejarlo?”

Percibir los síntomas como parte de la identidad personal representa un paso adelante en cuanto a la conciencia/comprensión de uno mismo, aun cuando la idea de enfrentarse a un cambio de identidad constituye en cualquier caso una amenaza difícil de afrontar.

En el extracto que sigue el paciente ofrece a sí mismo y al terapeuta una explicación de la manera en que está consiguiendo superar este obstáculo: aceptar la incertidumbre relacionada con la dificultad de construir el significado de las propias emociones. Dicha aceptación es sentida como un cambio de identidad, aunque no tan amenazante como la idea de tener que renunciar totalmente a los síntomas.

Para sostener la incertidumbre generada por las emociones B. ha tenido que realizar una discriminación previa entre la ansiedad y sus desencadenantes. Después de explicarse a sí mismo que la ansiedad procedía de la amenaza constituida por la variación emocional, tanto positiva como negativa, el paciente pone en relación la mejoría obtenida en terapia con la aceptación de tal variabilidad. No se trataba entonces de eliminar una parte de sí mismo, sino de aceptarse *por su manera de ser*, también en relación a las propias limitaciones constructivas y a los mecanismos puestos en marcha –los síntomas obsesivo-compulsivos- para compensarlas.

Creo que una parte de la mejoría está relacionada con la aceptación de la ansiedad, al menos de un determinado nivel de ansiedad, porque luego está la ansiedad que te revienta... pero en realidad lo que hay que aceptar no es la ansiedad, hay que aceptar la variabilidad emocional que provoca la ansiedad.

Aceptar la variabilidad emocional para no tener más ansiedad. Aceptar la variabilidad quiere decir cambiar de identidad. Pero aceptar la variabilidad es mucho menos dramático que cambiar de identidad, aunque significa justo eso.

La aceptación de los síntomas como parte de sí mismo lleva a su reducción drástica y su evolución se ve como resultado del proceso de comprensión-explicación. Los controles relativos a la sintomatología obsesivo-compulsiva originaria no se viven ya como extraños y obligados, como “síntomas” propiamente dichos, sino como conductas que pertenecen a la propia forma de ser. Si se utilizan de forma voluntaria y consciente, se pueden poner en marcha para afrontar los momentos más problemáticos, y tienen el poder de hacerle sentir mejor.

En relación a las compulsiones el paciente afirma:

Hay un control cuantitativo y cualitativo de la duración en el tiempo de cada síntoma. A veces todavía me bloqueo, pero la duración es menor y puedo salir de ello de forma distinta, por ejemplo dejo de seguir los números, me sonrío y me acepto, luego a lo mejor insisto, justo para calmarme, y lo dejo: pero mientras tanto he perdido la cuenta, es decir que he dejado de seguir al pie de la letra un procedimiento preestablecido. Estoy seguro de que es posible mejorar mucho más, pero el mecanismo ya está en marcha.

Y por lo que atañe las obsesiones:

He empezado a trabajarlas: soy menos preciso en las repeticiones, me

concedo algo, en ocasiones las puedo parar. Pero en general me abandono y las disfruto, creo que se pueda hacer mucho más, pero también pienso que, liberados de las repeticiones, que huelen demasiado a síntomas, las puedo utilizar tranquilamente, porque me hacen sentir bien.

En una de las últimas sesiones el paciente describe su actual estado emocional y el movimiento que se ha desencadenado como efecto del proceso de comprensión-explicación *de sí mismo y de su propia historia*, retomando algunas metáforas que había utilizado en el curso de la terapia: la “filosofía”, las “matemáticas” y el “saco sobre los hombros”. Con “filosofía” hacía referencia a todo lo que no se podía construir de forma clara en términos de significado. A la filosofía se contraponían las “matemáticas”, es decir el mundo de la certidumbre, de lo previsible, del control. El “saco sobre los hombros” es otra metáfora creada por el paciente en el momento en que había empezado a hablar de las emociones como aspecto problemático. En el saco están las emociones, algo percibido como fuera de sí mismo, “sobre los hombros”, un saco que no conseguía saber qué contenía, en que “no era siquiera posible introducir las manos”. La toma de conciencia del contenido del “saco” le permite la aceptación de su propio miedo, de su manera de ser y en consecuencia también de sus propios “rasgos” (ya no síntomas) obsesivos.

Para describir la situación actual B. afirma:

Con ello se entiende mi manera de sentirme, la emotividad que me envuelve, el estado emocional que vivo cotidianamente, fuera de las interrupciones dadas por los síntomas y por los pensamientos. Ahora ya es éste el aspecto más claro: es el discurso de la “filosofía”, del “saco sobre los hombros”: antes había incomprensión, por tanto miedo, por tanto síntomas. Ahora hay conocimiento, por tanto aceptación: aunque el estado es desagradable, lo sientes como tuyo, sabes qué es, sabes que eres obsesivo, lo palpas todo junto –el saco sobre los hombros- entonces lo aceptas, y de esta manera se vuelve incluso menos desagradable. Porque a fin de cuentas lo que se hacía desagradable no era otra cosa que el miedo, que yo sentía en el estómago, de algo que no sabía qué era, es decir, de la incomprensión.

Al terminar el proceso terapéutico, el paciente describe por escrito su conceptualización del recorrido entero del cambio y de sus resultados actuales, a través de otra metáfora: “el estanque lleno de barro”.

Vivir la ansiedad por el orden de forma relajada es aceptar ser obsesivo: la aceptación es uno de los mecanismos de la metáfora de el estanque lleno de barro. Hay una gruesa capa de barro en el fondo del estanque, y en parte en suspensión: se ve mal. De tanto en tanto una piedra (evento) cae en el agua, que se enturbia todavía más: el acontecimiento causa un pico de los síntomas. Luego, un buen día, en un lado de el estanque se abre una reguera de agua (la terapia) que empieza a generar un flujo de corriente

hacia el lado opuesto, donde hay un desagüe de salida. Al principio, y durante un tiempo, la situación empeora: el fondo se remueve, todo se enturbia y no se ve nada más. Luego, lentamente, el agua empieza a esclarecerse. Cuando ya es mucho más clara, la reguera se cierra, sin embargo ya se ha generado una corriente que sigue llevando agua hacia el desagüe y sigue limpiando, lentamente.

La metáfora en sí es muy rica de significado. Vale la pena observar cómo las imágenes de la segunda parte del texto se adaptan en buena medida a los recorridos terapéuticos concluidos con éxito. El agua que se enturbia corresponde a esa fase del proceso de cambio en que la invalidación de las explicaciones originarias del paciente, activada por la terapia, produce una sensación de vacío y de confusión que a menuda se verbaliza con frases del tipo: “Ahora que he entendido algunas cosas de mí mismo, ciertos mecanismos ya no me funcionan, ya no consigo utilizarlos, sin embargo no tengo todavía una alternativa”. Estamos en medio del vado, en medio del recorrido, y el agua del estanque se enturbia cada vez más. A continuación, la construcción paulatina de significados alternativos por parte del paciente promueve la utilización de estrategias que permiten que el agua empiece lentamente a esclarecerse. La conclusión de la psicoterapia no conlleva una completa eliminación de los problemas, pero sí una puesta en marcha de un proceso. Ahora ya se ha generado una corriente que sigue llevando agua hacia el desagüe y sigue limpiando, lentamente, más allá de la terminación de la terapia.

El objetivo de esta contribución es la presentación de una lectura del proceso terapéutico desde una óptica constructivista, por medio del análisis de dos fenómenos: la comprensión y la explicación. Éstos se analizan desde dos puntos de vista, el del terapeuta y el del paciente, a partir de la premisa que los dos fenómenos adquieren significados distintos según se apliquen a uno u otro actor de la interacción, si bien, al desarrollarse dentro de la relación terapéutica, se presentan como procesos complementarios y constituyen de hecho un fenómeno único.

Traducción: María Monini

Referencias bibliográficas

- CIONINI, L. (1991). *Psicoterapia cognitiva, teoría e método dell'intervento terapeutico*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- CIONINI, L. (1998). *La psicoterapia cognitivo-costruttivista*. En: Cionini (Coord.). *Psicoterapie. Modelli a confronto*. Roma: Carocci.

- DILTHEY, W. (1883). *Einleitung in die Geisteswissenschaften. Versuch einer Grundlegung für das Studium der Gesellschaft und der Geschichte*. Leipzig: Bd1.
- GADAMER, H.G. (1960). *Wahrheit und Methode*. Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck).
- MARAHABA, S. (1976). *Antinomie epistemologiche nella psicologia contemporanea*. Florencia: Giunti-Barbera.
- JASPERS, K. (1959). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer Verlag.
- WINDELBAND, W. (1911). *Präludien Aufsätze und Reden zur Einleitung in die Philosophie*. Tübingen.

ESTADO PSICÓTICO MANIACAL: UNA APROXIMACIÓN POST-RACIONALISTA. TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE UN CASO

Leonor María Irrarázaval Correa
Máster en Terapia Cognitivo Social, UB
fidelio@post-racionalismo.com
www.post-racionalismo.com

This article summarizes the psychological treatment of a diagnosed case of manic psychosis that has been developed from a new conceptualization and therapeutic procedure of the dynamics of psychotic disturbance, originally proposed by Vittorio Guidano.

Key words: postrationalism, psychosis, personal meaning organization, psychotherapy,

La ley y la costumbre conceden a ustedes el derecho de evaluar las mentes humanas. Se supone que ustedes ejercen esta soberana y temible potestad con discernimiento. No se molesten si nos reímos. La credulidad de las gentes civilizadas, profesores y administradores, atribuye a la psiquiatría una sabiduría ilimitada, sobrenatural. El caso de la profesión de ustedes está juzgado de antemano. No tenemos ni la menor intención de discutir aquí la validez de su ciencia, ni la dudosa existencia de las enfermedades mentales. Pero por cada cien pretenciosos diagnósticos patogénicos, entre los que reina la confusión entre el espíritu y la materia, por cada cien clasificaciones, de las cuales solamente las más vagas se mantienen todavía en cierto uso, ¿cuántos nobles intentos se han hecho de aproximarse al mundo del espíritu, en el que viven tantos de los prisioneros de ustedes?. Por ejemplo, ¿para cuántos de ustedes son algo más que un revoltillo de palabras los sueños de un esquizofrénico y las imágenes que le asedian?

Antonin Artaud

INTRODUCCION

Los modelos o teorías que existen actualmente en psicología clínica y psiquiatría respecto a la psicopatología y los trastornos mentales no explican cómo, bajo ciertas circunstancias, ocurren los trastornos psicóticos, no explican qué es el delirio, y tampoco las alucinaciones han sido tomadas como elementos de investigación.

Desde una epistemología post-racionalista se hace un intento de comprender estos trastornos, que han sido, y siguen siendo, uno de los misterios más grandes de la nosografía psiquiátrica actual. De hecho, poco se sabe de cómo una persona bajo ciertas circunstancias empieza a organizar o a elaborar algo que se denomina delirio, o cómo empieza a presentar algunos síntomas que se llaman alucinaciones.

Para lograr una aproximación comprensiva de los problemas de salud mental se considera fundamental una revisión profunda de la metodología que subyace a la conceptualización tradicional de la psicopatología y de los trastornos mentales. Se propone una visión evolutiva del estudio del conocimiento que identifica los aspectos de la especificidad de la experiencia humana dentro de un marco narrativo-histórico (Guidano, 1990, 1992, 1994a, 1994b, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999).

Se entienden ciertas clases de conducta, percibidas por un observador externo como perturbaciones clínicas, bajo principios que se orientan a conocer los procesos individuales de coherencia interna. Con una concepción del ser humano como un sistema autoorganizado y, por lo tanto, subordinado al mantenimiento de la propia continuidad del sentido de sí mismo en una dimensión histórica, enfrentado a una dialéctica constante de ser protagonista y narrador de su propia experiencia

Desde este punto de vista, la normalidad, neurosis y psicosis, se consideran modalidades diferentes de procesar y ordenar la experiencia. Estas modalidades forman parte de un continuo y, lejos de verse como entidades descriptivas y estáticas, se consideran potencialmente reversibles, pues sus límites son indefinidos. No obstante, la experiencia puede ser ordenada en el lenguaje a través de un desarrollo normal, neurótico o psicótico, los contenidos del significado personal en cada uno de estos estados son los mismos; sólo que el discurso adopta una forma diferente en cada modalidad de procesamiento.

En las siguientes páginas se expone el procedimiento terapéutico y análisis del estado psicótico maniaco en un caso tratado psicológicamente desde una nueva conceptualización de los trastornos psicóticos, propuesta originalmente por el doctor V.F. Guidano. Cabe señalar que en el tratamiento y análisis de este caso se integran conceptos extraídos de diferentes libros, apuntes y cursos dictados por dicho autor (Guidano, 1987, 1990, 1992, 1994a, 1994b, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999).

TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DEL CASO DE ANA

Antecedentes Familiares

Ana con 28 años, Licenciada en Historia del Arte, ocupa el segundo lugar entre sus dos hermanos. Su hermana mayor, de 29 años, se dedica a hacer joyería artesanal, y su hermano menor, de 24 años, estudia traducción e interpretación teatral. Su padre, de 55 años, es agricultor, y su madre, también de 55, es ama de casa.

Después de una relación de cinco años de convivencia, Ana retorna al contexto familiar hace 8 meses. Su última pareja tiene 40 años y trabaja como director de una compañía de gas. Al momento de consultar, Ana está viviendo con su familia.

Como antecedentes familiares relevantes se podría mencionar que la abuela materna había sido diagnosticada con una “Depresión Endógena”, la madre con un “Trastorno Psicótico Transitorio” y el tío abuelo paterno con “Esquizofrenia”.

Análisis de la Demanda

Ana se presenta a la primera sesión de psicoterapia el 12 de Marzo de 2003, derivada por el psiquiatra que la atiende con el diagnóstico de “Episodio Maníaco”, sospechándose el inicio de una fase psicótica.

Trabaja habitualmente en una editorial como ayudante técnico pero hace dos semanas le han dado de baja. Regresó a vivir a casa de sus padres hace 8 meses, luego de la ruptura “por común acuerdo” de una relación de 5 años de convivencia, en la que dice haberse sentido en el último tiempo profundamente deprimida, incomprendida y sola, y haber sufrido mucho a causa de celos. Señala que en el transcurso de esta relación se volvió demasiado seria, “como si la hubieran apagado”. Dice que se fue alejando de sus habituales curiosidades e inquietudes, que se fue dejando, “que se fue difuminando la chispa”, y terminó decepcionándose de ella misma y de su pareja.

A la primera sesión se presenta con su madre, quien la describe como “confusa”, “irritable”, “hiperactiva”, “caprichosa” y “despótica”. A la paciente le preocupa el insomnio que comienza a experimentar porque éste ha sido, según ella, el indicador del inicio de los episodios que ha vivido anteriormente.

Después de la primera visita se decide, junto con el psiquiatra, no internarla y se le recomienda una “cuarentena” que consiste en permanecer aislada e incomunicada en casa de sus padres. Sólo se le permite salir de casa para asistir semanalmente a las sesiones de terapia.

Cabe mencionar que anteriormente asistió a una psicoterapia (de orientación cognitivo-conductual) durante dos años, periodo en el que apareció el tercer episodio psicótico, antecedente por el cual el psiquiatra sugirió un cambio de terapeuta.

La paciente es medicada de forma continuada desde el año 1999. El psiquiatra que la asiste considera que debido a la “cronicidad” del caso, el tratamiento médico debería continuar de por vida. La medicación actual es la siguiente: Plenur 400mg (1-½ -1); Crisomet 100mg (1-1-1); Zyprexa 2,5mg (0-0-1); Besitran (½ -0-0).

Historial Clínico

Ana presenta un historial clínico en que describe un total de tres episodios previos con características psicóticas. Comienza en diciembre del año 1994, durante el segundo año de carrera, a los 20 años de edad, con un primer episodio psicótico debido al cual es internada durante cuarenta días en el Hospital Clínico bajo el diagnóstico de “Trastorno Psicótico Agudo Transitorio”. Ella misma describe este primer episodio como una “manía lingüística artística”, ya que, según dice, se caracterizó por la “asociación de ideas a partir de la fragmentación del lenguaje”. Por ejemplo, la palabra “supervisora” era dividida en “super” y “visora”, y autorreferida como una cualidad personal. Señala que en este periodo entró en una fase de “hiperactividad e hipercreatividad”, y tenía la tendencia a interpretar la realidad bajo símbolos, formas y conceptos personales, siendo en esta fase la imagen más persistente el símbolo “interrogante de piedra”. Además, comienza a actuar como si fuese Lou Andreas-Salomé, personaje de la Viena de finales del siglo XIX, colaboradora de Sigmund Freud, que en aquella época se caracterizó principalmente por su independencia e ideas vanguardistas. Una vez dada de alta, regresa al domicilio familiar, a la universidad y al trabajo, intentando olvidar y ocultar lo ocurrido.

Desde entonces, ha experimentado otros dos episodios. El segundo en Febrero del año 1996, a los 21 años de edad, momento en que también es ingresada en el Hospital Clínico, manifestando un episodio que se prolonga por diez días y que recibe el diagnóstico de “Psicosis No Orgánica”. En esta ocasión manifiesta poco deseo de crear y mayor deseo de relacionarse con los demás pacientes. Predomina también un lenguaje simbólico, a partir del cual surgen las que denomina “imágenes universales”, que se suceden rápidamente, por ejemplo, la imagen con el “símbolo infinito de color verde sobre un fondo negro”. Sale del hospital y nuevamente se reintegra a la vida familiar, a la universidad y al trabajo, intentando olvidar el reciente episodio y, según destaca, aparentando la mayor “normalidad” posible. Dice que se volvió “clásica” en su vestir, más responsable en su manera de ser y hablar, y hasta cierto punto, más seria. Termina la carrera de Historia del Arte y paralelamente cursa algunos años de Publicidad. En Diciembre de este mismo año conoce a su última pareja y en Julio de 1997 comienzan a vivir juntos.

El tercer episodio ocurre en Marzo del año 1999, durante su relación de convivencia, a los 25 años de edad. En esta ocasión recibe el diagnóstico de “Hipomanía”, y no es hospitalizada pero está un mes de baja laboral. Presenta un optimismo exagerado, ideas autorreferenciales e hiperactividad, a la vez que pretende emprender simultáneamente una multitud de proyectos. En este episodio no se presentan imágenes simbólicas específicas, sino que la paciente señala basar su estado en la interpretación del mundo a través de cierto tipo de lenguaje donde “todo significa”.

Hipótesis Clínicas Según Criterios del DSM-IV

A partir de las formas clínicas de procesamiento psicótico que se pueden observar en este caso, se podría pensar en el diagnóstico de: Trastorno Esquizoafectivo de Tipo Bipolar (DSM-IV-TR, 2002).

Hipótesis intrapsíquicas según la Organización de Significado Personal

Considerando que Ana tiene dificultad para diferenciar los propios estados emocionales internos y que utiliza referentes externos para su correspondiente interpretación y para definir su propio sentido de identidad, se sospecha una organización de significado personal de cierre dápico (Guidano, 1987, 1990, 1994b, 1997).

En este estilo de funcionamiento la aceptabilidad y estabilidad del sentido de sí mismo tiende a estar definido por el grado de correspondencia con las expectativas anticipadas de parte de una persona significativa, concebida como modelo de referencia absoluto. A su vez, la no correspondencia con tales expectativas define un sentido negativo de sí mismo, de vacío y fracaso, al mismo tiempo que éste pierde la estabilidad, volviéndose desdibujado y oscilante.

En estos casos, es posible observar también una tendencia a la hiperactividad (a nivel físico y al emprender múltiples actividades), una particular sensibilidad al juicio y vulnerabilidad a la crítica (que se previenen al actuar siguiendo estándares sociales o reglas de perfección), así como una disposición hacia los otros que oscila entre la complacencia y el oposicionismo.

El desequilibrio emocional se desencadena a partir de la activación de temas afectivos relacionados con la confrontación directa, o la anticipación imaginaria, ante situaciones que puedan poner en cuestionamiento el sentido del propio valor. La experiencia vivida como intenso fracaso y la desaprobación sentida por parte de los otros provocan un sentido de sí mismo fuertemente negativo de inutilidad y/o vacío.

En las formas clínicas de desequilibrio emocional, a niveles de procesamiento neurótico de mayor concreción, la sensación de falta de valor y fracaso tiende a referirse a aspectos de la propia imagen corporal. Mayoritariamente en las mujeres, se refiere a aspectos relacionados con la estética corporal (sentirse gorda), y al intento de corregir el sentido negativo de inutilidad y/o vacío se manifiesta bajo la forma de los trastornos de la conducta alimentaria. En los hombres, en cambio, habitualmente se refiere a aspectos sexuales que podrían cuestionar el sentido de la propia masculinidad (sentirse poco viril), y pueden aparecer formas clínicas como, por ejemplo, trastornos de la erección. En las formas psicóticas, el temor a exteriorizar los aspectos evaluados como negativos del mundo interior, y quedar en ridículo ante los demás, puede desencadenar delirios de tipo persecutorio o trastornos dismórficos (Guidano, 1987, 1990, 1994b, 1997).

Etapa de seguimiento de la fase psicótica y recuperación de la secuencialidad del discurso - desde la 2ª hasta la 7ª sesión (del 20 de Marzo al 23 de Abril)

En la segunda sesión, el discurso de la paciente aparece confuso y fugaz, alterna rápidamente entre citas a algunos poetas como Rainer Maria Rilke y filósofos como Ludwig Wittgenstein. Revela una situación que, según destaca, no había hablado con nadie hasta entonces, señalando que se siente ligada emocionalmente a un “amor platónico” que conoció hace nueve años y con quién ha perdido el contacto en los últimos cinco años. Se trata de un profesor de la universidad, de 47 años de edad, llamado Miguel, que se dedica al estudio y la investigación de las primeras vanguardias artísticas y la crisis del siglo XX. Al final de esta sesión, la paciente dice sentirse “como liberada”, “como si se hubiese quitado un peso de encima”.

En la tercera sesión, señala haber tenido dos imágenes importantes durante la semana. La “visión” de dos cruces que le cierran los ojos, y la “visión” de un anillo de oro que sube por la montaña al tiempo que se le pone una cruz gamada o esvástica blanca en la boca, que luego se traga. Al indagar sobre el significado de tales imágenes, dice que el anillo representa un compromiso de fidelidad hacia su amor platónico y las cruces representan el silencio de este amor, que ha sido guardado en secreto durante años.

Entre líneas, Ana se refiere a dos situaciones vividas con Miguel en Diciembre de 1994 y en Febrero de 1996. La primera situación ocurre durante su primer año de carrera y la define como “un amargo recuerdo”, del cual sólo tiene vagas imágenes imposibles de reconstruir en detalle en ese momento. Sólo recuerda que a partir de entonces comenzó a escribir poesías con “mensajes científicos”, ya que en ese tiempo ella se consideraba “una científica para enfrentar su vida”. La segunda situación ocurre cuando cursaba el tercero de carrera. Se refiere a un encuentro sexual con Miguel. Dice haberse sentido en “éxtasis” en esta ocasión, a la vez de haber tenido la “intuición” de estar a una distancia de él “entre Aquiles y la tortuga”.

A partir de esta sesión, se nota el inicio de una pérdida progresiva de la secuencialidad del discurso, por lo cual se sugiere a la paciente que lleve un registro diario de los acontecimientos significativos del día a día durante la semana (Guidano, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999). Las sesiones siguientes se ordenan a partir de la lectura del registro diario. Se intenta seguir una secuencia ordenada de la semana, identificando cada día con algún evento particular.

Se inicia la cuarta sesión con la lectura del registro semanal. Ana se ayuda de la lectura diaria del periódico, de donde extrae notas sobre algún tema de actualidad que le llama la atención. En esta sesión señala que se siente un poco más relajada, a pesar de que sigue sintiéndose confusa, hiperactiva (dice que hace mucho ejercicio) y que nota que ha perdido el sentido del tiempo. También observa que en la sección de “contactos” del periódico hay mensajes que cree que ha escrito Miguel dirigidos a ella. Motivada por “recuerdos pasados”, lo ha intentado llamar a los

números que aparecen en los anuncios. Dice que, a pesar de ser “malos recuerdos”, no le gusta vivir sin la “poesía” de entonces.

Ana se presenta con su madre a la quinta sesión. La madre señala algunas situaciones de la semana en que ha discutido con su hija y manifiesta su deseo de hospitalizarla. Dice que su hija “da una puñalada y regala una rosa”. La madre dice que Ana se ha ido a pasar el fin de semana con una amiga fuera de la ciudad y que “es triste pero que durante su ausencia ha encontrado la gloria”. Ambas están de acuerdo en la necesidad de que Ana se independice y la madre se compromete a facilitar la situación otorgándole un piso. La madre sale de la sesión, y Ana destaca que ésta la critica desde siempre y que siente que “le toca la moral”.

Se presenta a la sexta sesión señalando no haber sido capaz de hacer el registro diario por la pérdida, de la que ella misma denomina “memoria inmediata”. Se observa que ha perdido completamente la secuencialidad del discurso, habiendo apuntado solamente algunos días de la semana. Señala que esa semana ha tenido la aparición de una “identidad clara”, dice intuir que es la reencarnación de Sissí emperatriz, esposa del emperador de Austria, Francisco José I, que comienza a gobernar a fines del siglo XIX. Dice que, a Sissí, igual que a ella, le gustaba mucho el deporte y murió de anorexia. En el registro aparece apuntado el día en que vio publicada la noticia del premio que Miguel recibió por un libro. Aparece también el día en que describe una visión de sí misma en el centro de Barcelona con un traje blanco y pendientes de estrellas. Por último, anota el día de ese mes en que se revela su identidad como Sissí emperatriz.

En la séptima sesión se observa que la paciente ha recuperado el registro diario de la semana. Aquí surge la idea de comenzar a escribir cartas dirigidas a Miguel, en las cuales la paciente se permita expresar de manera narrativa aquello que ha sentido desde que le conoció y que ha mantenido en secreto a lo largo de todos estos años.

Etapa de reconstrucción y reformulación de las fases psicóticas – desde la 8ª hasta la 13ª sesión (del 2 de Mayo al 4 de Junio)

A partir de aquí, se identifican los componentes de la experiencia afectiva desencadenantes de los episodios psicóticos. Son reconstruidos considerando los procesos de ordenamiento tácitos de significado y son contextualizados en una dimensión cronológica de la historia personal (Guidano, 1992, 1994a, 1994b, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999). Esto permite que la historia clínica adquiera un nuevo sentido, haciéndose por primera vez comprensible para la paciente.

Se considera importante la reconstrucción del desarrollo del sentido de identidad personal de Ana desde su nacimiento, centrándose en la relación con la madre, para comprender las reglas ordenadoras que han operado a lo largo de su historia en la construcción de una imagen de sí misma y del mundo. Por lo tanto, se identifican escenas significativas desde el nacimiento hasta la etapa actual de vida

para su correspondiente reconstrucción. Las escenas se reconstruyen en un recorrido desde el pasado al presente, y viceversa, insertando el tema de identidad personal dentro de una perspectiva histórica y buscando una comprensión de los episodios psicóticos cada vez más exhaustiva.

Ana señala que su madre ha manifestado desde siempre intereses esotéricos y ha padecido, ella misma, algunos episodios psicóticos a lo largo de un periodo de diez años. Desde el nacimiento, su madre ha sido muy crítica con ella. Dice que no la acepta, que la trata como si fuese “no merecedora”, y le ha dicho en varias ocasiones “que maldice el día en que nació”. Incluso, la madre durante alguno de sus propios estados psicóticos, siguiendo este estilo de redefinir y descalificar a la paciente, afirmaba que Ana era la reencarnación de “Juana La Loca” y la trataba consecuentemente. En resumen, luego de reconstruir algunas escenas críticas de esta historia del desarrollo, la paciente concluye que su madre “siempre le ha tocado la moral”.

Se entiende que al llegar a la adolescencia, Ana aún no ha desarrollado un sentido definido de su propia identidad, siendo la falta de seguridad y autoconfianza en sus estados internos, los componentes básicos presentes en esta historia particular de desarrollo. Al iniciar sus estudios universitarios descubre un nuevo mundo, en el cual Miguel se convierte en un importante modelo de referencia. Según sus propias palabras, “en ese tiempo buscaba una identidad en el mundo del arte”, “buscaba un sitio en el mundo”.

Las cartas que Ana dirige a Miguel se utilizan como un medio para aproximarse a la reconstrucción del contexto afectivo en que surgieron los primeros episodios. Se retoman las escenas vividas con Miguel en los años 1994 y 1996, que coinciden con la aparición del primer y segundo episodio psicótico. En la primera situación, después de una visita no esperada a Miguel, en que según Ana, él se queda “pasmado y gris”, es internada en el Hospital Clínico. En la segunda situación, después del acto sexual, él le dice que la considera “una niña mona”, y “que están a años luz de distancia”, dos comentarios que en ese momento “le bajan profundamente la moral”. Posteriormente, es internada por segunda vez. Se comprende que ambas situaciones fueron muy perturbadoras debido a que Ana vio fuertemente cuestionado su sentido de valor personal, experimentando una intensa sensación de vacío y escisión de su propia identidad. Comprende que en estas situaciones, según dice, “perdió su identidad en el acto de acercamiento”, y que fueron situaciones que provocaron “un punto de inflexión vital”.

Desde este punto de vista, por ejemplo en el último episodio, el sentido de identidad asumido por la paciente al creerse la “reencarnación” de Sissí Emperatriz, es reformulado como un intento de búsqueda de reconocimiento en un mundo imaginario donde ella misma crea personajes que se podrían considerar significativos y atractivos en el mundo literario-artístico de su modelo de referencia, en este caso, el profesor de la universidad. Es decir, Ana se identifica con mujeres famosas

de la Viena de fines del siglo XIX (también es el caso de Lou Andreas-Salomé, en el primer episodio), en un intento de recuperar una imagen válida y aceptable de sí misma que se ha visto fuertemente cuestionada. La tendencia a recuperar el sentido de continuidad de la imagen personal que se ha visto interrumpido, hace que Ana busque elementos de autoconfirmación que podrían pertenecer tanto a su mundo imaginario como a su mundo cotidiano.

Se observa que la situación afectiva desencadenante de los primeros episodios psicóticos ha sido registrada bajo cierto tipo de recurso mnemónico que hace que la paciente actualice de manera muy vívida ciertas imágenes y frases clave de las situaciones acontecidas con Miguel. Revive en el momento actual el correlato emocional asociado a las palabras de Miguel y que ha permanecido intacto desde entonces. Se entiende la necesidad de hacer evolucionar el impacto de tales situaciones, actualizándolo según la situación de vida de la paciente en el presente. Por tanto, siguiendo su interés por reencontrarse con Miguel, surge la idea de programar una cita con la intención de actualizar la imagen idealizada (como modelo de referencia absoluto) que ha quedado intacta, y hacer evolucionar el impacto emocional provocado en el primer encuentro íntimo con él, hace ya más de nueve años.

Paralelamente, se plantea como prioridad en ese momento el volver a trabajar e independizarse de su familia. También se consideran cuestiones de la vida corriente, como ciertos temas en relación a su trabajo y un replanteamiento de su necesidad creativa que se ha visto detenida por estar muy vinculada a su situación afectiva, lo que ha impedido que Ana se acerque a actividades culturales por temor a recaer en una crisis. Ha experimentado hasta entonces un particular rechazo a las actividades creativas, motivo por el cual, la expresión artística de la paciente hasta ahora ha surgido sólo en las fases psicóticas.

En la sesión 14^a se le ha dado el alta laboral. La familia le facilita un piso para que se traslade y se independice. Inicia clases de canto y se apunta a algunas actividades culturales para realizar durante sus vacaciones. La reincorporación al trabajo y la independencia de su familia son las condiciones externas que actúan como referentes actuales para la estabilización de un sentido positivo de identidad y que le permiten superar el fracaso personal vivido tras la separación de su última pareja, que probablemente ha sido el factor desencadenante del último episodio.

En otras palabras, durante esta etapa del tratamiento, la búsqueda de reconocimiento y de referentes para la estabilización del sentido de identidad personal es trasladada, dejando las referencias creadas en el mundo imaginario, e iniciando un verdadero “aterrizaje” en el mundo cotidiano, donde, por ejemplo, la validación de su profesión y actual trabajo son aceptados suficientemente como para mantener una imagen aceptable y válida de sí misma.

Por último, la paciente reconoce nuevos aspectos de su historia personal, que hasta ahora habían sido evitados por parecer extraños y no corresponder a estándares

sociales, articulándose así una trama narrativa más integrada y logrando un sentido de sí misma más estable, con características de unicidad y continuidad histórica.

Etapas de seguimiento de la fase de estabilización – 14ª hasta la 26ª sesión (del 13 de Junio al 15 de Octubre)

En esta etapa del tratamiento, Ana ha logrado una integración laboral definitiva y se ha independizado de la familia. Además, ha recuperado sus actividades sociales y comienza a desarrollar temas de investigación en el lugar donde trabaja. También comienza a acercarse nuevamente al mundo cultural, asiste a exposiciones de arte, escribe ensayos de filosofía y poesía, y continúa en clases de canto, construyendo una vida cultural y artística propia, dentro de los límites de la cotidianidad.

Finalmente, se hace un replanteamiento del supuesto estado de “enamora- miento” que ha vivido a lo largo de los últimos diez años. Se entiende que Ana ha alcanzado una estabilización y recuperación de un sentido positivo de identidad personal, y que Miguel ha dejado de tener relevancia como referente de tal proceso.

A partir de esta etapa de la terapia se hace un seguimiento quincenal del caso.

REFLEXIONES FINALES

Como condición predisponente a la aparición del primer episodio psicótico en la etapa adolescencial de la paciente, se podría destacar la existencia de una historia de desarrollo en que se ha visto interferida la capacidad de integración debido a una situación particular de vínculo familiar. Se ha interferido el desarrollo de un sentido de identidad unitario, lo cual aumenta la vulnerabilidad a experimentar momentos de fragmentación o interrupción de la continuidad de la historia personal.

Al llegar a la adolescencia, la paciente no ha desarrollado un sentido de autoreconocimiento estable de sí misma, que nace de una demarcación igualmente estable entre la consciencia de sí misma y del mundo. Es posible sospechar que previamente a la aparición del primer episodio psicótico, aún no había logrado desarrollar una clara diferenciación entre el mundo interior y el mundo exterior. Esta diferenciación consiste en separar los propios estados internos, como las fantasías, sentimientos y estados de ánimo, de los estados internos de los otros. Consiste en conocer el propio mundo interior y ser capaz de separarlo de la intencionalidad de los otros (Guidano, 1990, 1992, 1994a, 1994b, 1995, 1996, 1997).

Hay que tener en consideración que la calidad del primer vínculo emocional en la infancia define un particular estilo de funcionamiento. En los primeros años del desarrollo van tomando forma distintos estilos de funcionamiento afectivo, categorizados a partir de la estabilización de determinados núcleos emocionales y de temas narrativos predominantes construídos en función de mantener una imagen aceptable y una adecuada reciprocidad con los otros. Cada estilo de funcionamiento

se organiza en función de mantener al mínimo el grado de activación emocional de los temas afectivos discrepantes, procurando, asimismo, conservar un sentido de sí mismo positivo a lo largo del tiempo. Se podría decir que desde la propia experiencia emocional, cada persona construye una visión de sí misma y del mundo, mínimamente tolerables para poder continuar viviendo.

En un contexto intersubjetivo, el quiebre inesperado de la sintonía recíproca con un otro significativo, podría desencadenar procesos más o menos graves de desequilibrio afectivo, a partir de una más o menos intensa activación emocional de los temas afectivos discrepantes, como en este caso, el sentido de falta de valor y fracaso personal. Esto podría constituir una amenaza para la estabilidad de la propia imagen, además de exponer a la persona a experimentar un sentido de sí y del mundo altamente negativo, difícilmente tolerable por ciertos períodos (Guidano, 1990, 1992, 1994a, 1994b, 1995, 1996, 1997).

Visto de este modo, el primer episodio psicótico aparece en un contexto afectivo en que la paciente experimenta un fuerte cuestionamiento de su propio sentido de valor personal, en una etapa vital en la que está intentando separarse emotivamente de la familia de origen, al mismo tiempo que intenta construir una identidad propia, diferenciada de la de sus padres. Se entiende que este episodio se inicia a partir de la estabilización de una aguda interrupción en el sentido de continuidad de la identidad personal, la cual es todavía más bien desdibujada y oscilante.

Siguiendo esta perspectiva, se podría sostener que el intento de superar la interrupción del sentido de continuidad de la historia personal es lo que da curso a la construcción creativa, imaginativa y fantasiosa, de un mundo donde se hace posible la recuperación del sentido de valor propio que se ha visto cuestionado en un momento crucial del ciclo de vida. Por lo tanto, se entiende el estado psicótico maniaco como un intento creativo de búsqueda de mantenimiento del sentido de continuidad temporal, y que es parte de un proceso autoorganizativo de la identidad personal.

La imaginación, como recurso creativo, posibilita corregir la propia negatividad sentida a través de la construcción de un mundo fantástico, valiéndose de una serie de recursos lingüísticos, en este caso predominantemente simbólicos, y creando personajes que, a pesar de ser absolutamente coherentes con los procesos de significado del mundo interior, aparecen como extraños e incomprensibles ante los observadores externos (y, por ende, ante la propia persona como observadora de sí misma, una vez pasada la fase psicótica).

Se podría señalar que durante los períodos psicóticos, la paciente comienza a ordenar su experiencia en una dimensión narrativa parecida al llamado “realismo mágico”. Es decir, surge un tipo de discurso donde la fantasía, el pensamiento mágico y el pensamiento simbólico, aparecen externalizados directamente, desbordando la trama narrativa, sin haber sido procesados por las reglas ordenadoras del

discurso consensual intersubjetivo, como ocurre normalmente.

Entonces, en los periodos psicóticos la trama narrativa pierde la secuencialidad cronológica, causal y temática, que caracteriza la modalidad de procesamiento normal, y aparece una particular forma de ordenar la experiencia a través de un tipo de narración personal que implícitamente es coherente con una organización de significado específico (Guidano, 1995, 1996, 1998, 1999), en este caso de estilo dápico. De esta manera, la trama narrativa adquiere las características de un discurso fantástico, llamado habitualmente “lenguaje psicótico”, en el que es posible apreciar una confusión de los límites y una superposición entre los mundos interno y externo, adquiriendo formas definidas tradicionalmente como delirios y alucinaciones.

Siguiendo este enfoque, resulta fundamental la reconstrucción de los personajes y símbolos que forman parte de la narrativa personal del procesamiento psicótico. Entendiendo que la correspondiente internalización de las alucinaciones y del delirio, debería conducirnos a la identificación de los componentes básicos del propio estilo de funcionamiento. Previamente a la reformulación de los aspectos psicóticos en los términos experienciales de la coherencia interna del significado personal, ha de recuperarse la secuencialidad del discurso (Guidano, 1995, 1996, 1998, 1999).

Asimismo, se podría plantear que los componentes de la experiencia afectiva desencadenante de los episodios psicóticos, si no son identificados debidamente - en el sentido de ser contextualizados en una dimensión cronológica de la historia afectiva y reconstruidos cuidadosamente considerando los procesos de ordenamiento tácitos de significado personal, que permita su adecuada comprensión y su correspondiente reformulación a partir de una visión diferente- reaparecen nuevamente siendo procesados a nivel psicótico. Es decir, reaparecen a lo largo de la vida de la persona en otras situaciones posteriores de desequilibrio emocional, acentuando la interrupción de la continuidad experiencial vivida en el momento actual y tomando así la forma crónica.

Por lo tanto, paralelamente a un énfasis en la diferenciación interno-externo durante todo el procedimiento terapéutico, la estrategia terapéutica se dirige a la reconstrucción de los contextos relacionales en que surgió el desequilibrio, las narrativas recíprocas y los significados implícitos asociados. Se identifica el escenario afectivo y los personajes protagonistas de los diferentes episodios psicóticos para iniciar su correspondiente reconstrucción y, posteriormente, insertarlos dentro de una perspectiva histórica del desarrollo de la identidad personal. Se destaca la similitud de sus contenidos para alcanzar una mayor comprensión del propio estilo afectivo de funcionamiento, promoviendo una adecuada comprensión de las reglas de coherencia interna que se han puesto en juego en cada caso y, asimismo, reforzando la estabilización de una autoimagen consciente aceptable y unitaria.

Nota de la autora:

En este análisis se han utilizado seudónimos, además, se han cambiado ciertos antecedentes personales y geográficos, como medida de respeto al acuerdo de confidencialidad terapéutica.

ANEXOS

Algunas de las cartas dirigidas a Miguel

Colaboración en la redacción y traducción del catalán: Marta Carrera i Crespo

Abril de 2003

Hola Miguel,

Han pasado varios días y no sé nada de ti. Sólo sé del olvido. No me gustaría, después de estos meses de crisis en los que te estuve recordando, y estos años de espera y deseo de verte, que fueran en vano, fueran para tildarme de desequilibrada. Tú y yo sabemos de qué trata toda esta historia, que compartimos hace tiempo y que yo guardo en la memoria.

Estoy tratando de rehacer mi vida, con relativa comprensión y con una larga distancia a recorrer. Mi dolor no tiene cura, es un mal que duele vivir, y que yo misma, yo, en mi soledad, tengo que reparar y tratar de evitar que vuelva a herirme. Y este dolor tan indescriptible que es un dolor del alma, me impide darme lástima a mí misma.

En casa no se creen que esté enferma, en el trabajo tampoco. Las amigas me ven como siempre: “seny i rauxa”, inteligencia y emociones a flor de piel. Y tú nunca creerías que estoy firme, pero destrozada por dentro. Pero en este mundo aparentemente todo tiene cura. El trabajo y una mudanza, un nuevo rincón donde vivir, me tienen que proporcionar la estabilidad suficiente para poder caminar sin tropiezos. Pero, ¡ay!. qué difícil es empezar toda esta historia sin ningún tipo de apoyo, sin un “¡Venga, adelante!”. Nunca nadie podría comprender, sólo este sentimiento sería comprendido desde una perspectiva que no fuera superficial y esporádicamente, hasta, molesta e ilimitada.

Todo estriba en encontrarse a uno mismo. Yo me encontré, cara a cara, con mi rostro. Y vi infinidad de seres cambiantes. Hasta que mi yo se difundió y se esparció como las piedras translúcidas, un calidoscopio. ¿Sabes de qué te hablo? Lo supe en París, donde vi ese vacío en el espíritu, un tipo de sensación de gravedad y relatividad que me hicieron vaciar y reconocer un ser etéreo, carente de atributos y acciones dispersas: en unos instantes, todo tomó forma para después desvanecerse. Pero este sentimiento ha estado presente ahora. Este sentimiento, la falta de aire y circulación, la falta de estímulos, la sensación horrorosa de plenitud, hacen que tomes conciencia de la fragilidad. Sólo me ha podido resguardar de la caída el lenguaje, el aproximarme a otros, el comunicar, a veces tarea suficientemente

difícil en mi estado carencial.

Y ahora, lo que noto es que no puedo hablar sino es escribiendo. A veces prosa, a veces intentos de poesía, y convencerme a mi misma que tú ya me has olvidado, y que hace tiempo empezaste una nueva vida. Pero querría, de estos años en que has estado, recuperar el amigo que hacía bromas, citaba a Ibsen y Strindberg y me abría los ojos, que brillaban como chispas. Sólo pediría eso, toda otra cosa es poesía y prosa en una tentativa literaria, en un querer descubrir y sacar el velo oscuro de nuestra pasada historia, que no ha de volver nunca con el cariz que tuvo muchos años atrás.

Ya no tenemos ningún secreto que esconder, sólo hace falta que no se desvele. Durante mi proceso de metamorfosis que empezó a finales de 1994 he sobrepasado algunos límites de conciencia estando entre dos mundos. Dibujé y escribí mucho y, desgraciadamente, escribí en una libreta cosas muy feas. La he encontrado hace poco, quizás no hace ni una semana. Ha sido horroroso, hasta me daba pánico. No me extraña que cada vez que he intentado leer la primera hoja me encontrase de repente en el mismo estado. Y es que los momentos de dolor y pánico que pasé son inenarrables, sólo los puedo comunicar si hago memoria, cosa que, por otro lado, ni quiero ni deseo. De hecho, no recuerdo prácticamente nada de lo que pasó cuando estuvimos juntos. ¿Lo he borrado? ¿Qué pasó?. No lo sé. Si fue algo grato me gustaría que me lo dijeras porque no lo guardo, he perdido la noción. Fueron días muy intensos, fueron días de un dolor insufrible y sólo sé que tu me acogiste con los brazos abiertos y supiste referirme, supiste cuidarme. Quizás no te dabas cuenta de tu tarea, incluso cuando nos distanciamos por la proximidad del nuevo cuatrimestre, por el que iría la gente por tu propia vida. Yo ya no quiero marearme más hoy (bien, estoy escribiendo un mensaje que no te llegará), pero sólo decirte que... mi soledad es querida: yo no sabría estar con nadie más, a pesar de los cambios, ya que he perdido lentamente la capacidad de enamorarme normalmente, de amar por una cara hermosa o una sonrisa fiel.

Hasta la próxima carta.

Ana

Mayo, 2003

Querido Miguel,

Estoy pasando un fin de semana de reflexión, tratando de cerrar la crisis que sólo tu sabes cómo se pudo gestar, si alguien sabe cómo pasó.

Los últimos tres meses he estado en estado de trance, en un estado en el que percibía todo de una manera muy sutil. He vuelto a estar medicada, y por poco no me han ingresado. Es así de triste, nada más.

No sé por donde empezar y por donde terminar. Lo cierto es que siempre que me pasa esto busco una cosa nueva, movida por una extraña intuición. No sé qué me pasa, es como una búsqueda del yo y otros términos filosóficos que no conozco

y que yo misma interpreto “sui generis”. Mi crisis es vivencial, ligada a mi vida en relación al acontecer cotidiano. No sabía hasta ahora cómo frenarlo, no quería dejar mi crisis. Ahora sí.

No quería dejar de soñar despierta, la realidad es un mundo que he habitado muy pocas veces, y que en ocasiones me es ajeno.

Cuando tengo un problema grave, evito acercarme a él y afrontarlo, y utilizo la imaginación para salirme, para crearme la idea de que me he salido. Y así he funcionado durante años y años. ¿Por qué? No lo pasé nada bien de pequeña, de adolescente y de más grande, ahora.

Y ahora trato de salir de este inefable agujero -más bien cojín de algodón que se deshace y me hace caer- para poder estrenar de nuevo un nuevo acto en mi vida, sin escapar de la realidad. Pronto te escribiré lo que he ido encontrando por el camino, pero ahora te querría contar qué tipo de vida he tratado de escoger.

Me gustaría vivir independizada de forma real, y poder establecerme sola y en paz, de manera que pudiese disfrutar de una vida normal, sin imaginarla. Ahora mismo, en realidad, tengo deseo y ganas de que mi pasado entre en el terreno del archivo, solamente.

Cuando imagino, cosa que me sale espontáneamente y en momentos de tensión o aburrimiento, de falta de estímulos, cuando imagino me creo un mundo maravilloso y onírico, que siempre acaba con mi destrucción. Estas imaginaciones forman parte sustancial de mi carácter, pero no son mi persona. Y trato de explicar lo que siento y lo que veo con palabras y dibujos, sobre todo.

¿Sabes? Ahora me he apuntado a clases de canto, y estoy segura de que que ayudará a conectar más con mi cuerpo y alma. También el dibujo y escribir me ayudan a evolucionar en la búsqueda de mi misma. Tengo algunas montañas de cuadernos, y más proyectos que tiempo.

Tu me dijiste dos palabras que literalmente me han salvado la vida: autodisciplina y dosifícate.

Miguel has sido mi maestro, mi padre espiritual, mi amor más loco y mi única razón de vivir. Sé que te he idealizado hasta los límites, sé que quizás te he hecho mucho y mucho daño. No era mi intención, a veces somos culpables de inocencia, si es que tengo que confesarme culpable.

En realidad, tengo una idea aproximada de lo que me está pasando. Aun manteniendo la conciencia del lenguaje suficientemente lúcida, he sobrepasado los límites de este lenguaje. Digamos que he llevado el lenguaje a límites altísimos, hablando sola y con la naturaleza. He consultado a las energías para saber si iba bien por donde iba, y siempre me ha respondido afirmativamente, menos durante la noche, en que he estado como invadida de saber, de un saber demasiado extraordinario o insoportable, incomunicable. A pesar de mantener la conciencia del cuerpo, incluso pensando en ti por las noches, me he olvidado por las mañanas, y no he conseguido dejar de ser tan “intelectual”. Es por eso que siempre que tengo

una crisis necesito de tu presencia, tu mirada, tus palabras. Y así, sin aquella voz que me abrió la puerta, no puedo vivir. Y me falta un abrazo, daría un mundo por un abrazo tuyo, aunque sólo fuera por unos instantes. No me querría poner mística, sé que eres un hombre y un caballero. Necesito un diálogo contigo y alguna caricia que me consuele. Porque Miguel, me he visto morir por dentro. Mi cuerpo estaba vacío, desnudo de todo. He experimentado como mi cuerpo se elevaba, caía, se metamorfoseaba. No creo que haya demasiada gente que soporte estos horrores, ni que los conozca. Pienso que los dos tenemos un don especial, que no podemos dejar que se pase la vida sin explicarnos nuestras búsquedas, sin comunicarnos, sin mirarnos a los ojos. Y sería inhumano que los dos estuviéramos separados, que yo tuviera que vivir con esta muerte encima. No me quiero poner trágica, pero no puedo hacer nada aún. O justamente estoy aprendiendo ahora, a vivir. Justamente ahora y hoy estreno un nuevo acto en mi vida. Y pronto se abrirá el telón y yo... tengo que tener la cabeza clara y una vida rehecha. Bien, parece un problema sencillo y complejo a la vez. Pero es muy simple: me he estado preguntando toda la vida aquellas cuestiones más trascendentales. Ahora, de golpe, sé el origen de todo, ya puedo plantearme una serie de certezas. Desde mi sentir, por supuesto.

Aparte de ser una ideóloga (en sentido artístico) o imaginadora tremenda, por cantidad de recursos (mal utilizados), soy una persona tremendamente entusiasta. Me he visto morir, mentalmente me he reencarnado (sí), he soportado mentalmente y físicamente las cosas más graves, y sigo aquí y ahora con voluntad y ganas de seguir viviendo muchos años, aunque con una escena y una manera de hacer muy renovada.

Nos conocimos hace ya suficientes años, suficientes como para que tú y yo hayamos cambiado la perspectiva de nuestras vidas. Miguel, haya pasado lo que haya pasado, te quiero como a un amigo. No sabrás nunca lo que te he llegado a querer, a mi manera. Quizás nunca lo comprenderás, pero sí que lo podrás sentir.

Y ahora tengo ganas de ser una mujer. Una mujer de verdad, con todas estas cosas que nos caracterizan. Ahora sólo me hace falta cierta autodisciplina (leer el periódico, clases de canto, etcétera, trabajar...) y transportar mis inspiradas intuiciones e imaginaciones al mundo real, al mundo plástico. Es decir, tengo que aprender a plasmar mi arte. No hacerlo me podría ser muy negativo, tengo que encontrar un ámbito de expresión de mi arte. Y no hacer dar más vueltas a esta noria, me podría ser pernicioso y fatal, si no lo paro a tiempo. Así que sólo me hace falta... serlo, hacerlo y amarlo. Parece fácil ¿no? Me animo a mi misma a hacerlo realidad. Me hace mucha ilusión saber del mundo y sentir las manos trabajando. Un beso,

Tuya, Ana

Agosto de 2003

Hola, ¡Cuánto tiempo! No esperaba encontrarte así. Cuando te vi en el periódico me costó reconocerte. Por esos tiempos no estaba demasiado fina, tú ya

sabes de qué te hablo. De hecho, todo aquello ya ha pasado, y desde hace poco se está dando por concluida mi... bien, manía o dile como quieras. Y me ha parecido que tenía que hablar contigo para dar por concluida aquella historia, aquella etapa de la que aún no he bajado definitivamente el telón. Supongo que te vengo con una historia que te sonará a remota, quizás ya no debes recordar nada, quizás nada, de lo que pasó. De hecho, realmente no pasó nada de extraordinario, pero cada uno lo vive como lo vive. Porque... ¿Qué crees que (nos) pasó?

Quizás ahora estoy empezando a entender aquello que pasó.

Vivo como en una novela, y por la mañana me levanto y me digo... ¿Esto me está pasando a mí? ¿Cómo puede ser una situación así? Me doy cuenta de que saco las cosas de lugar, pero es debido a que nunca pude saber, y desde el desconocimiento la imaginación crea situaciones, pensamientos y fantasmas que sólo ocurren en la mente de quien los vive de una forma tan intensa como si fuera una realidad, como si estuviese pasando.

¿Crees que podría aportarte una visión de lo que es la locura? ¿Crees que te serviría de alguna cosa comprender qué pasa cuando hay una nube de pasión que te ciega? Hace un tiempo ésto me hubiese sido nefasto, hace un tiempo me horrorizaba pensar en estas cosas. De hecho, cuando abría libretas mías, siempre tenía una recaída, buscando una explicación a todo ello. Y nunca me había planteado que era porque amaba ese mundo del que tú hablabas, de esa manera de vivir y sentir, de esa sensibilidad tan encantadora. Y después de amar a este mundo te amé a ti. Pero no lo quise reconocer, demasiados prejuicios y demasiado miedo a romper con lo establecido. Demasiada falsedad. Recuerdo que cuando entré en el Clínico me sacaron por unos días un cuaderno que tenía escrito con los pensamientos y las vivencias de esos días previos. Supongo que los psiquiatras estaban asustados, yo aún me asusto cuando los abro, a pesar de que he quemado las hojas más bárbaras. Y todo ésto pasa porque no quiero asumir mi parte más atrevida y transgresora. Porque me da miedo no agrandar o quedar como una artista maldecida. No querría serlo.

Me desconocía, porque había estado viviendo en un mundo que me era ajeno, y descubriéndote me pude descubrir a mí. Pero no me descubrí del todo, y tampoco me mostré ante ti tal y como soy. Y creo que yo tampoco te supe reconocer. Ni como eres ni como actuaste. No supe qué me decías con aquellas palabras. Si me detestabas, si me evitabas, o si aún te interesaba, como mínimo, un poco.

De la misma manera que no sabía qué esperabas de mí. Yo no sabía qué esperaba de ti. Cada vez que vine a buscarte no reconocía a la persona que eras, buscaba más un personaje donde refugiarme, alguien que entendiese lo que me pasaba. Y, claro, tú huías con... ¿miedo, disgusto? Porque no debías saber bien bien qué pasaba, o porque yo me mostraba fría y distante cada vez que nos íbamos a la cama. Y me sentí insatisfecha porque creí que no estaba a la altura, tanto en tu habitación como fuera. Y siempre pensé que yo era una criatura muy mona, pero

nada más. Y esto me fue distanciando más y más, evitándote, y volviéndote a buscar después, irremediablemente.

Sólo quería conocer algo de esta situación que sobrevino. Sólo quería saber qué pasó esos días, qué no supe tener en cuenta, qué pasó realmente que no pasase exclusivamente por mi cabeza. Con ésto tendría una respuesta a dudas que no me permiten dar totalmente por concluida esta situación pasada hace tantos años. Mi futuro no encuentra un fundamento si no es con una memoria lúcida, no lastimada por una imagen turbia de lo que fue mi ayer.

Septiembre de 2003

Finalmente, después de años, los dos se encuentran. Hay un momento de sorpresa, pero después se establece una verdadera comunicación. En ésta puedo ver a mi protagonista como una persona amable, nada distante. Creo que nunca lo había visto así, y me complace ver que todas aquellas fantasías eran sólo fantasías, hechos producto de mi mente. En media hora se ha creado aquel ansiado reconocimiento de uno y de la situación. Muchas dudas han encontrado su respuesta. Y todo lo dicho no hace falta repetirlo. Se ha dado por cerrada la situación. Ha terminado el último acto de aquella ópera trágica. Se ha terminado la enfermedad, la preocupación, el insomnio, los nervios, la pasión irrefrenable. Y ahora ya puedo andar por mí misma, viendo que soy yo la responsable y quien construye la propia vida día tras día. Porque en las propias circunstancias, ha habido un progreso más que razonable. Ahora no hace falta sufrir, sólo para cuidarse. Poca cosa más, excepto recuperar las inquietudes y ponerlas en práctica de forma sana y satisfactoria. Sin un entusiasmo desmesurado, sin estridencias, sin exacerbaciones. Porque hay tanto y tanto por hacer y descubrir, que hace falta hacer todo ésto con medida, disfrutando cada éxito y soportando cada fracaso.

Ahora estoy depurando las libretas autobiográficas y los diseños más fuera de contexto. Así, todo habrá sido una pesadilla sin demasiadas consecuencias. Y ahora todo se volverá más claro. Mi cabeza podrá asimilar y no mandará tanto. Porque ahora ya podré vivir con normalidad y sin aquella losa que pesaba en mi vida emocional y con la cual no podía vivir ni entender todo aquello que pasó. Me he sacado de encima un peso de dos toneladas. ¡Qué respiro! Nueve años de huída y retorno, mediante las crisis. Nueve años para perder y reencontrar la identidad perdida, para reencontrarse con un mundo que clama para hacerse propio. Para reencontrarse uno y para reencontrar la identidad robada por el tiempo.

Ahora, ¿sabes?. Detrás de mí tengo una pared blanca. Todo ésto es lo que tengo detrás, es la materialización de mi pasado. El pasado es un muro sin puertas, sin ventanas desde donde otros miren. Ante mí, tengo todo aquello que ve mi mirada. Si me quedase aquí y mi pared se oscureciera, siempre podría mantenerla de nuevo. Siempre podría restaurar la solidez, siempre podría rehacer el color original. Y si avanzo, si me desplazo, cada paso dará paso a otro, y cada huella

permanecerá en el después. Ésto es todo. Es todo lo que tengo y que me queda. Un largo camino por hacer y una sombra que se proyecta sobre un muro blanco, que crece en la distancia. Un espacio blanco para volver a dibujar, un recorrer infinito que nunca se acaba. Y que siempre nos apoya, allá en la distancia.

Este artículo presenta un resumen del tratamiento psicológico de un caso de psicosis maníaca, desarrollado en el marco de la concepción teórica y aplicación terapéutica, propuestas por Vittorio Guidano.

Key words: postrationalism, psychosis, personal meaning organization, psychotherapy,

Referencias Bibliográficas

- DSM-IV-TR (2002): *Breviario: Criterios Diagnósticos*. Masson, Barcelona (versión española de la cuarta edición revisada de la obra original en lengua inglesa *Diagnostic criteria from DSM-IV-TR*, publicada en primera por la American Psychiatric Association).
- GUIDANO, V.F. (1987): *Complexity of the Self*. Guilford Press, New York.
- GUIDANO, V.F. (1990): *Terapia Cognitiva Procesal Sistémica*. Seminario Organizado por la Sociedad Chilena de Terapia Cognitiva Posracionalista. En Aronsohn, S.: *Vittorio Guidano en Chile* Universidad Academia de Humanismo Cristiano & Sociedad Chilena de Terapia Posracionalista, Santiago de Chile.
- GUIDANO, V.F. (1992): *Un Enfoque Integrativo de Terapia Cognitiva Estratégica*. Seminario dictado en el Centro de Extensión de la Universidad de Chile, organizado por la Sociedad Chilena de Terapia Cognitiva Posracionalista. En Aronsohn, S.: *Vittorio Guidano en Chile*. Universidad Academia de Humanismo Cristiano & Sociedad Chilena de Terapia Posracionalista, Santiago de Chile.
- GUIDANO, V.F. (1994a): *Aspectos del Marco Narrativo en la Construcción de la Experiencia Humana*. Primeras Jornadas de «Terapia Procesal Sistémica del Cono Sur». Organizado por la Sociedad Chilena de Terapia Cognitiva Posracionalista. En Aronsohn, S.: *Vittorio Guidano en Chile*. Universidad Academia de Humanismo Cristiano & Sociedad Chilena de Terapia Posracionalista, Santiago de Chile.
- GUIDANO, V.F. (1994b): *El Sí Mismo en Proceso: Hacia una Terapia Cognitiva Posracionalista*. Ediciones Paidós, Barcelona.
- GUIDANO, V.F. (1995): *Terapia Post-Racionalista de los Trastornos Psicóticos*. Seminario dictado en el Centro de Extensión de la Universidad de Chile, organizado por la Sociedad Chilena de Terapia Cognitiva Posracionalista & el Instituto de Terapia Cognitiva. En Aronsohn, S.: *Vittorio Guidano en Chile*. Universidad Academia de Humanismo Cristiano & Sociedad Chilena de Terapia Posracionalista, Santiago de Chile.
- GUIDANO, V.F. (1996): *Las Organizaciones de Significado Personal y su Relación con la Trama Narrativa*. Curso-Taller «Abordaje Clínico en el Enfoque Posracionalista», organizado por la Sociedad de Terapia Cognitiva Posracionalista. En Aronsohn, S.: *Vittorio Guidano en Chile*. Universidad Academia de Humanismo Cristiano & Sociedad Chilena de Terapia Posracionalista, Santiago de Chile.
- GUIDANO, V.F. (1997): *Relación entre Vínculo y Significado Personal*. Curso-Taller organizado por la Sociedad Chilena de Terapia Cognitiva Posracionalista. En Aronsohn, S.: *Vittorio Guidano en Chile*. Universidad Academia de Humanismo Cristiano & Sociedad Chilena de Terapia Posracionalista, Santiago de Chile.

- GUIDANO, V.F. (1998): *Selfhood processes: continuity vs. discontinuity & The dynamics of psychotic disturbance*. International Congress on Constructivism in Psychotherapy. Siena, Italia. Exposiciones sin editar.
- GUIDANO, V.F. (1999): *Continuidad y Discontinuidad*. Primera Jornada Clínica de Psicoterapia Cognitiva Constructivista y Posracionalista. Sociedad Chilena de Terapia Cognitiva Posracionalista & Universidad Central de Chile. En Aronsohn, S.: *Vittorio Guidano en Chile*. Universidad Academia de Humanismo Cristiano & Sociedad Chilena de Terapia Posracionalista, Santiago de Chile.

UNA PERSPECTIVA CULTURAL DE LA RESISTENCIA

Theodore Reid

1900 Fox Drive, McAllen, Texas 78504.

The purpose of this article is to demonstrate that unconscious cultural values are an unrecognized source of resistance. In this view, resistance may be result of conflict in a patient between unconscious cultural values and the values consciously espoused or, may result from conflicting (unconscious) cultural values held by therapist and patient. This sources of resistance may operate in situations in which therapist and patient share such parameters as race and class.

Key words: resistance; culture; values; therapist-client matching; race; class

INTRODUCCIÓN

“Resistencia” es un término acuñado por Freud (1912) y se define (Eidelberg, 1968) como “una fuerza dinámica que interfiere el progreso del análisis”. Se considera que es un esfuerzo inconsciente del individuo para minimizar o evitar la ansiedad asociada con los deseos inconscientes. Esta es la visión a la cual se adhieren las diferentes ramas del psicoanálisis, la psicoterapia dinámica y sus derivaciones

Los teóricos de la terapia cognitiva o conductual generalmente rechazan la premisa de la motivación inconsciente. Al contrario, consideran que la resistencia es un fenómeno consciente, que está bajo el control del paciente. Por eso se aplica a las conductas de incumplimiento (Fensterheim & Glazer, 1983.)

La mayoría de las teorías aceptan la idea de que el terapeuta, a través de intervenciones inadecuadas o mal sincronizadas, puede provocar o incrementar la resistencia. En el caso del psicoanálisis y las terapias psicodinámicas, éstas incluirían conductas como las interpretaciones prematuras, la violación de la neutralidad terapéutica, o la sugerencia de consejos. En las terapias cognitivas o conductuales, el terapeuta puede enfocar indebidamente el problema o prescribir conductas inadecuadas.

Las explicaciones clásicas de la resistencia se centran en el individuo, y

reflejan un aprendizaje inadecuado, o como se conoce tradicionalmente, entran en conflicto con un deseo reprimido del paciente en particular. En este modelo, la resistencia también puede ser una consecuencia del error del terapeuta (interpretaciones prematuras o inadecuadas), desviaciones del marco teórico o falta de empatía.

En los últimos años, particularmente después de los movimientos de los derechos civiles de los sesenta, se han hecho algunos intentos de considerar las diferencias étnicas y raciales entre el terapeuta y el paciente. Sin embargo, todavía no existe una comprensión clara sobre cómo tratar estas diferencias, sólo una vaga advertencia de que el terapeuta debe ser “sensible” a ellas. En ningún caso de los que conozco se han tenido en cuenta las preocupaciones sobre las diferencias en el contexto de la teoría de la terapia.

Una revisión de la literatura que trata el impacto de las actitudes y valores en la psicoterapia pone de manifiesto la confusión existente. Hay una larga tradición derivada del psicoanálisis según la cual los terapeutas necesitan ser conscientes de sus valores a fin de no influir inadvertidamente sobre sus pacientes. Esta advertencia se confunde por el hecho de que la terapia exitosa parece ser el resultado de una convergencia de las actitudes del terapeuta y del paciente (Atkinsin & Schein, 1987; Beutler, Crago & Arizmendi, 1986; Kelly, 1990; Tjelveit, 1986). Sin embargo, en la revisión de la literatura llevada a cabo por Beutler y Bergan (1990), se aprecia un desacuerdo con respecto al rol de las diferencias iniciales entre el paciente y el terapeuta. Tres de estos estudios (Beutler, 1981; Kelly, 1990; Tjelveit, 1986) han señalado que las diferencias iniciales de los valores predecían un buen resultado. Otros tres estudios (Atkinson & Schein, 1987; Beutler *et al.*, 1986; Kelly, 1990) afirman que las similitudes iniciales llevan a un resultado exitoso. Todo el campo está ofuscado por la falta de acuerdo sobre qué valores son significativos para establecer una relación terapéutica, influir el curso de la terapia y crear un resultado positivo en la terapia.

Una posible solución al rompecabezas del impacto de las actitudes y valores sobre la resistencia se halla en el núcleo del análisis. Quizás, la resistencia no se debe siempre a los deseos inconscientes de un paciente en particular o al error del terapeuta. El propósito de este artículo es demostrar que los valores culturales inconscientes son una fuente no reconocida de resistencia. Desde este punto de vista, la resistencia puede deberse a un conflicto del paciente entre los valores culturales inconscientes y los valores adoptados conscientemente, o a un conflicto (inconsciente) entre los valores culturales del paciente y los del terapeuta. Estas causas de resistencia pueden actuar en situaciones en las que el terapeuta y el paciente comparten parámetros como la raza y la clase.

Una perspectiva cultural sobre por qué la gente no cambia

La cultura define el universo y el lugar que ocupan los seres humanos en este universo. Determina lo que es la “buena vida”, prescribiendo y proscribiendo actitudes, creencias y comportamientos. La cultura regula las relaciones sociales e interpersonales, así como las creencias, comportamientos y actitudes correspondientes respecto a cualquier cosa hecha o presente en el mundo. Es la base de una visión individual del self-en-el-mundo.

La verdad de estas afirmaciones se constata cuando se observan los miembros de otras culturas remotas en el espacio o tiempo. Hall (1983) dedica un volumen entero a las diversas maneras de usar el tiempo en los países occidentales así como en un número de culturas “primitivas.” No sólo demuestra las diferentes visiones del tiempo, sino también el impacto de estas visiones en otros aspectos de la vida. Señala que los americanos operan en un tiempo “monocrónico” en el cual se centra la atención sobre una cosa sólo. Contrariamente, los americanos hispanohablantes y los nativos americanos utilizan el tiempo “policrónico” donde se realizan varias actividades a la vez. Un terapeuta nacido y formado en América seguramente creería que una madre americana nativa que lleva su hijo a la terapia está mostrando resistencia. Para ella, sin embargo, no hay ninguna razón para no llevarle, ya que está acostumbrada a realizar varias cosas simultáneamente. Un terapeuta que lleva a cabo una terapia con una persona de otra cultura se enfrenta obviamente a problemas ciertamente significativos. La terapia entra de lleno en la base de la perspectiva del cliente de sí mismo en el mundo y de las relaciones entre sí mismo y los demás.

Una manera de contextualizar el ejemplo que acabamos de dar es considerarlo como una serie de prismas a través de los cuales vemos el mundo. Los prismas nos permiten ver ciertos elementos del mundo de manera muy clara y precisa mientras que otros se difuminan o desaparecen. La cultura también se puede describir como un conjunto de filtros que tamizan la experiencia y le infunden significado. Los elementos de los prismas o filtros incluyen el lenguaje, las creencias, los objetivos y expectativas de uno mismo y de los demás. No es ninguna redundancia afirmar que tanto el terapeuta como el paciente llevan sus propios prismas a la sesión de terapia.

La cuestión obvia es si esto es relevante para los esfuerzos terapéuticos en la América culturalmente pluralista de siglo XXI. ¿Son tan diferentes los granjeros de Minnesota de origen escandinavo de los germano americanos que viven en Nueva York? ¿Tienen los americanos de origen polaco que viven en los suburbios de Detroit diferentes valores de los WASP (*White AngloSaxon Protestant*), es decir de los blancos de la clase dominante de origen anglosaxón y religión protestante de San Francisco? ¿Sostienen diferentes creencias los negros de Watts de los negros criados en un suburbio integrado de Seattle? Además, si incluso existen estas diferencias, ¿afectarán el curso y resultado de la terapia? ¿Afectan estas variables

culturales a lo que se denomina “resistencia”? Sobre la base de mi experiencia clínica, la respuesta a todas estas cuestiones es “Sí.”

UN MARCO PARA LA COMPRESIÓN DE LOS FACTORES CULTURALES

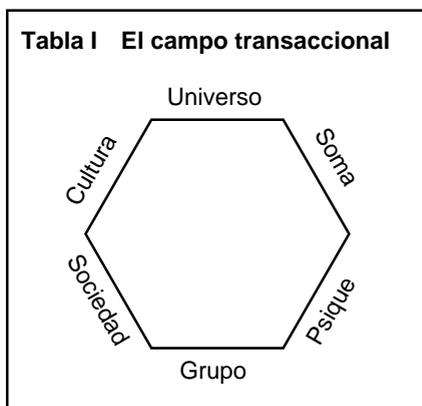
Spiegel (1971, 1982) ofrece un marco para conceptualizar los efectos interaccionales de los factores culturales. Describe un “Campo Transaccional” el cual contiene seis focos: “Universo,” “Soma,” “Psique,” “Grupos,” “Sociedad” y “Cultura.” Los seis interactúan poderosamente. Los focos adyacentes impactan directamente entre ellos. Por ejemplo, tanto el Soma como el Grupo dan forma a la Psique, la Psique y la Sociedad impactan el Grupo, etc. Los focos más alejados actúan indirectamente, es decir la Cultura opera en la Sociedad la cual impacta sobre la Psique a través de la operación del Grupo (familia) (Ver tabla 1).

En este marco, el *Universo* se refiere a los elementos inanimados tales como la distribución física o el terreno, el clima, el hábitat, el aire, el agua, los alimentos y el formato temporal. El *Soma* se refiere a las estructuras anatómicas y procesos fisiológicos así como a los procesos patológicos que atañen a la cognición, la percepción, la resolución de problemas, la elaboración y reducción de conflictos, y comportamientos específicos de contextos situacionales.

El *Grupo* se define como grupos en interacción e incluye la familia, los semejantes y los grupos de vecinos. Estos grupos están entremezclados en un sistema social, aquí denominado *Sociedad*. La *Cultura* se refiere a los significados, artefactos y conductas a través de las creencias compartidas, los valores y el lenguaje que una sociedad ha proporcionado a la historia. Estos focos han interactuado dinámicamente originando la historia y los dilemas de nuestro planeta.

Las diferencias de los valores culturales no son necesariamente escollos terapéuticos. Lo que se necesita es un marco que permita identificar las variables culturales que afectan el proceso terapéutico. Spiegel (1971, 1982) se basa en la obra de dos antropólogos culturales, Clyde Kluckhohn (1951) y Florence Kluckhohn (1950) y más explícitamente en la obra conjunta (1954). Se basaron el concepto de “orientación de valor” de Clyde Kluckhohn (1951) con tres supuestos básicos sobre la cultura. Los trabajos de Kluckhohn y Spiegel ofrecen una base para traducir la teoría antropológica a un marco psicoterapéutico utilizable.

El primero es, “*Hay un número limitado de problemas humanos comunes para*



los cuales todo el mundo debe encontrar una solución en cualquier momento y lugar” (Spiegel, 1982, p. 37).

El segundo supuesto es que “A pesar de que existe una gran variedad de soluciones a los problemas, ésta no es ni infinita ni aleatoria sino que se mueve dentro de un conjunto de posibles soluciones” (p. 37).

El tercero es que “Todas las variantes (alternativas) de las soluciones se encuentran presentes en diferentes grados en la estructura cultural completa de cada sociedad” (p. 30). Esto significa que existirá para cada cultura una elección preferida de una orientación de valor seguida de segundas y terceras elecciones. En nuestro país, las orientaciones de valor normativas son las de la clase media, urbana, blanca y masculina.

En un trabajo anterior, Spiegel (1971) definió cuatro áreas de orientaciones de valor, a las cuales posteriormente (1982) añadió una quinta. (Se citarán con el lenguaje en el cual se escribieron originalmente, teniendo en cuenta que el lenguaje no es neutro con el género y que se modificará posteriormente. Sin embargo, ya que el uso que hace del término “problema” en los dos primeros supuestos es confuso, se sustituirá por la palabra “factor”.) Los cinco factores son Tiempo, Actividad, Orientación Relacional, Interacción Hombre-Naturaleza, y Naturaleza Básica Humana. Estas son tres posibles soluciones (alternativas) a cada uno de los cinco factores (Ver Tabla II).

Tabla II Áreas axiológicas y posibles soluciones alternativas		
Factor	Dimensión	Solución
Tiempo	Foco temporal de la vida humana	Pasado, Presente, Futuro
Actividad	Modelo preferido de relaciones interpersonales	Acción, Proceso
Orientación Relacional	Modo preferido de relación con el grupo	Individual, Lineal, Colateral
Interacción Hombre-Naturaleza	Modo de relacionarse con el entorno natural o supernatural	Armonía con la Naturaleza Dominio sobre la Naturaleza Subyugación a la Naturaleza
Naturaleza Básica Humana	Actitudes sostenidas con respecto a la maldad o bondad del comportamiento humano	Neutral/Mixta, Buena, del Mala

Mientras que para la elección de las categorías de Tiempo, Hombre-Naturaleza, y Naturaleza Básica Humana no es preciso mayor precisión, las otras necesitan definirse. Bajo el epígrafe Actividad, la palabra “Acción” se explica por sí sola. “Ser

en proceso” se refiere a la “expresión espontánea de nuestros sentimientos internos en cualquier situación” (Spiegel, 1982), al que para más claridad denominaremos a partir de ahora como “Sentimientos.” Spiegel proporciona dos definiciones para “el Ser en proceso.” La primera hace referencia al autocontrol y autocontención a través de la meditación y desapego (Spiegel, 1971) y el segundo se refiere al “desarrollo de diferentes aspectos de la persona de manera completa e integrada” (Spiegel, 1982). Los dos se combinan para crear un proceso continuo de integración de los aspectos intelectuales, emocionales, espirituales y sensoriales del self, a los cuales nos referiremos como “proceso”.

En la dimensión Relacional, “Individual” se refiere a la preferencia por centrarse en la autonomía. La posición “Colateral” sostiene que el bienestar del grupo ampliado lateralmente -familia o clan- ostenta la primacía sobre los individuos que forman el grupo. “Vinculante” la sustituiremos por “jerárquica,” que es el término que utilizaremos.

Valores dominantes en la cultura americana

Cada cultura tiene una opción preferida o dominante de cada una de las categorías. Sin embargo, la cultura también ofrece dos opciones como variantes o posiciones de repuesto. Las variaciones en las clasificaciones -no sólo de las preferidas sino también de las elecciones segundas y terceras- se consideran las bases de la variabilidad cultural.

Los valores dominantes de la cultura americana (los de los hombres blancos, urbanos de clase media) se presentan en la Tabla III. No hay duda de que el valor americano preferido es el Futuro. Los americanos planifican las carreras universitarias de los hijos a la vez que su propia jubilación. Mientras, hacen planes para los fines de semana, pero se van pronto a casa el domingo por la tarde anticipando que se tienen que levantar temprano el lunes por la mañana. Parte de su vida se desarrolla en el Presente, que es su segunda elección, al tiempo que expresan su desprecio por aquellos que “sólo viven el momento”. Y respecto al Pasado, excepto el día de los veteranos o de la conmemoración de los caídos y los encuentros familiares especiales como los aniversarios de boda, existe poco interés -individual, familiar o nacional.

Tabla III Rejilla de las orientaciones axiológicas americanas	
Tiempo	Futuro>Presente>Pasado
Actividad	Acción>Sentimiento>Proceso
Relacional	Individual>Colateral>Jerárquica
Hombre-Naturaleza	Dominante>Subyugada>Armónica
Naturaleza Humana	Neutra>Mala>Buena

La superioridad de la Acción por encima de las otras posibles opciones es

evidente. El Sentimiento se soporta entre los hombres y probablemente es un elemento clave para la desvalorización de la mujer en nuestra sociedad. Respecto al Proceso, se sitúa en un pobre tercer lugar, y los que se concentran en estas tareas no sólo no son apreciados sino que también a veces se contemplan con cierto recelo.

En el campo Relacional, también hay pocas dudas. Los americanos prefieren los objetivos Individuales, que son una limitación y una potencialidad a la vez. A pesar de esta preferencia siempre se habla de trabajos en equipo o de formar parte de uno de ellos (Colateral). Generalmente, se desconfía y se menosprecia la Jerarquía, tanto si es formal, como en las esferas militares o educacionales, o implícita, como con los funcionarios, expertos de cualquier tipo.

El Dominio de la Naturaleza por parte del ser Humano no nos puede pasar por alto. Va desde la construcción de diques a *liftings* faciales y desde subir montañas a hacer llover, de agotar las minas a irrigar los desiertos. Justo detrás de esta perspectiva vienen las sequías, las inundaciones, los huracanes y el sentido de la subyugación a la Naturaleza. Vivir en Armonía con la Naturaleza son sólo palabras falsas y que se han oído sólo recientemente.

La visión Americana de la Naturaleza Humana ha sufrido ciertos cambios. Los Predicadores itinerantes tenían muy claro que los seres humanos -y especialmente las mujeres- eran malignos. Combinaban una fuerte creencia en el pecado original con una misoginia aparentemente inevitable. Bajo la influencia de la Ilustración en los siglos XVIII y XIX, se modificó esta visión y se empezó a considerar la Naturaleza Humana neutra o mixta. Sin embargo, la naturaleza Malvada de la humanidad pervive en la perspectiva de los fundamentalistas y en los productores de las películas y televisión. La visión de la naturaleza humana como Buena se encuentra en un pobre tercer puesto.

Inmigrantes, Etnias y Orientaciones Axiológicas

Una breve referencia a los grupos étnicos ayuda a poner de manifiesto la utilidad de la *Rejilla de la Orientación de Valores* al subrayar y clarificar las diferencias culturales terapéuticamente significativas. Es importante recordar que, incluso con estas breves referencias, hay varias fuerzas que interactúan determinando la importancia de los factores culturales no-americanos de los descendientes de los inmigrantes. Primero, está el número de generaciones desde la inmigración (masiva). Generalmente, como más tiempo haya estado un grupo inmigrante en el país, más grande será la asimilación de los valores culturales americanos. Un segundo factor es la importancia que un grupo en particular otorga a la asimilación. Mientras que algunos subgrupos que “acaban de llegar” intentan americanizarse lo más rápido posible, otros han intentado e intentan preservar los valores de la “tierra de procedencia” Finalmente, está el grado de permeabilidad que permite la macrocultura. Generalmente, los europeos y canadienses se sienten bien recibidos, mientras que aquellos cuya apariencia es diferente, como los negros, asiáticos o

hispanos, encuentran más difícil la asimilación, incluso si la desean.

Teniendo en cuenta lo anterior, es posible observar cómo las familias asiáticas inmigrantes más recientes que se centran más en las relaciones colaterales que individuales entran en conflicto con ellas mismas y con aquellos que reflejan los valores de la macrocultura. Este mismo fenómeno puede darse en psicoterapia donde la inclinación del terapeuta por la autonomía, tanto consciente como inconsciente, choca con los valores culturales del paciente. De forma parecida, la focalización de muchos de los hispanoamericanos en el Presente en lugar del Futuro les causa problemas de adaptación. Los aborígenes americanos presentan problemas semejantes. Su compromiso de vivir en armonía con la naturaleza y con el bienestar de sus familias y grupos de clanes (colateral) ha hecho que la asimilación a la corriente predominante americana sea menos deseable tanto para los indígenas americanos como para la cultura principal.

CULTURAS OCULTAS

La raza y la etnia son causa evidente de la variabilidad cultural, y está claro que la rejilla es sensible a estas diferencias. Existen, además, “culturas ocultas” significativas que son el centro de atención de este artículo. Este término se refiere al hecho que existen unas subculturas identificables que generalmente no se reconocen, pero que tienen sus propias orientaciones exclusivas de valores. Estas culturas ocultas, al igual que las más conocidas, operan a un nivel inconsciente.

Las culturas ocultas son la clase, la edad, el lugar de educación, “la mujer tradicional”, y las teorías terapéuticas a las que nos subscribimos. Las cuatro primeras forman ciertos grupos con conjuntos de prismas que se diferencian significativamente de los del hombre de clase media, urbano y de raza blanca. Nuestras teorías de la psicoterapia contienen una serie de valores que proporcionan a los profesionales e investigadores un conjunto de filtros que pueden chocar con quienes estamos trabajando.

No creo que la religión sea una cultura oculta para los americanos. La mayoría de las principales corrientes religiosas han adaptado sus mensajes a los valores americanos. Esto incluye la mayor parte de las congregaciones protestantes, judías y católico-romanas. Es interesante señalar que muchos obispos católicos, que comparten los valores americanos con sus feligreses, han chocado con los valores tradicionales del Vaticano respecto a varias cuestiones sociales. Las excepciones, que pueden considerarse como una cultura parcialmente oculta, son los fundamentalistas que se centran en la maldad de la Naturaleza Humana, suelen situar la Jerarquía en el primer o segundo lugar de la escala Relacional y colocan el Pasado en el segundo lugar en la escala del Tiempo, con lo que difieren de los valores americanos principales.

Clase Social

La clase es un tema con el que los americanos no se sienten cómodos. Les gusta creer que la suya es una sociedad sin clases, un mito cultural como el del “*melting pot*.” La pobreza se considera un trastorno temporal, que con diligencia y educación desaparecerá. En el otro polo del espectro, hay cierta incomodidad filosófica con las familias herederas de grandes fortunas, que chocan con mitos como el del “*self-made man*”. A pesar de resultar incómodos para los mitos nacionales, están aquellos que invariablemente son educados en una clase baja, así como aquellos que constituyen la segunda o tercera generación de familias ricas. Ambos grupos han desarrollado valores que difieren de los del hombre de clase media, blanco y urbano (Ver la Tabla IV).

Tabla IV Rejilla de las orientaciones axiológicas, basado en la clase y la edad

Perfil de la pobreza	
Tiempo	Presente>Futuro>Pasado
Relacional	Colateral>Jerárquica>Individual
Naturaleza Humana (reciente)	Neutral>Mala>Buena
(visión urbana)	Mala>Neutral>Buena
(visión rural)	Buena>Neutral>Mala
Perfil de los herederos ricos	
Relacional	Jerárquica>Colateral>Individual
Naturaleza Humana	Mala>Neutral>Buena
Perfil de la generación de la guerra	
Tiempo	Presente>Futuro>Pasado
Relacional	Colateral>Jerárquico>Individual
Naturaleza Humana	Buena>Neutral>Mala
Hombre-Naturaleza	Subyugación>Dominio>Armonía

Ya que muchos de los pobres buscan ayuda en los hospitales de salud mental donde tiene lugar la mayor parte de la investigación y entrenamiento psicoterapéutico, los profesionales de la salud mental que trabajan en estos centros han aprendido que los sistemas de valores de los que viven en la pobreza son diferentes de los suyos. (De hecho, gran parte de lo que se “conoce” sobre los valores culturales de los negros se entiende mejor en términos de cultura de pobreza.) Creo que hasta ahora ninguno de los centros hospitalarios ha utilizado hasta ahora esta rejilla para clarificar estas diferencias. Los valores de los pobres difieren de los de la clase media en tres de los cinco parámetros: Tiempo, Relacional y Naturaleza Humana. La visión del Tiempo para los pobres es Presente>Futuro>Pasado. La pobreza necesita prestar atención al Presente -la comida de hoy, un lugar donde pasar la noche, ganar algo de dinero con un trabajo puntual. Se mantienen gracias a la esperanza en el Futuro. El foco Relacional es Colateral>Jerárquico>Individual. Los

pobres dependen de los otros en las familias o grupos pequeños (Colateral) para su supervivencia. Aceptan, o al menos toleran, las Jerarquías porque lo poco que obtienen, en un día de trabajo, de temporeros en el campo o de la beneficencia, requiere que acepten su posición en el fondo de la escala social. La focalización en el self autónomo por parte de la mayoría de los terapeutas, probablemente provocará una reacción, que se denominará resistencia, cuando en realidad representa un choque de prismas culturales. La visión de la Naturaleza Humana varía entre los pobres. Si su pobreza es reciente probablemente retengan la perspectiva macrocultural. Si ha persistido, quizás durante generaciones, la visión se deforma. En los barrios bajos urbanos, la visión es Malo>Neutral>Bueno. En los sitios donde se encuentra más apoyo o se confía en la ayuda de las relaciones Colaterales, como en muchos barrios mexicano-americanos y algunas áreas urbanas, la visión es Bueno>Neutral>Malo. Sea cual sea la visión de la Naturaleza Humana, la cultura de la pobreza mantiene una serie de diferentes conjuntos de prismas para aquellos que se encuentran atrapados en ella.

El profesional medio (dentro de los que me incluyo) no tiene la oportunidad de ver suficientes representantes de los herederos ricos por lo que no se siente suficientemente capacitado como para hacer generalizaciones sobre este subgrupo. La docena de miembros que he visto en terapia, dan a entender que existen diferencias en dos parámetros. Su visión de las normas relacionales parece diferente. El perfil parece ser Jerarquía>Colateral>Individual. Quizás debido a que la riqueza de la familia proviene de los lazos familiares, los herederos dependen y están subordinados a la generación parental de una manera poco común en la macrocultura. Además, la desconfianza de los motivos de amistad respecto a quienes tienen menos dinero les empuja a tener más confianza en sus relaciones Colaterales con sus semejantes adinerados que en la corriente principal más permeable. Esta desconfianza parece que ha hecho cambiar la visión de la Naturaleza Humana a Malo>Neutral>Buena, lo que puede provocar un obstáculo cultural en la formación de una sólida relación terapéutica. Quiero expresar aquí, y a través de todo el artículo, mi esperanza de que la investigación ayude a clarificar las variaciones específicas en las culturas de diferentes grupos.

Edad

A mi parecer quienes fueron adultos durante la II Guerra Mundial tienen valores culturales diferentes de quienes nacieron después de ella. Este grupo de gente fue formado durante la Depresión y la guerra. Quienes les siguieron vivieron en un entorno muy diferente. Se han formado con la bomba atómica, los ordenadores, las televisiones, la pastilla contraceptiva, los suburbios, las familias nucleares y un conjunto de otros elementos resultado de las innovaciones científicas, tecnológicas y sociales que los americanos asocian con el “progreso.” (Ver Tabla IV).

Según la Rejilla, los valores de la generación que hizo la guerra presenta lo que se ha descrito anteriormente como “perfil de la pobreza,” con cambios adicionales en los valores Hombre-Naturaleza. Las variaciones respecto a las normas actuales están en el Tiempo, Relacional, Interacción Hombre-Naturaleza, y Naturaleza Humana. La orientación del Tiempo es Presente>Futuro (particularmente en relación con sus hijos)>Pasado. La escala Relacional es Colateral>Jerárquica>Individual. La visión de la Naturaleza Humana, tal como se ejemplifica en muchas de las películas del período, es parecida a la descrita por los pobres que viven en el campo: Buena>Neutral>Mala. La interacción Hombre-Naturaleza es del tipo Subyugación>Dominio>Armonía. Esta última diferencia probablemente se debe al recuerdo de la gran sequía de los treinta responsable del “Dust Bowl” (tormentas de polvo) que asolaron las Grandes Llanuras de América, así como las experiencias con las nevadas, la lluvia, el calor desértico y el frío del Atlántico-Norte durante la guerra.

Los que sobrevivieron a la guerra volvieron a casa para casarse o retomar su matrimonio y formar una familia. Crearon un mundo diferente de en el que habían crecido. Hoy, ven a sus hijos al otro lado de un abismo de valores culturales con los cuales entran en conflicto. Uno de los conflictos más comunes con que se enfrenta el terapeuta tiene que ver con el grado de proximidad entre las generaciones familiares. Los padres supervivientes que valoran las relaciones Colaterales entran en conflicto con sus hijos que valoran su Individualidad. Esta disparidad, y los sentimientos que generan, se ponen de manifiesto cuando aparece la necesidad de mandar los padres ancianos a los asilos.

La cultura de la “mujer tradicional”

Esta es un área proclive a los malentendidos ya que entraña aspectos políticos, psicológicos, históricos, religiosos, pragmáticos y filosóficos. Sin embargo, no se puede negar que los americanos en el pasado, así como algunos grupos contemporáneos que valoran los “valores tradicionales,” sostienen valores diferentes en todos los cinco parámetros. (Ver Tabla V.)

Tabla V Rejilla de las orientaciones axiológicas de la “mujer tradicional”	
Actividad	Sentimiento>Acción>Proceso
Tiempo	Presente>Pasado>Futuro
Relacional	Colateral>Jerárquica>Individual
Naturaleza Humana	Buena>Mala>Neutral
Hombre-Naturaleza	Subyugación>Dominio>Armonía

Se espera que la mujer tradicional experimente y exprese Sentimientos que no se consideran “masculinos,” lo que significa cualquier sentimiento que no sea el enfado. Al mismo tiempo, se crea una gran expectativa con respecto a la Acción, con

poca atención al Proceso. Para la mujer tradicional su Acción consiste en una serie de tareas de la casa (o de la fábrica o la oficina) por ejemplo, lavar, cocinar, mecanografiar, cuidar a los niños, remendar, que se reproducen en círculos que nunca acaban y que le fuerzan a centrarse en el Presente. El conocimiento de la ejecución de estas tareas procede de la sabiduría del Pasado. Además, estas mujeres son las historiadoras de la familia. El Futuro, que simplemente consiste en la repetición de los círculos familiares, recibe poca atención. Las mujeres tradicionales son las depositarias de las preocupaciones familiares, tanto de la nuclear como de la ampliada, con lo que el foco Colateral asume la primacía. La Jerarquía ocupa el segundo puesto, porque parte de su cultura mantiene su subordinación al marido o al padre. Hay poco espacio para la autonomía Individual. Se espera que considere la Naturaleza Humana como Buena (aquellos que forman parte de su mundo) pero se les anima a que consideren a los extraños como Malos. Finalmente, se Subyuga a la parte de la Naturaleza con la cual se enfrenta. Esto incluye las vicisitudes del embarazo, el cuidado de los bebés, los niños, y los mayores y ofrecer consuelo a los enfermos y moribundos.

Esta cultura oculta y paralela de las mujeres tradicionales existió casi universalmente hasta las últimas décadas. Hoy en día sólo permanece parcialmente oculta gracias a los esfuerzos de los movimientos de las mujeres, y continúa prosperando en muchos aspectos. Incluso ahora, los políticos conservadores y los líderes religiosos piden que se vuelva a los valores familiares tradicionales, que se basan en la culturización separada de los hombres y las mujeres. Los terapeutas que trabajan con mujeres (y hombres) con afiliaciones religiosas particulares (por ejemplo: baptistas sureños, mormones) o visiones sociopolíticas (derecha o izquierda) saben que los valores de sus pacientes pueden diferir significativamente de los propios.

Lugar de educación

Ésta es el área donde hay menos literatura clínica o de investigación. Yo me eduqué en las ciudades de Nueva York y Montreal, luego ejercí durante casi veinte años en Chicago antes de mudarme a Arizona hace quince años. El interés por esta cuestión surgió de la constatación que los pacientes educados en lugares diferentes responden de manera diferente a la psicoterapia.

Nueva York es el prototipo de gran ciudad culturalmente interactiva. A pesar de haber habido y de que haya focos militantes de etnias y nuevos inmigrantes, los que vienen del resto del país generalmente se asimilan con los nativos. Por el contrario, Chicago y sus suburbios, con raras excepciones, se ha mantenido segregado tanto por raza como por etnia a través de muchas generaciones. En Phoenix, es raro encontrarse con una persona nacida en Arizona. La migración viene de todo el país con una larga representación de los pueblos, granjas y pequeñas ciudades del Medio-oeste.

Sobre la base de mi experiencia como psicoterapeuta en estos tres lugares, he desarrollado unas agrupaciones que pueden ser útiles para la psicoterapia. Mi propuesta es que existen al menos tres grupos distintos, que presentan las características de culturas diferenciadas, basadas en el lugar en el cual han sido educados. Estos son las *granjas, pueblos y ciudades separadas étnicamente* (un agrupamiento que explicaré más adelante), y *ciudades culturalmente interactivas*. Las ciudades culturalmente interactivas (y las partes de otras ciudades que son culturalmente interactivas), junto con la clase media, son las que representan los valores culturales “americanos.”

Quienes crecen en las áreas rurales (con excepción de los directores de compañías agrícolas) parece que tienen mucho en común con quienes se sienten ligados a la tierra de su país. En este sentido, el parentesco de aquellos que cultivan la tierra parece que traspasa las fronteras. Comparten lo que puede denominarse una cultura “agrícola”, cuyas raíces se remontan a más de diez milenios atrás.

El foco del Tiempo es Presente>Pasado>Futuro. Las tareas diarias tienen la preferencia por encima de cualquier otra cosa, guiados por el conocimiento sobre el tiempo y los cultivos adquirido a través del Pasado. En términos Relacionales, el Individual y el Colateral son casi iguales en un lugar donde las tareas están separadas según el sexo, pero que son interdependientes. Ya que los campesinos disponen de poco dinero en efectivo, dependen de los vecinos para plantar, cosechar, construir, cavar pozos y otros trabajos importantes. En términos de Interacción Hombre-Naturaleza, el campesino sabe que está Subyugado a la Naturaleza, a pesar de que intenta contrarrestarlo con los pesticidas y la irrigación (Dominio). La visión de la Naturaleza Humana es más extrema que la de la corriente principal. Aquellos que comparten la vida de la granja tienden a ser considerados Buenos, mientras que suelen desconfiar de la “gente del pueblo” y particularmente de la “gente de la ciudad” que llegan a considerar Mala.

Los que han crecido en pueblos pequeños y los que lo han hecho en guetos étnicos urbanos comparten un esquema cultural común. La única explicación aparente de esta coincidencia es que los guetos se organizan como pequeños pueblos separados autónomamente. La gente no sólo comparte una herencia nacional sino también una herencia religiosa. Por ejemplo, hasta los recientes cambios en la litúrgica católica, los servicios se llevaban a cabo en una combinación de latín y de lenguaje popular. En ambos lugares da la sensación de que todo el mundo está enterado de los asuntos de los demás. Esto se refuerza a veces mediante la asistencia de los niños a las escuelas parroquiales, o incluso a veces es la vecindad que organiza las escuelas públicas. El resultado es el mismo a pesar de la religión. El resultado en las ciudades étnicamente segregadas es el ambiente de un grupo de pequeños pueblos pegados unos al lado de los otros. Los problemas pueden surgir en los límites de estos enclaves que colindan con los guetos de diferentes etnias.

En estas comunidades, la visión del Tiempo se centra en la sabiduría de las

tradiciones Pasadas que sirven de guía para el Presente. El Futuro se considera que es más de lo mismo. En términos Relacionales, el énfasis se sitúa en el Colateral - la familia, la vecindad, el lugar de origen en el país de procedencia. En el segundo lugar se encuentra la Jerarquía -la importancia de saber en que posición se encuentra cada uno- en la familia y en la comunidad. La visión de la Naturaleza Humana varía según los grupos étnicos, donde frecuentemente el Mal reemplaza al Neutral en el primer lugar. Pocas veces se considera que la Naturaleza Humana sea predominantemente Buena.

Estas variaciones en los valores influyen claramente todas las actividades interpersonales, incluyendo los procesos de la psicoterapia. Ayudan a determinar el tipo de caso o dificultad para establecer una alianza terapéutica, el tipo de objetivos, la calidad del matrimonio y de la vida familiar esperada, el tipo de relación preferida por el terapeuta, para nombrar algunos. La cultura, en este sentido, puede explicar parte de lo que el terapeuta percibe como resistencia. Puede resultar muy confuso si el terapeuta y el paciente tienen una apariencia similar o si incluso pertenecen al mismo estrato socioeconómico. Existe la sospecha de que los resultados de las investigaciones que se basan en la hipótesis de los valores culturales compartidos se hayan visto enturbiados por la falta de atención a estas variables culturales “ocultas.”

TEORÍA DE LA PSICOTERAPIA

En los últimos años, los terapeutas han empezado a examinar la teoría, la propia y la de los demás, en un intento de entender mejor sus hipótesis, ventajas y visión del mundo. Un ejemplo es el trabajo de Mecer y Winokur (1984). Aunque su artículo y la refutación de Wachtel (1984) son de lectura animada, se centran en un diálogo entre terapeutas acerca de las similitudes y diferencias de sus teorías que omite las diferencias de las conjeturas que puedan darse entre el terapeuta y el paciente así como los conflictos que pueden existir con un paciente determinado entre los valores culturales “adquiridos” inconscientemente y los escogidos conscientemente.

Es cierto que ninguna teoría de la psicoterapia es “culturalmente neutral” en términos de la Rejilla de Supuestos Axiológicos. Las variaciones entre los valores culturales del paciente y los derivados de la teoría del terapeuta pueden ser otros factores que confundan los esfuerzos terapéuticos. Un ejemplo común es que la mayoría de las teorías realzan la autonomía (foco Individual), lo que entra en conflicto con los pacientes que han crecido en pequeños pueblos. Por ese motivo, puede haber diferencias entre los valores del terapeuta y los de la teoría que éste utiliza, particularmente si no ha habido ninguna terapia personal para resolver estas diferencias potenciales. Por ejemplo, uno de los problemas más comunes de los supervisores psicodinámicos es convencer a los estudiantes de que escuchen empáticamente (foco Sentimiento) más que interactúen o den consejo (Acción).

Estos factores componen las diferencias de raza y etnia así como las diferencias basadas en la clase, edad, sexo, o lugar de educación que pueden existir entre el terapeuta y el paciente.

Tiempo

Las diferentes teorías de la psicoterapia se centran en diferentes marcos temporales, pero ninguno se centra principalmente en el Futuro, que es el foco preferido por la macrocultura. La teoría psicoanalítica y las que se derivan de ella se centran en el Pasado y sus representaciones en el Presente. Las terapias Gestalt, cognitiva y de la conducta se centran en el Presente. La terapia Gestalt busca aclaraciones en el Pasado, mientras que la terapia cognitiva y la conductual consideran el Futuro su foco de segunda elección.

Actividad

Aquí, de nuevo, hay muchas variaciones en la teoría, pero la psicoanalítica tradicional, la Gestalt, y muchas de las nuevas teorías dan mucho más valor al impacto de los Sentimientos que la corriente principal americana de valores. Además, un buen número de terapias enfatizan significativamente el Proceso, lo que, tal como hemos visto, es casi anti-americano. Los terapeutas de la terapia cognitiva y conductual se centran en la Acción, lo que explica en parte por qué estas terapias son tan del agrado de los pacientes como de los terapeutas.

Relacional

Mientras que algunos terapeutas y algunas teorías sugieren que la terapia es una empresa común entre terapeuta y cliente en la que participan como iguales (Colateral), la formación recibida les ha inculcado que se convertirán en “expertos” y “profesionales,” y que trabajarán con “clientes” o “pacientes” (Jerárquica). Sea cual sea la manera en que se conciben las sesiones, se entrará en colisión con el foco Individual de muchos pacientes. Además, el objetivo de muchas terapias es provocar cambios que permitan que los pacientes funcionen de forma más eficaz como Individuos, a pesar de sus preferencias culturales particulares.

Interacción Hombre-Naturaleza

Por lo general, la teoría psicoterapéutica no toma específicamente en consideración esta cuestión. El aspecto más significativo de esta categoría se refiere a los problemas psicosomáticos. Muchos de los enfoques de las relaciones cuerpo-mente enfatizan el concepto de interacción equilibrada entre los dos (Armonía), que contrasta fuertemente con el enfoque que privilegia la “mente sobre la materia” o “arreglarlo todo con una pastilla” de la gran mayoría de los americanos que lo que busca es el Dominio.

Naturaleza Humana

También hay muchas variaciones con respecto a este parámetro. La mayoría de las terapias cognitivas consideran a los humanos Neutrales. La teoría psicoanalítica sugiere que la naturaleza básica de una persona, derivada del Ello, es Malvada. En el otro extremo, las teorías humanistas tales como la Gestalt, el análisis transaccional o las terapias transpersonales consideran que el hombre es Bueno. Sólo este parámetro ya ofrece una fuente potencial de malos entendidos entre el paciente y terapeuta comprometidos en una empresa psicoterapéutica conjunta.

EJEMPLOS CLÍNICOS

Los ejemplos clínicos tienen la virtud de clarificar lo que parece abstracto. Los cuatro casos siguientes se han escogido con este ánimo. Consisten en composiciones de casos individuales, sacados de una combinación de experiencias clínicas con las suficientes modificaciones para asegurar el anonimato.

Primer Caso

Cuando el autor estaba ejerciendo como consultor psiquiátrico en un centro médico indio, acudió un hombre joven de veinte años que estaba buscando ayuda. Se había graduado en la escuela de la reserva navaja con muy buenas notas y había ganado una beca para ir a la universidad. Me vio en medio de una profunda depresión, ya que estaba a punto de dejar los estudios en la mitad del semestre por tercera vez. En un año y medio en la universidad apenas había adquirido suficientes créditos para conseguir el segundo semestre del primer año y estaba a punto de perder su beca.

Al hablar, enseguida se identificó su problema. Cada semestre, justo después de recibir el dinero para los gastos de manutención, recibía la visita de sus amigos y familiares de la reserva. Estos acudían a probar los placeres de la vida en la gran ciudad. Mi paciente los acogía, los alimentaba, y pagaba la cerveza que consumían en su pequeño apartamento. Durante un tiempo fue capaz de seguir sus estudios yendo a la biblioteca pero a veces, dejaba de ir a clases para trabajar y ganar el dinero que le permitiera vivir. En algún momento de este período sus invitados volvían a la reserva, pero él ya se había perdido muchas clases con lo cual decidía no asistir más.

La solución parecía obvia a este terapeuta de Nueva York—"explícales a estos parásitos que ya basta". Este mensaje se le comunicó indirectamente, ya que el paciente era lo suficientemente inteligente como para imaginarse lo que quería decir. "*Imposible,*" me respondió, constatando su miseria. Tenía la obligación de compartir cualquier cosa que tuviera con su familia y miembros del clan.

Terapeuta: "*¿No entienden que están poniendo en peligro tus oportunidades en la universidad?*"

Paciente: "*No piensan demasiado en las ventajas de la universidad para*

los indios, ya que no hay muy buenos trabajos de vuelta a casa. Sólo quieren que me lo pase bien.”

Terapeuta: *“¿No puedes decirles que quieres conseguir algo para ti mismo?”*

Paciente: *“¡Oh, no! Pensarían que estoy intentando ser mejor que nadie. Me avergonzarían.”*

Y así continuamos. Estaba atrapado entre dos culturas y ninguno de los dos podía encontrar una solución. Su depresión mejoró con la medicación. Siguió acudiendo a sus citas durante un tiempo, y luego ya no apareció. Por lo que sé, nunca terminó la universidad.

En este caso, el choque entre las culturas era obvio. El paciente no dudaba en situar sus valores Colaterales por encima de sus metas Individuales. Este es un ejemplo clarísimo de cuán impotente se puede sentir un terapeuta en una situación en la cual la “resistencia” tiene una base cultural.

Segundo Caso

Era una mujer de treinta y pocos años abatida y entristecida, que luchaba por la pérdida de una relación de tres años. Había estudiado en una universidad muy conocida y estaba en posesión de título de master. Había logrado tener éxito en su campo profesional y era reconocida.

Nuestro trabajo, que procedía lentamente, se centraba en dos áreas, el trabajo y los hombres. A pesar de su dolor emocional, se mostraba resistente a los cambios que deseaba. Se centraba obsesivamente en su ex pareja, a pesar de sus claros y duros mensajes diciendo que la relación se había terminado. Antes sólo había mantenido dos relaciones significativas y mantenía el contacto con ambos hombres. Mantenía una clara actitud de amor-odio respecto a su trabajo. Le gustaba el sentimiento de “estar en todo,” pero odiaba la superficialidad y cuchicheos de sus colegas y el hecho de que la dirección los trataba con poca o ninguna consideración. También estaba preocupada acerca de su futuro ya que en ese campo la gente joven se quema enseguida.

Veía claramente cómo estaba echando a perder sus objetivos personales y profesionales. Por un momento, creí que sus problemas eran el resultado de una identificación con su padre. Éste era un profesional que se aferraba tenazmente a un trabajo del distrito de poca importancia y envergadura hasta su jubilación. Al mismo tiempo, estaba amargado por el divorcio de la madre de mi paciente un cuarto de siglo atrás. Trabajamos y volvimos a trabajar esta cuestión con muy pocas mejoras. Ahora me doy cuenta que me dirigía a ella con cierto grado de irritación inconsciente, como suele pasar al enfrentarse con pacientes “resistentes.”

Entonces, al introducir el rol que la cultura juega en la formación de valores, hubo una ruptura. La identificación con su padre no era la cuestión terapéutica. Compartían los mismos valores, ya que se habían formado en la misma cultura. Ella

había crecido en un pueblo pequeño que permaneció estable durante toda su infancia. Todo el mundo compartía el mismo foco del Tiempo, el Pasado. Ella, al igual que su padre, tenía problemas para renunciar a sus preocupaciones por las relaciones pasadas. Al igual que su padre (y semejantes), se aferraban a una situación laboral que estaba lejos de ser satisfactoria porque, centrándose en el Pasado, uno permanece con los demonios conocidos, que son predecibles, evitando las nuevas situaciones desconocidas.

Al haber clarificado esto, su “resistencia” disminuyó. Ahora ha empezado una nueva relación. Dejó el trabajo que le resultaba tan poco recompensador y ahora está consiguiendo los objetivos profesionales que se estableció para sí misma al principio de la terapia.

Este intento terapéutico pone de manifiesto el hecho que la cultura -valores absorbidos inconscientemente durante la infancia- ejerce una poderosa influencia a pesar de la educación posterior, profesión y los valores adoptados conscientemente. La paciente era una mujer bien educada, con éxito y liberada. Su lugar de trabajo había recreado un esquema internalizado parecido al de su pueblo pequeño donde todo el mundo conocía los asuntos de los demás y el comportamiento era controlado por lo “que la gente pensaría”. Al darse cuenta de los valores ocultos, fue capaz, con poca ansiedad, de actuar de forma más consonante con sus valores escogidos.

Tercer Caso

El retrato del éxito entró en mi consulta. Con cuarenta y pocos años había conseguido un puesto de alta dirección en un campo altamente volátil y competitivo, y pronto me hizo saber que tenía sólidas expectativas de subir al nivel corporativo en el plazo de dos años. Me había venido a ver, aparentemente a causa de una relación recientemente terminada, la segunda después de su divorcio varios años atrás. Pero sus relaciones quedaron en un segundo término. Es decir, su carrera era su “otro importante.”

Era el hijo mayor de una familia granjera del Medio Oeste. Inteligente y ambicioso, se marchó a la universidad con el beneplácito de la familia para buscar fortuna en algún otro lugar que no fuera la granja de la familia. Sus logros universitarios y laborales fueron espectaculares. Cambió de trabajo varias veces, incrementando cada vez su prestigio, poder y dinero. Ahora, no había otro sitio adonde ir que no fuera arriba, a la central corporativa.

Su campo tenía tanta inmediatez que le permitía esconder el problema fundamental durante un tiempo. En su vida diaria se centraba en el Presente, visionándolo como un túnel. Sus logros profesionales se habían beneficiado de esta perspectiva pero ahora resultaba evidente que aparecían los problemas a consecuencia de que no quería dejar las riendas ni por un solo día.

A pesar de su conciencia intelectual de que se estaba comportando de un modo contraproducente, sus objetivos terapéuticos no cambiaban -tal como lo tampoco lo

hacía su comportamiento. En ninguna área de su vida se podría considerar que su visión de lo que tenía que hacer para conseguir sus metas era irreflexiva o limitada. Sin embargo, cada vez que tenía que hacer una elección entre una preocupación inmediata y sus objetivos a largo plazo, escogía la cuestión inmediata.

Su perspectiva del tiempo se convirtió en el tema de la terapia. En un primer lugar, no se creía que sus vivencias en la granja de su padre podrían ser un factor de los problemas de su carrera actual. A medida que fuimos trabajando, sin embargo, reconoció la huella de las preocupaciones perpetuas de su padre sobre las tareas y proyectos del día. Llegó a reconocer y a admitir la visión paralela de su propio mundo de trabajo. Pero no cambió. Sus experimentos con la actuación en metas a largo plazo sólo le producían ansiedad. Finalmente, optó por renunciar a sus oportunidades de conseguir un puesto corporativo. Hoy en día, trabaja a unos cuantos cientos de millas de la granja donde nació.

Esta historia, verdadera con respecto a las cuestiones de la cultura, contiene un mensaje poderoso. El paciente estaba esperando asumir un rol de líder en una de las empresas más prestigiosas dentro de su sector. Sin embargo, cuando se le dio la oportunidad de escoger entre los valores culturales con las cuales había crecido o conseguir el sueño del éxito americano, optó por adherirse a sus valores culturales.

Cuarto Caso

El paciente es una psicoterapeuta competente y respetada de casi cuarenta años. La mayor parte de su vida la pasa con mujeres de las que han sufrido abusos de niñas o adultas. Su vida personal se enriquece mediante la participación activa en una red de amigas. Además, está implicada en cuestiones ambientales.

Me vino a ver debido a que su terapia previa con otro terapeuta, en la que quería resolver toda una serie de cuestiones, no le había ayudado a cambiar un patrón recurrente en sus relaciones heterosexuales. Este patrón se caracterizaba por una atracción física inicial muy fuerte, optimismo e idealización, seguido de una desilusión, desespero y la depreciación de su pareja como “otra vez otro perdedor.” Poco después de haber empezado a trabajar, surgió una segunda cuestión en la forma de una fuerte transferencia negativa. Se daba cuenta de que me estaba atribuyendo injustamente las actitudes y juicios de su padre del cual se había alejado. Esta conciencia no le impidió seguir intentando “atraparme” en alguna expresión parecida a la opinión de su padre.

Nació y creció en un gueto étnico católico de una pequeña ciudad en el Medio Oeste. Recordaba que su madre, una ama de casa que ya había muerto, había sido “perfecta,” mientras que el padre, con estudios hasta bachillerato, era frío y crítico. Más adelante quedó claro que padre e hija habían estado muy unidos hasta que le llegó la menstruación. Al final de la adolescencia se rebeló en contra de los valores de sus padres. En la universidad, donde sobresalía, abrazó el feminismo, sus estudios, las drogas y el sexo.

Su batalla contra la transferencia paterna negativa nos llevó a centrarnos rápidamente en las cuestiones culturales. Parecía que su terapia anterior le proporcionó una comprensión adecuada de los conflictos padre-hija “clásicos.” La irritación con su padre se debía a su “provincialismo estrecho de miras, intolerancia y sexismo.”

La terapia se centró en su comprensión del impacto en su padre de los valores de su época y el trasfondo étnico-religioso. Su perspectiva del Tiempo era la del Presente, en contraste con la de la hija que se preocupaba por el Futuro. Leal a los que siempre habían compartido su mundo (a los que consideraba Buenos), el padre desconfiaba y menospreciaba los demás (que los consideraba Malos.) Su visión de la vida familiar era Jerárquica, situándose él en lo más alto como cabeza de familia. Sus afiliaciones étnicas y religiosas le inclinaban hacia la misoginia.

La conciencia de la paciente sobre estas cuestiones centró la relación terapéutica y nos dedicamos a analizar lo que esperaba de sus relaciones con los hombres. Sólo entonces se puso de manifiesto que a pesar de que se había liberado de las actitudes a las cuales había estado expuesta, había una gran excepción. Mientras que se había redefinido para sí misma una visión de las mujeres como personas sensibles, amorosas y que lo compartían todo no había reconsiderado su visión de los hombres. Esta perspectiva, moldeada en su gueto étnico, mantenía que los hombres sólo estaban interesados en la apariencia externa de la mujer y su explotación sexual (Jerarquía). Consecuentemente, sus antenas siempre estaban buscando pruebas de “sexismo” (su transferencia negativa), y hacía pocos intentos de compartir sus pensamientos, sentimientos e intereses con ellos, ya que estaba segura que no interesarían a un hombre. El grado de falta de visión sobre esta cuestión quedó claramente representado por la increíble pregunta, “¿*Tu crees que es posible que mi mejor amigo sea un hombre?*”

Reconoció que sus relaciones anteriores habían sido de dos tipos. En uno escogía a los hombres que, de hecho, reflejaban los valores con los cuales había crecido -en cuyo caso los rechazaba. En el otro, escogía a hombres que compartían sus valores “americanos” actuales pero rehusaba la sensibilidad y ganas de compartir que creía que estos no podían valorar. Ellos la rechazaban. Ahora, por primera vez, mantiene una relación con alguien semejante a ella.

Los problemas que presenta esta paciente generalmente se conceptualizan en términos de identificación con la madre, o de querer agradar al padre, incluso de identificación con el agresor. Sin embargo, este no es el caso. No estaba luchando contra unas distorsiones personales idiosincrásicas. Eran (y son) valores compartidos no sólo por toda su familia, vecinos, los maestros curas y las monjas, sino también por una variedad de grupos étnicos y religiosos. Considerar que su lucha es un resultado de la patología individual o familiar otorga demasiado peso al concepto de personalidad.

IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN

Tal como se ha indicado anteriormente, existe una gran cantidad de investigación acerca de los valores y actitudes. De hecho la Rejilla de Supuestos Axiológicos está pensada para la investigación. Un primer paso necesario para llevar a cabo esta investigación sería el desarrollo de una escala para medir las orientaciones de valores que se han estado discutiendo. Una vez se dispone de este instrumento, la investigación puede intentar clarificar estos valores de los pacientes y terapeutas que tienen un impacto significativo en el transcurso de la terapia. Esta investigación también ofrece la promesa de delinear qué emparejamientos de valores compartidos o dispares pueden predecir los buenos y malos resultados terapéuticos. Cualquier nueva categoría añadida o cambios de los valores asignados a algunas o a todas las “culturas ocultas” que se basen en la investigación serán bien recibidas.

Se me ocurren otras dos posibilidades. Una sería clarificar las circunstancias en las que las diferencias culturales ocultas de los valores no son causa de resistencia en la terapia. La segunda sería aprender si el hecho de compartir los resultados de este instrumento sería de ayuda para la terapia. Esto parece haber ocurrido cuando he aclarado las culturas ocultas de los pacientes que he tenido en tratamiento.

IMPLICACIONES CLÍNICAS

América, en general, no es, ni ha sido, un “*melting pot*.” En las últimas décadas, el objetivo mítico de la asimilación ha sido sustituido por la tendencia a mantener la herencia étnica y cultural. Vivimos en la era del “pluralismo.”

El aprendizaje de los terapeutas, por omisión, enseña la “ceguera cultural,” del mismo modo que se ha intentado educarles a “ser ciegos al color.” Esto último tiene éxito pocas veces, pero el primero es automático a no ser que se esté tratando a un paciente inmigrante poco común. Ninguna de las dos “cegueras” facilita el proceso terapéutico, ya que ignoran la realidad del paciente.

La no-distinción de los valores culturales deteriora el conocimiento y el autoconocimiento de los pacientes. Los valores y conductas basados en la cultura son automáticos, “verdades asumidas” que se encuentran fuera del campo consciente del paciente y del terapeuta. Algunos terapeutas aprenden sobre, y armonizan, sus valores culturales durante el curso de su propia terapia. Otros terapeutas aprenden sobre sus propios valores durante el curso de su trabajo con los pacientes de diferentes sustratos. Sin embargo, esto es un proceso largo que requiere las mejores habilidades de enseñanza de nuestros pacientes. La tarea de la psicoterapia sería más fácil si hubiera una recopilación de conocimiento codificada a la cual los terapeutas pudieran acudir. Cuando se perciben, identifican, y aceptan en la psicoterapia las diferencias culturales -tanto las tradicionales como las “ocultas”-, estas pueden ayudar a profundizar en la comprensión y enriquecer el proceso terapéutico.

He presentado un marco de trabajo con el que se puede comprender y conceptualizar los factores culturales. Definidos en Rejilla de Supuestos Axiológicos,

los factores culturales se pueden identificar como una base fundamental de algunos de los fenómenos descritos como “resistencia” con los que se encuentran terapeutas y supervisores. Este artículo también contiene implicaciones con respecto a las variaciones de los Supuestos Axiológicos que se basan en la clase, edad, sexo y lugar de educación. Además, también trata algunos de los supuestos culturales presentes en la teoría psicoterapéutica.

La cultura oculta, tal como se ha definido y usado en este artículo, añade profundidad y riqueza al esfuerzo terapéutico. También le añade complejidad. Todos estamos sujetos a las influencias culturales múltiples y sobrepuestas. Por ejemplo, existe una clara sobreposición entre las culturas tradicionales de la mujer y las de un pueblo pequeño. Al mismo tiempo, casi todas las personas que vemos en la psicoterapia han sido expuestas a la televisión, que promociona los valores principales americanos. Esto puede dar origen a un conflicto entre los objetivos planteados conscientemente y los valores culturales inconscientes. Es imposible someter estos conceptos al lecho de Procusto. Al contrario, las influencias culturales individuales se deben identificar y tratar tan pronto como demuestren su importancia en el proceso de la terapia.

Una perspectiva cultural de la resistencia sugiere, en primer lugar, que es importante para los terapeutas darse cuenta de sus propios valores culturales tal como se han descrito en la Rejilla. Esta conciencia puede ayudar al terapeuta a sensibilizarse con respecto a las diferencias entre sus propias creencias y las de sus pacientes.

Una segunda cuestión es el reconocimiento de que frecuentemente se da una discrepancia entre los valores aprendidos conscientemente y los valores culturales inconscientes, como en los casos 2 y 4 descritos más arriba. Esta disonancia puede encontrarse en algunos terapeutas. Por ejemplo, sin conocimiento de los factores culturales, puede resultar difícil para un estudiante de terapia de clase media, blanco, educado en un pueblo pequeño, apreciar el impacto del Tiempo (como variable cultural) sobre sí mismo y el proceso terapéutico.

En tercer lugar, se debe entender que no toda convergencia de valores es terapéuticamente positiva, ni todas las divergencias negativas. No es difícil imaginar que la paciente mencionada en el caso 4 puede tener un éxito limitado con muchas de las mujeres a las que ayuda que comparten tanto su valor consciente con respecto a los hombres (la búsqueda de una pareja, visto como otro Individuo complementario o una pareja en una relación Colateral), como sus valores inconscientes (los hombres y las mujeres se relacionan de forma jerárquica). Por el contrario, la mujer descrita en el caso 2 empezó con una visión del Tiempo en el Pasado, en contraste con la del terapeuta. El éxito se consiguió mediante el acercamiento de sus valores a los del terapeuta.

Finalmente, puede ser útil indicar cómo utilizo este enfoque en mi práctica. Convencido del valor heurístico de las culturas ocultas, presento los parámetros

pertinentes al paciente de una forma casi didáctica. Luego, le muestro los efectos de sus valores culturales ocultos, basados en su propia historia, problemas y curso de la terapia en aquel punto. Habiendo clarificado el concepto y su relevancia para el paciente, el paciente puede elegir en base a la información obtenida. Algunos harán de sus valores culturales el núcleo de la terapia mientras que otros los situarán fuera del alcance de la terapia. Espero, que una mayor investigación y las experiencias de otros terapeutas ayudarán a clarificar y subrayar el uso eficaz de esta fuente de “resistencia” generalmente olvidada en la terapia.

Cuando los terapeutas no tienen en cuenta las variaciones culturales durante el proceso terapéutico, se ven forzados a explicar todos los problemas y variables en clave psicopatológica. Esto otorga un peso excesivo a las cuestiones de la psique y puede potencialmente alargar e interferir en el proceso terapéutico y su resultado.

A veces, se acusa a los terapeutas de ser arrogantes, ya que creen saber lo que es mejor para los demás e intentan meter con calzador sus soluciones en las personas desdichadas que buscan su ayuda. Probablemente pocos terapeutas pueden escapar a esta forma de actuar. La mayoría, sin embargo, si son conscientes de lo que están haciendo, se muestran prudentes en presentar enfoques, que tal vez a ellos les funcionan, como respuestas adecuadas para aquellos con quienes trabajan. Ya que los valores culturales están fuera del campo consciente, los pacientes corren el peligro de que los terapeutas intenten, sin ser conscientes de ello, transformarlos a semejanza de su propia imagen cultural.

Existe un relato, tal vez apócrifo, de un experimento en el que se sacaba a un joven mono de su colonia. Los investigadores lo pintaron con un spray verde no tóxico y lo devolvieron a su grupo de origen, donde el resto de los monos lo mataron. Los terapeutas deben ir con cuidado de no crear una versión clínica de este fenómeno. Debemos evitar enviar a casa desde nuestras clínicas y despachos a los expacientes tratados con éxito, “culturalmente pintados de verde”.

El propósito de este artículo es demostrar que los valores culturales inconscientes son una fuente no reconocida de resistencia. Desde esta perspectiva, la resistencia puede ser un resultado del conflicto del paciente entre los valores culturales inconscientes y los valores contraídos conscientemente o, puede ser resultado del conflicto entre los valores culturales (inconscientes) del terapeuta y del paciente. Estas causas de resistencia pueden operar en situaciones en las cuales el terapeuta y el paciente comparten parámetros tales como la raza y la clase.

Palabras clave: resistencia; cultura; valores; encaje terapeuta-cliente; raza, clase.

Nota del Editor: Este artículo apareció en el Journal of Psychotherapy Integration, 1, 57-81, (1999) con el título “A cultural perspective on resistance”. Agradecemos al autor el permiso para su publicación

Referencias bibliográficas

- ATKINSON, D. & SCHEIN, S. (1986). Similarity in counseling. *The Counseling Psychologist*, 14, 319-354.
- BEUTLER, L.E. (1981). Convergence in counseling and psychotherapy: A current look. *Clinical Psychology Review*, 1, 79-101.
- BEUTLER, L.E. & BERGAN, J. (1990). Value change in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 111-117.
- BEUTLER, L.E., CRAGO, M. & ARIZMENDI, T.G. (1986). Therapist variables in Psychotherapy processes and outcome. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 257-310). New York: John Wiley & Sons.
- EIDELBERG, L. (Ed.). (1968). *Encyclopedia of psychoanalysis*. New York: The Free Press.
- FREUD, S. (1912). A note on the unconscious in psychoanalysis. In J. Strachey (Ed.) (1958). *The standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 264-282). London: The Hogarth Press.
- FENSTERHEIM, H. & GLAZER, H.I. (1983). *Behavioral psychotherapy: Basic principles and case studies in an integrative clinical model*. New York: Brunner/Mazel.
- HALL, E.T. (1983). *The dance of life: The other dimension of life*. New York: Anchor Press/Doubleday & Company.
- KELLY, T.A. (1990). The role of values in psychotherapy: Review and methodological Critique. *Clinical Psychology Review*, 10, 171-186.
- KLUCKHOHN, C. (1951). Values and value orientations. In T. Parsons & E. Shils (Eds.), *Toward a general theory of action* (pp. 388-433). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- KLUCKHOHN, F.R. (1950). Dominant and substitute profiles in social orientations: Their significance for the analysis of social stratification. *Social Forces*, 28, 376-393.
- MESSER, S.B. & WINOKUR, M. (1984). Ways of knowing and visions of reality in Psychoanalytic therapy and behavior therapy. In H. Arkowitz & S.B. Messer (Eds.), *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* (pp. 63-100). New York: Plenum Press.
- SPIEGEL, J.P. (1971). *Transactions: The interplay between individual, family, and society*. New York: Science House.
- SPIEGEL, J.P. (1982). An ecological model of ethnic families. In M. McGoldrick, J. Pearce & J. Giordano (Eds.), *Ethnicity & family therapy* (pp. 31-55). New York: Guilford Press.
- SPIEGEL, J.P. & KLUCKHOHN F.R. (1954). *Integration and conflict in family behavior*. (report No. 27). Topeka Group for the Advancement of Psychiatry.
- TJELVEIT, A.C. (1986). The ethics of value conversion in psychotherapy: Appropriate and inappropriate therapist influence on client values. *Clinical Psychology Review*, 6, 515-537.
- WACHTEL, P.L. (1984). On theory, practice, and the nature of integration. In H. Arkowitz & S.B. Messer (Eds.), *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* New York: Plenum Press.

UNA PERSPECTIVA CONSTRUCTIVISTA DE LA COGNICIÓN: IMPLICACIONES PARA LAS TERAPIAS COGNITIVAS

Dr. Guillem Feixas
Universitat de Barcelona.
gfeixas@ub.edu

Cognition is seen from a constructivist epistemology as the basic activity of living, that is, interpreting experience, ascribing meaning to the ongoing events. Therefore, cognition it is not an intellectual, rational or mental activity but an holistic one because it involves the subject as a whole, this being expressed sometimes with thoughts, but many other with emotions, images, etc. Different constructivist oriented cognitive therapies share the idea of the person as an agent who construes proactively events and incorporates those meanings into a system whose core is the self-identity. Efforts to promote change may, thus, elicit resistance unless they are harmonized with the protection of the identity system, essential for the sense of uniqueness and continuity of the subject.

Key words: *constructivism, cognition, proactivity, meaning, self-identity.*

Quizás una de las influencias más fundamentales de la epistemología se halla en su concepción de la cognición, precisamente porque se halla en el centro del debate epistemológico. “Cognición” deriva de su raíz latina conocer (*cognoscere*), y por tanto se refiere directamente al conocimiento y su posibilidad, o no, de acceder a la realidad. De hecho, según el constructivismo, en cada segundo de nuestra existencia estamos conociendo, es decir, interpretando la realidad en la que vivimos. Por tanto, vivir es conocer y conocer es vivir puesto que es a través de nuestra experiencia vivida que construimos el conocimiento. En suma, la epistemología constructivista nos sugiere que la actividad básica de los seres vivos es conocer, construir la realidad en la que viven y la que se tienen que adaptar para sobrevivir y evolucionar.

Si lo pensamos un poco, esta visión de la cognición contrasta con el uso que de éste término se hace tradicionalmente en la psicología, donde se suele contrapo-

ner a otros conceptos como emoción o conducta, y se asocia con procesos racionales, o neocorticales, relacionados con el procesamiento de la información. Los debates tradicionales en psicología se sitúan en torno al papel (o a la existencia, o no) de estos procesos, llamados cognitivos, con respecto a otros (emocionales, conductuales, ...). Es decir, se identifican y describen un cierto número de procesos como cognitivos y se distinguen de otros a los que se les llama de otra manera. Sin embargo, el constructivismo nos sugiere que conocer no es una parte de nuestra actividad como seres vivos (por ejemplo, la racional) sino que “conocer es vivir”, es decir, todos los fenómenos que ocurren en el vivir (pensamientos, emociones, comportamientos, imágenes, sueños, etc.) forman parte de nuestra vida y, por tanto, forman parte del proceso de dar significado a la experiencia que vivimos. Esta división analítica que distingue entre unos procesos que son cognitivos de otros que no lo son, tan arraigada en nuestra psicología, no tiene mucho sentido desde la óptica constructivista. No se niega, sin embargo, que son modalidades distintas de la experiencia el pensar, tener una emoción, o emitir determinadas conductas, por ejemplo. Son fenómenos cualitativamente distintos, sin duda, pero todos ellos son formas de conocer, de dar sentido a la realidad a través de la experiencia vivida.

La visión constructivista de la cognición no la reduce a un tipo de fenómenos sino que la refiere a la actividad global y holística de dar significado a la experiencia. Ello supone contemplar las relaciones entre distintos fenómenos psicológicos (pensamientos, emociones conductas, etc.), que ocurren en el vivir, desde la óptica de este proceso global de otorgar significado a la experiencia. Así, un pensamiento no causa una emoción, sino que vivir una emoción es una forma de dar significado a una experiencia, y la construcción de ese significado se ha manifestado (antes, después o al mismo tiempo) con un pensamiento. En el proceso de construir significados ocurren pensamientos, emociones, imágenes, conductas, etc... y la relación no hay que buscarla directamente entre estos fenómenos sino en el significado construido mediante ellos. Este significado, es el conocimiento, la cognición, o mejor expresado en forma verbal, procesual, al conocer ocurren estos fenómenos psicológicos (pensamientos, emociones, etc.) propios del vivir como seres humanos.

A nivel del trabajo psicoterapéutico, esta visión constructivista tiene como consecuencia una reconsideración de las emociones, conductas y, por supuesto, de la “cognición” tradicional (los pensamientos) dejando de verlas como entidades en sí mismas sino como parte del proceso de conocer, de dar significado a la experiencia. Y su sentido se halla a través de lo que cada uno de estos fenómenos nos informa del significado que el paciente está construyendo con respecto a sí mismo o a una situación vivida, más que una búsqueda de relaciones causales entre pensamientos y emociones (o viceversa).

A pesar de su diversidad conceptual, los diversas terapias cognitivas que se inspiran en el constructivismo comparten esta visión de la cognición. A su vez, el

ser humano es visto como un ser **proactivo**, que construye activamente el significado, en lugar de un ser reactivo, que responde a los estímulos del medio. Pero, al no poder dar un significado definitivamente válido a su experiencia, va configurando en su forma particular de construir un patrón progresivamente coherente que tiene que ver con un cierto sentido de identidad, un patrón que le permite sentirse “yo” en el devenir cambiante de la experiencia, en el flujo del vivir. Este sentido de identidad no se reduce a lo que uno puede contar (o pensar) acerca de quién es, sino que implica estructuras tácitas que empezaron a formarse antes de la aparición del lenguaje, y que pueden seguir teniendo cierto su peso en la vida adulta, en la que por cierto, también ocurren procesos de conocimiento tácito. Estos procesos cognitivos que implican más directamente al sentido de identidad, muchos veces tácitos, están muy ligados a la vivencia emocional. Así pues, los enfoques constructivistas coinciden en considerar los síntomas (y también la resistencia al cambio), al igual que cualquier otra conducta, emoción o pensamiento, como parte del proceso de dar significado a la experiencia, en el que el sentido de identidad se pone en juego.

Algunos rasgos característicos de la terapias cognitivas de inspiración constructivista

Sin atender a las diferencias existentes entre ellas, podemos decir que la terapias constructivistas presentan unas diferencias con respecto a las terapias cognitivas más conocidas o tradicionales (terapia cognitiva de Beck, terapia racional-conductual-emotiva, terapia de resolución de problemas, etc.). Estas diferencias pueden ser a veces de énfasis o estilo o más fundamentales, según se mire. En gran medida, estas diferencias vienen dadas por la visión característica del funcionamiento humano que hemos descrito en los párrafos anteriores al hablar de la cognición.

Desde una perspectiva constructivista las emociones y los síntomas tienen que ver con un significado que a lo mejor el paciente no sabe expresar, pero no por eso dejan de tener un sentido. Las terapias cognitivas tradicionales, en cambio, tratan de demostrar al paciente que estos síntomas son fruto de un sesgo o error cognitivo, distorsión o creencia irracional, que hay que identificar y cambiar por otra cognición más racional. Epistemológicamente, es claro que las terapias de inspiración constructivista no pueden asumir la propia noción de “distorsión” (error, sesgo, etc.), puesto que implica la posibilidad de un conocimiento “no distorsionado”, correcto, objetivo o realista, al que puede acceder cómodamente el terapeuta. Por tanto, lo que asumen los enfoques constructivistas es que las construcciones que sostiene el paciente o consultante, aunque puedan parecer inadecuadas desde el punto de vista del observador externo, tienen algún sentido para el paciente, aunque no sea capaz de expresarlo directamente. La primera parte de la terapia se orienta, pues, a entender cómo es que esta construcción tan particular es la mejor que puede generar su sistema cognitivo para dar significado a su experiencia. Se plantea que

los acontecimientos se construyen así como parte de un patrón de construcción que refleja un determinado sentido de identidad.

Desde la perspectiva constructivista, el papel del terapeuta es menos el del maestro que corrige las distorsiones, que promueve una visión realista en el paciente, sino de un facilitador del desarrollo del sistema cognitivo del cliente, partiendo de sus propios puntos de vista y generando alternativas de construcción concordantes. Se trata de un papel menos pedagógico o prescriptivo, que se suele reflejar en una actitud más directiva, y más bien de acompañante activo en la exploración del paciente acerca de sí mismo y de las alternativas disponibles.

La relación terapéutica no se produce ya entre un guía que orienta, instruye o entrena al cliente formas de pensar más correctas y un paciente, sino entre dos expertos (Feixas, 1995). En breve, el terapeuta es un experto en el propio proceso terapéutico y sus reglas, y también en los principios generales del funcionamiento humano (por ej., “los humanos realizamos acciones que tienen un sentido, aunque no lo parezca”), y por otro lado, los pacientes son expertos en su propio mundo, en el contenido de sus construcciones. Han escogido entre las opciones que les permite sus sistema cognitivo la más coherente para sostener su sentido de identidad. Otras alternativas pueden parecer más racionales o adecuadas desde fuera, pero pueden amenazar de forma crítica dicho sentido de identidad, y ante la elección, la persona (aun sin saberlo) escoge seguir siendo quien cree ser, a pesar de que implique sufrimiento o hacer cosas “irracionales”. Ni tan sólo los síntomas son peor que dejar de ser uno mismo.

El cambio, desde la perspectiva constructivista, requiere de un delicado equilibrio entre alcanzar lo que se quiere cambiar y mantener lo necesario para preservar, al menos, una parte esencial del sentido de identidad. Para ello es esencial no sólo saber lo que se quiere cambiar sino también saber lo que se debe preservar. De no ser así la persona puede “resistirse” al tratamiento como una forma de proteger su identidad (Feixas, Sánchez, Laso y Gómez-Jarabo, 2002; Sánchez y Feixas, 2001).

Cambio y no cambio forman parte del mismo delicado proceso. Hay que eliminar el síntoma, sí, pero eso tiene que hacerlo la persona, esa persona que el sistema de salud llama “paciente”, que tiene un sentido de sí misma único y a priori desconocido para el profesional. No sólo hay que saber cuál es el problema y qué se debe conseguir con la terapia, sino quién es la persona que nos consulta, cómo se construye, y cómo esa construcción limita algunas alternativas, a la vez que posibilita el desarrollo de otras. Se trata de hacer crecer el sistema cognitivo del que nos consulta para que pueda construirse a sí mismo sin el problema. Y para ello, es difícil establecer programas terapéuticos pautados y se requiere mucha flexibilidad.

Cada una de las teorías inspiradas en la epistemología constructivista de las que se deriva una propuesta de terapia propone una forma de entender la cognición y también el sentido de identidad, y de esta visión se deriva su propuesta acerca del

cambio y cómo generarlo en psicoterapia.

Es difícil delimitar con exactitud qué propuestas de terapia pueden considerarse constructivistas y cuáles no. Por ejemplo, es frecuente que las terapias cognitivas tradicionales reivindicquen o subsuman presupuestos teóricos o procedimientos prácticos originados en los enfoques constructivistas. Sin embargo, parece que hay un acuerdo bastante claro en considerar la terapia de constructos personales (Kelly, 1955, 2001), la terapia cognitiva posracionalista (Guidano, 1991; Guidano y Quiñones, 2001), el enfoque de los procesos de cambio (Mahoney, 1991) y la terapia cognitivo narrativa (Gonçalves, 2002), como los principales terapias cognitivas constructivistas.

Lo que hemos pretendido en este trabajo es identificar algunos de sus rasgos más característicos sin entrar en las particularidades de cada modelo, para que el lector se haga una idea general de las psicoterapias cognitivas que se inspiran e intentan ser coherentes con la epistemología constructivista.

Desde la epistemología constructivista se considera la cognición como la actividad básica del vivir: interpretar la experiencia, otorgar significado al flujo de los acontecimientos. Por tanto, no se la ve como una actividad intelectual, racional o mental sino holística porque implica al sujeto en su totalidad; aunque se pueda manifestar en forma de pensamientos, emociones, imágenes, etc. Las distintas terapias cognitivas de inspiración constructivista comparten la visión de la persona como un agente que construye de forma proactiva los acontecimientos, incorporando los significados generados en un sistema cuyo núcleo es el sentido de identidad. Los esfuerzos para promover el cambio pueden provocar resistencias a menos que se armonicen con la necesidad esencial de la persona de proteger su sentido de identidad, continuidad y, en consecuencia, su unicidad.

Palabras clave: constructivismo, cognición, proactividad, significado, identidad personal.

Referencias bibliográficas

- FEIXAS, G. (1998). Constructos personales en la práctica sistémica. En R. A. Neimeyer y M. J. Mahoney (Comps.), *Constructivismo en psicoterapia* (pág. 273-309). Barcelona: Paidós, 1998.
- FEIXAS, G., SÁNCHEZ, V., LASO, E., & GÓMEZ-JARABO, G. (2002). La resistencia al cambio en psicoterapia: El papel de la reactividad, la construcción del sí mismo y el tipo de demanda. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28 (118), 235-286.
- GONÇALVES, O. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- GUIDANO, V. (1991). *El sí mismo en proceso: Hacia una terapia cognitiva posracionalista*. Barcelona: Paidós, 1994.

- GUIDANO, V. Y QUIÑONES, A. (2001). *El modelo cognitivo post-racionalista*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- KELLY, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs* (2 Vols.). New York: Norton.
- KELLY, G. A. (2001). *Psicología de los constructos personales: Textos escogidos* (B. Maher, compilación en inglés; G. Feixas, editor). Barcelona: Paidós.
- MAHONEY, M. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- SÁNCHEZ, V. & FEIXAS, G. (2001). La "resistencia" en la psicología de los constructos personales. *Revista de Psicoterapia*, 12 (46/47), 133-162.

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@psi.ub.es

Gestión y Administración:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

GRAO (IRIF, S.L.)

c./ Francesc Tàrrrega, 32-34

08027 BARCELONA

Tel.: 934 080 464

Fax: 933 524 337

e-mail: revista@grao.com