

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y PSICOTERAPIA

Epoca II, Volumen XV - 4º. trimestre 2004



60 Ψ

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS BOTELLA GARCÍA DEL CID, LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, MAR GÓMEZ, URSULA OBERTS, 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, ISABEL CARO GABALDA, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, IGNACIO PRECIADO, SANDRA SASSAROLI, ANTONIO SEMERARI, VALERIA UGAZIO.

Coordinación Editorial: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen XV - N° 60 - 4º. trimestre 2004

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 14 euros (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y EN PSICOTERAPIA	5
Ursula Oberst y Nathalie Lizeretti	
FORMAS DE AFRONTAMIENTO, MECANISMOS DE DEFENSA E INTELIGENCIA EMOCIONAL: COMPARACIÓN TEÓRICA Y EVALUACIÓN EMPÍRICA DE SU FRECUENCIA Y FUNCIONALIDAD.	23
Darío Páez, C. Velasco y M. Campos.	
LA RELEVANCIA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA LA PSICOLOGÍA CLÍNICA. INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ALEXITIMIA	47
James D. A. Parker, Laura M. Wood y Jennifer M. Eastabrook	
EL TRABAJO CON INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PSICOTERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA	65
Ana Gimeno-Bayón Cobos	
LAS EMOCIONES COMO CONSTRUCTO TEÓRICO Y COMO PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA. EL CASO DE LA PSICOTERAPIA INFANTIL	111
Barbara Sini y Lino Graziano Grande	
TERAPIA DE PAREJA EN EL MARCO DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL	147
Hermínia Gomà i Quintillà	

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 Tàrrega, 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: ____ / ____ / ____

Precio de la suscripción anual para 2005
Países comunitarios 40 EUR
Países extracomunitarios .. 70 \$USA

Firma:

BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

Les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará 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

La noción de Inteligencia Emocional (IE) se ha convertido en uno de los conceptos más populares en la psicología divulgativa, a raíz del famoso best-seller de Goleman, publicado en 1995, que causó un notable impacto en los medios de comunicación. Aunque Goleman no ha acuñado la expresión “Inteligencia emocional”, su libro consiguió despertar el interés del gran público en este tema, estimulando un cuerpo sustancioso de publicaciones más o menos serias, páginas web, artículos, libros, cursillos, másters universitarios, etc.

La expresión “inteligencia emocional” ha entrado en el lenguaje popular, siendo sus ámbitos de aplicación predominantemente el escolar y el laboral. Goleman postula un “EQ” (*emotional quotient*) similar al cociente de inteligencia y presenta un modelo que incluye áreas tan amplias como celo, persistencia, autocontrol, automotivación, control de impulso, retraso de gratificaciones, autorregulación de estados afectivos, evitación de estrés, etc., Poco es lo que se ha escrito, sin embargo, sobre Inteligencia Emocional en relación a la psicología clínica y la psicoterapia. Dedicar una monografía de nuestra Revista a este constructo no significa adoptar la terminología de Goleman desconociendo la problematicidad del concepto, sino utilizarlo más bien como pretexto para apuntar algunas cuestiones relativas al trabajo con las emociones en psicoterapia y psicología clínica.

A este objetivo está precisamente orientado el primero de los escritos que abre la monografía, escrito por Úrsula Oberts y Nathalie Lizeretti, titulado “Inteligencia emocional en psicología clínica y en psicoterapia”, señalando sus límites y auspiciando una utilización en su dimensión aplicada a problemas como, por ejemplo, la mejora de las dificultades en la alexitimia o el aprendizaje de formas de autorregulación de los impulsos.

El segundo de los trabajos titulado “Inteligencia emocional, formas de afrontamiento y mecanismos de defensa: una comparación teórica, la evaluación empírica de su frecuencia y funcionalidad”, presentado por Darío Páez y colaboradores, establece una descripción de los distintos modos de afrontar los problemas partiendo de una larga tradición proveniente de la psicología dinámica, por una parte y la cognitivo conductual, por otra, señalando semejanzas y diferencias, básicamente en relación a su origen más o menos inconsciente. La propuesta de los autores resulta además de altamente ilustrativa, claramente operativa, también.

James Parker y colaboradores en su artículo titulado “La relevancia de la inteligencia emocional para la psicología clínica. Inteligencia emocional y alexitimia” desarrollan una de las dimensiones aplicadas más útiles del concepto

“inteligencia emocional” señalando su relación con la posible mejora en el trabajo para superar el déficit en la identificación de emociones.

De entre los distintos modelos de abordaje terapéutico el que más se ha distinguido en su conjunto por centrar el foco en el mundo de las emociones es “el trabajo con inteligencia emocional en psicoterapia integradora humanista”. Ana Giumeno-Bayón es sin duda una de las mejores representantes en nuestro país de esta orientación y a ella se debe la cuarta de las contribuciones que constituyen este número monográfico. Su escrito no solamente es teóricamente esclarecedor, sino de una gran utilidad práctica.

Barbara Sini y Lino Graziano Grande desarrollan en su escrito “Las emociones como constructo teórico y como práctica psicoterapéutica: el caso de la psicoterapia infantil” una interesante aportación tanto desde el punto de vista teórico al hacer repaso de las distintas teorías sobre la emoción como de su aplicación en el trabajo terapéutico con niños y adolescentes.

Cierra la monografía una interesante propuesta de Herminia Gomà sobre el trabajo en “terapia de pareja en el marco de la inteligencia emocional”, planteado de forma práctica y operativa en un campo donde las aportaciones de este género son más bien escasas y de difícil aplicación.

Manuel Villegas, Director
Ursula Oberst, Editora invitada

INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y EN PSICOTERAPIA

Ursula Oberst y Nathalie Lizeretti

Facultat de Psicologia Blanquerna. Universitat Ramon LLull

UrsulaO@blanquerna.url.edu

This article presents a review of the state-of-the-art of the Emotional Intelligence concept, in its theoretical conceptualization as well as in its applications with respect to clinical psychology and psychotherapy. The two most important theoretical models of EI together with their assessment instruments are summarized, followed by a brief critical review of the correspondent empirical research. Then, the recent theories and studies on the relationship of EI and mental disorders are presented. The last part of the article discusses the possible usefulness of applying the EI concept to psychotherapy practice.

Key words: emotional intelligence, psychotherapy, clinical psychology, mental disorders, assessment.

INTRODUCCIÓN

La noción de Inteligencia Emocional (IE) se ha convertido en uno de los conceptos más populares en la psicología divulgativa, a raíz del famoso best-seller de Goleman (1995), que causó un notable impacto en los medios de comunicación. Aunque Goleman no ha acuñado la expresión “Inteligencia emocional”, es su libro el que ha despertado el interés del gran público en este tema y que ha estimulado un cuerpo sustancioso de publicaciones más o menos serias, páginas web, artículos, libros, cursillos, másters universitarios, etc. La expresión Inteligencia Emocional ha entrado en el lenguaje popular, y hasta ahora, los ámbitos de aplicación son predominantemente el escolar (véase por ejemplo Bisquerra, 2003) y el laboral (Cherniss, 2000). Goleman postula un “EQ” (*emotional quotient*) similar al cociente de inteligencia y presenta un modelo que incluye áreas tan amplias como celo, persistencia, autocontrol, automotivación, control de impulso, retraso de gratificaciones, autorregulación de estados afectivos, evitación de estrés, etc., considerando la Inteligencia Emocional finalmente como sinónimo de “carácter”;

esta forma de concebir el constructo va mucho más lejos que el manejo de las emociones. Goleman afirma que la inteligencia emocional contribuye al éxito en cualquier ámbito en la vida en un grado mucho superior que la inteligencia, que reduce las agresiones y que mejora el aprendizaje en los niños. Desde un punto de vista científico, el modelo de Goleman es insostenible; el hallazgo de un factor que pueda explicar el 80% de la varianza que contribuye al éxito académico y personal, como lo había afirmado el autor, sería una sensación en la comunidad científica psicológica, y las críticas a Goleman no tardaron en llegar. Aparte de que no existe fundamento empírico para los postulados de Goleman, se ha criticado de su modelo que abarca “prácticamente todo menos el coeficiente intelectual” (Hedlund y Sternberg, 2000), porque incluye aspectos tan amplios, como rasgos de personalidad, motivaciones, actitudes, virtudes humanas, etc. Aún así, se puede considerar un mérito el haber estimulado el interés popular y académico en la Inteligencia Emocional; al mismo tiempo se han ido desarrollando modelos más serios de Inteligencia Emocional que cuentan con definiciones más precisas y apoyadas por estudios empíricos que a continuación se resumen brevemente.

MODELOS DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

Desde los inicios de la investigación sobre inteligencia (entendido como inteligencia “académica” o lógico-abstracta, tal como la miden los tests de inteligencia), se sabe que el cociente de inteligencia (CI) sólo contribuye aproximadamente en un 20% a los factores que determinan el éxito académico y laboral. Ya Wechsler admitió que aparte de la inteligencia lógico-abstracta, habría que tener en cuenta las emociones y otros aspectos de la personalidad para evaluar adecuadamente la capacidad de adaptación del individuo. Varios autores intentaron contribuir a comprender el rol de las emociones y de la personalidad en la conducta adaptativa. Por ejemplo Sternberg (en Hedlund y Sternberg, 2000) distingue las inteligencias “no-académicas” (social, práctica, etc.) de la académica. Gardner finalmente (1983) postula siete tipos de inteligencia, dos de las cuales (inteligencia intrapersonal e interpersonal) tienen cierta relación conceptual con la inteligencia emocional. Fueron Salovey y Mayer (1990) quienes crearon el constructo de inteligencia emocional proponiendo un primer modelo de la inteligencia emocional según el cual este concepto se podría considerar como un paraguas que comprendería tres tipos de *habilidades adaptativas*: a) apreciación y expresión de emociones; b) regulación de las emociones; y c) la utilización de las emociones para solucionar problemas.

Actualmente, podemos distinguir dos grandes modelos de la Inteligencia Emocional, cada uno con sus proponentes, con sus detractores, y con sus respectivos instrumentos de medida: el modelo de “habilidades” y el modelo “de personalidad” o también llamado “mixto” (para un resumen y discusión crítica, véase Chamorro y Oberst, 2004). El modelo *mixto* considera la Inteligencia Emocional

como una mezcla de habilidades emocionales y rasgos de personalidad, y las definiciones incluyen conceptos como empatía, asertividad, optimismo, etc. Entendiendo la Inteligencia Emocional de esta manera, el constructo se mide igual que los rasgos de personalidad: mediante cuestionarios de autoinforme (autoaplicados) que evalúan la conducta típica autoevaluada. Uno de los más conocidos de los modelos mixtos es el de Bar-On (1997) quien desarrolló el *Emotional Quotient Inventory* (EQ-i), un cuestionario que contiene las siguientes escales principales, cada una dividida en diferentes subescalas: inteligencia interpersonal (autoconciencia emocional, asertividad, respeto por uno mismo, auto-actualización, independencia), inteligencia intrapersonal (empatía, relación interpersonal, responsabilidad social), adaptación (solución de problemas, contrastación de la realidad, flexibilidad), manejo del estrés (tolerancia al estrés, control de impulsos), y estado de ánimo (felicidad, optimismo).

Las medidas de inteligencia emocional basadas en el modelo mixto, y por extensión esta concepción de la inteligencia emocional, han sido fuertemente criticadas (por ejemplo, Petrides y Furnham, 2000; Brackett y Mayer, 2003). Las críticas se basan en las relaciones obtenidas entre inteligencia emocional y otros constructos pertenecientes al ámbito de la psicología de la personalidad (como estabilidad emocional, optimismo, bienestar psicológico, etc.), así como en la forma en que ésta ha sido medida: mediante cuestionarios auto-informe, ya que la utilización de expresiones descriptivas de uno mismo como forma de medir habilidades de inteligencia dependen del auto-concepto de la persona que responde. Si éste es muy preciso y el informante es sincero, las medidas son precisas. Además, los factores de la inteligencia emocional tienen un alto grado de deseabilidad social, lo cual también puede distorsionar el resultado.

Los modelos de *habilidades* tienen su origen en las teorías sobre la inteligencia; conciben la Inteligencia Emocional como un conjunto de habilidades cognitivas referentes a las emociones con poca relación a factores de la personalidad. El modelo de habilidades que actualmente está teniendo mayor aceptación en la literatura científica, el de Mayer, Salovey y Caruso (1999), divide la inteligencia emocional en cuatro ramas básicas: percepción, apreciación y expresión de emociones; facilitación emocional del pensamiento; comprensión, análisis y utilización del conocimiento emocional; regulación reflexiva de las emociones para el desarrollo intelectual y emocional. Cada rama incluye diferentes estadios de habilidad que se aprenden a dominar de manera secuencial. Otro aspecto destacable de esta definición de la inteligencia emocional es su concepción en términos de conjuntos de habilidades, como las de percibir, asimilar, entender o manejar emociones. Esta concepción es claramente diferente de la propuesta por otros modelos de inteligencia emocional, como el de Goleman (1995) o Bar-On (1997), en el sentido que no tan solo prescinde de conceptos próximos a la personalidad, como la motivación y la felicidad, sino que además considera las habilidades emocionales como elemen-

tos de la inteligencia que se pueden desarrollar. Consecuentemente, estas habilidades se evalúan mediante “tests”, en el sentido de prueba, en los cuales se pretende medir de forma objetiva la conducta óptima. Mayer, Salovey y Caruso desarrollaron el MSCEIT (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test; Mayer, Salovey, Caruso & Sitarenios, 2003) que se basa en la idea de que la inteligencia emocional implica la solución eficaz de problemas emocionales y la solución de problemas mediante la utilización de las emociones.

Antes de desarrollar el MSCEIT, Salovey y Mayer habían elaborado otro instrumento para evaluar la Inteligencia Emocional. El modelo que representa el cuestionario de autoinforme TMMS (*Trait Meta-Mood Scale*, Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995) está a medio camino entre un modelo “mixto” y un modelo de habilidad, ya que se ciñe a un constructo compuesto de competencias emocionales muy definidas y prescinde de otros constructos de personalidad; sin embargo, no deja de ser una escala “rasgo” (como implica la palabra *trait* en su nombre). El TMMS se centra en los procesos reflexivos que acompañan los estados de ánimo (metaconocimiento), y por eso los autores insisten en que mide la inteligencia emocional percibida (IEP). La escala original tiene 30 ítems y tres subescalas que incluyen Atención (*Attention*; habilidad percibida por el sujeto de prestar atención a sus estados de ánimo y a sus emociones), Claridad (*Clarity*; habilidad percibida de comprender y discriminar entre diferentes estados de ánimo y emociones) y Reparación del estado de ánimo (*Mood Repair*; habilidad percibida para mantener estados de ánimo positivos y reparar los negativos). Existe una versión española del TMMS por Fernández-Berrocal y Ramos (1999), el TMMS-24 que contiene 24 ítems y tres subescalas con ocho ítems cada una (Atención, Comprensión y Regulación de las emociones). El cuestionario presenta unas propiedades psicométricas adecuadas, baremos para hombres y mujeres, y actualmente es el instrumento de Inteligencia Emocional más utilizado en el ámbito académico español.

Al margen de las discusiones e investigaciones académicas, el auge del concepto de Inteligencia Emocional demuestra la creciente aceptación que las emociones, lejos de ser un elemento irracional en nuestro funcionamiento adaptativo, más bien contribuyen a ello. En su descripción de Inteligencia Emocional como “*zeitgeist*”, Mayer, Salovey y Caruso (2000), argumentan que el éxito de la Inteligencia Emocional es también debido a su potencial de “igualador” o “nivelador” (*equalizer*), ya que, según las promesas de Goleman, se supone que pueden llenar el abismo entre inteligencia y éxito en la vida. Mientras la inteligencia general se supone que es algo que se tiene hasta cierto grado, sin poder cambiarlo, con la idea de la Inteligencia Emocional se da esperanza a personas que no están satisfechas con sus dotes intelectuales, ya que las competencias de la Inteligencia Emocional se pueden aprender; así hasta personas menos brillantes pueden ser consideradas “inteligentes”. Sin embargo, como argumentan estos autores, “para el

escéptico, (...) esto sugería una imagen empobrecida del futuro en la cual la razón y el pensamiento crítico ya no importaba” (Mayer, Salovey & Caruso, 2000, p. 97). En una línea similar, Scarr (1989) alerta contra el hecho de llamar “inteligencia” a lo que en realidad son talentos, habilidades y competencias, o virtudes humanas. Y de hecho, algunos modelos de Inteligencia Emocional mezclan alegremente conceptos de niveles diferentes como habilidades, emociones, autoimágenes, actitudes, virtudes, etc. Hay que destacar que la simple presencia de competencias emocionales o cognitivas no necesariamente constituyen una “inteligencia”, un error en que incurre Gardner con su muy amplia definición de lo que son “inteligencias”. Un nuevo constructo psicológico necesita una definición clara y cuidadosa, y tiene que ser validado empíricamente. Además, tiene que aportar algo nuevo. En este sentido los modelos de habilidades parecen identificar un área hasta ahora no suficientemente valorada que puede ser importante para el funcionamiento humano.

La idea de la Inteligencia Emocional ha encontrado su aplicación principalmente en los ámbitos laboral y educativo. En España, existen diversos programas escolares para aumentar la inteligencia emocional de los niños; se considera que niños “con inteligencia emocional” presentan menos conductas perturbadoras, se relacionan de forma más positiva con sus compañeros y resuelven los conflictos de manera adecuada (Bizquerra, 2003). En el ámbito de las empresas, se considera que las competencias implícitas en el liderazgo igual que en el rendimiento laboral excepcional están relacionadas con los factores de la Inteligencia Emocional. En cuanto a la psicología clínica y a la psicoterapia existen (todavía) muy pocas publicaciones, pero parece que hay un creciente interés en estudiar la relación entre las variables de la Inteligencia Emocional y los procesos patológicos por un lado, y el funcionamiento adaptativo por otro. Hasta ahora, la mayoría de las publicaciones científicas se han hecho desde el área de la psicología básica y de la personalidad, y se está intentando llevar estos conocimientos hacia su aplicación en la psicología de la salud y de los trastornos mentales, igual a la intervención psicológica. En lo que sigue, se intenta hacer una revisión crítica de las propuestas e investigaciones hechas en este campo y contribuir a esclarecer el posible papel que puede jugar la Inteligencia Emocional en psicología clínica y en psicoterapia.

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y AJUSTE PSICOLÓGICO

Si dejamos aparte las promesas iniciales poco realistas de Goleman respecto a que la inteligencia emocional proporciona al individuo “una ventaja en cualquier ámbito de la vida, sea en las relaciones románticas e íntimas o captando las reglas tácitas que gobiernan el éxito en la política organizacional” (Goleman, 1995, p.36), podemos comprobar la existencia de algunas evidencias de que la inteligencia emocional está relacionada no sólo con el éxito académico (Schutte, Malouff, May, Haggerty, Cooper, Golden, Dornheim, 1998), sino también de alguna manera con

el ajuste social, la satisfacción personal y el bienestar psicológico (Chamarro & Oberst, 2004). Los sujetos que reciben puntuaciones altas en los instrumentos de evaluación de Inteligencia Emocional también refieren mayor satisfacción con la vida, mayor calidad y cantidad de relaciones sociales, un clima familiar más positivo, más éxito académico y mayor conducta prosocial que las personas con Inteligencia Emocional baja (Palmer, Donaldson & Stough, 2002; Bracket & Mayer, 2003; Dawda & Hart, 2003). Según estos autores, individuos con una Inteligencia Emocional alta presentan menos conductas desviadas, consumen menos sustancias adictivas y compran menos libros de auto-ayuda (considerándose la posesión de libros de autoayuda como un indicador de la existencia de problemas psicológicos). Las correlaciones encontradas han despertado el interés por programas de autoayuda o cursillos que pretenden aumentar la Inteligencia Emocional del individuo, y con esto el éxito y el bienestar del participante (por ejemplo Epstein, 1998). Epstein propone un programa autoaplicado para mejorar el pensamiento constructivo, argumentando que convertirse en un “buen pensador constructivo” mejora las relaciones íntimas y sociales, el éxito en el trabajo, e incluso puede mejorar la salud física.

Muchos trabajos relacionan la Inteligencia Emocional con las habilidades de *coping* (afrentamiento) en estrés agudo o crónico (véase también la contribución de Paez et al. en esta edición). Generalmente, el estrés está definido como un desajuste entre las demandas externas, las motivaciones y capacidades personales. En la definición de Lazarus, el *coping* se refiere al esfuerzo de una persona para manejar, controlar y regular las situaciones amenazadoras o exigentes (Lazarus y Folkman, 1984). El *coping* depende de la forma en que el individuo interpreta la demanda, es decir, de sus creencias y cogniciones acerca de la situación y de sus propias competencias para afrontarla, que son críticas en el momento de superar estas situaciones. Se suele distinguir entre afrontamiento adaptativo y no-adaptativo. Afrontamiento adaptativo se refiere a la eficacia del proceso de *coping* en términos de resultados positivos para el individuo (mayor ajuste emocional, preservación de la salud, aumento del sentido de bienestar, etc.). Según Salovey, Stroud, Woolery & Epel (2002), una mayor inteligencia emocional percibida (evaluada con el TMMS) está relacionada con menores reacciones psicofisiológicas como respuesta al estrés. También se ha sugerido que una elevada Inteligencia Emocional proporciona más competencias para afrontar el estrés de forma adaptativa (Matthews, Zeidner & Roberts, 2002). Según estos autores, las personas con Inteligencia Emocional alta son más eficaces a la hora de evitar situaciones que pueden producir encuentros desagradables o frustrantes; o bien, poseen mejores recursos de afrontamiento, mayor auto-eficacia, mejor regulación adaptativa y reparación de emociones, etc. En su modelo de Inteligencia Emocional, Bar-On (1997) incluye explícitamente las habilidades de “manejo del estrés” (*stress management*) y de “adaptabilidad” (*adaptability*).

Aunque los mecanismos mediante los cuales la Inteligencia Emocional influye en la capacidad de afrontamiento del individuo no están del todo identificados, la contribución de la Inteligencia Emocional al ajuste psicológico parece patente, especialmente a través de la habilidad de regular las emociones. En varios estudios el grupo de investigación de la Universidad de Málaga entorno a Fernández-Berrocal ha podido mostrar que los individuos con más inteligencia emocional percibida (IEP), evaluada mediante el TMMS, muestran mejor ajuste psicológico, tanto en la vida cotidiana como en situaciones vitales que requieren mayores recursos de adaptación. Así por ejemplo, las habilidades emocionales tienen una influencia positiva en las estrategias de afrontamiento en la aparición del *burnout* en profesores (Extremera, Fernández-Berrocal y Durán, 2003); durante el embarazo, la gestantes con una mayor IEP muestran menos sintomatología depresiva (Fernández-Berrocal, Ramos y Orozco, 2000). En otro estudio (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002) con mujeres de mediana edad (entorno a la menopausia), la habilidad de reparación de emociones estaba relacionada con la calidad de vida; las mujeres con más capacidad de regular sus emociones mostraron, entre otros aspectos, mejor funcionamiento físico, psicológico y social, niveles más elevados de vitalidad y salud percibida. La IEP también parece influir positivamente en la sintomatología ansiosa y depresiva durante la adolescencia (Fernández-Berrocal y Ramos, 1999).

INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

En las medidas de inteligencia emocional existentes, los datos normativos siguen una distribución normal. Por lo que podemos hablar de personas con inteligencia “normal”, “alta” y “baja” con sus diferentes gradaciones, así como de una Inteligencia Emocional “anormalmente baja”. Y si el constructo de Inteligencia Emocional tiene alguna correspondencia con la realidad psicológica del individuo, podemos suponer que la Inteligencia Emocional anormalmente baja puede producir efectos negativos en su vivencia emocional, es decir trastornos psicológicos relacionados con uno o varios componentes de la Inteligencia Emocional. En este caso hablaríamos de una *inteligencia emocional patológicamente baja* (Matthews, Zeidner & Roberts, 2002) como trastorno mental en sí mismo o como factor que predispone al trastorno mental. Esto se puede manifestar en un trastorno de personalidad (Eje II del DSM-IV) o en un proceso patológico (Eje I del DSM-IV). Aunque es poco probable que la inteligencia emocional patológicamente baja constituya una entidad nosológica nueva, existen argumentos a favor de que la falta de competencias emocionales juegue un importante papel en el desarrollo y mantenimiento de muchos trastornos psicológicos.

Trastornos de personalidad

En prácticamente todos los trastornos de personalidad existen desarreglos emocionales y, a primera vista, éstos se pueden relacionar con la carencia de habilidades emocionales tal como se describe en los modelos de Inteligencia Emocional: la evitación del contacto social en las personalidades esquizoide y esquizotípica, la falta de empatía en la personalidad antisocial, la impulsividad y el exceso de emociones negativas en los trastornos límite e histriónico de personalidad, la inhibición de la expresión emocional en personalidades obsesivo-compulsivas y la hipersensibilidad a la crítica y falta de auto-estima en los trastornos de personalidad por dependencia o por evitación. Leible y Snell (2004) informan de importantes déficit de habilidades emocionales en personas con rasgos de personalidad límite. Pero considerar la falta de Inteligencia Emocional como la base general de los trastornos de personalidad sería un error conceptual. Además, como destacan Matthews, Zeidner & Roberts (2002), ya existe el constructo de neuroticismo (el factor N de algunos de los grandes cuestionarios de personalidad consolidados como el NEO-PI o el EPQ) que, en tanto a emotividad negativa o inestable, explica los problemas emocionales relacionados con la mayoría de los trastornos de personalidad mejor que una supuesta Inteligencia Emocional baja.

Trastornos del Eje I

Como un bajo nivel de Inteligencia Emocional se asocia con la falta de competencias en el control de las emociones, falta de habilidades de afrontamiento y falta de apoyo social (como consecuencia de la poca habilidad del individuo en formar relaciones estrechas y sólidas), también se puede suponer que la falta de Inteligencia Emocional es un factor de vulnerabilidad para desarrollar y mantener ciertas patologías del Eje I del DSM-IV como la depresión, los trastornos de ansiedad, o incluso los trastornos de control de impulsos, ya que en estas patologías los problemas emocionales juegan un papel importante. Respecto a la ansiedad, se puede suponer que la dificultad de regular los estados afectivos (como habilidad de Inteligencia Emocional) influya en el desarrollo y/o mantenimiento de estados de ansiedad. Un ataque de pánico se podría interpretar como el fallo completo de estos sistemas de regulación afectiva, pero hablar de una Inteligencia Emocional baja en relación a la clínica ansiosa sería perder de vista lo que es este trastorno.

En cuanto a los estados depresivos, Ramos, Fernández-Berrocal y Extremera (2003) proponen un modelo de Inteligencia Emocional en los cuales las diferentes habilidades emocionales (percepción, comprensión y regulación de estados afectivos) juegan un rol diferencial en el ajuste o desajuste psicológico. Siguiendo el modelo de Nolen-Hoeksema (citado en Ramos, Fernández-Berrocal y Extremera, 2003) de “estilo rumiativo de afrontamiento”, según cual el individuo pasa mucho tiempo pensando en el suceso estresante y experimenta pensamientos intrusivos, es decir, involuntarios, sobre el suceso, lo que le causan malestar subjetivo adicional. Según

estos autores, las personas que presentan pensamientos intrusivos focalizan demasiado en sus estados emocionales, es decir, puntúan alto en el factor Atención del TMMS. Si bien una cierta atención a la emoción es un paso previo para la comprensión y la regulación de las emociones (los tres factores de la Inteligencia Emocional según el modelo recogido en el TMMS), una atención excesiva puede impedir que el individuo clarifique y comprenda sus emociones y así obstaculizar el proceso para regular el estado afectivo negativo. Y a la larga llevar a síntomas depresivos. Por otro lado, parece que el constructo de Inteligencia Emocional puede arrojar luz a la dificultad de diferenciar entre depresión endógena y “depresión por desesperanza” (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2003). Los resultados de este estudio permiten, según los autores, diferenciar entre ambas formas de depresión, ya que la correlación encontrada en la capacidad de regular las emociones y la depresión endógena fue menor que la correlación entre esta habilidad y la depresión por desesperanza.

La Inteligencia Emocional baja también se ha asociado con trastornos psicósomáticos, ya que estos pacientes suelen tener dificultades para identificar y expresar adecuadamente su malestar emocional y por tanto, tienen la tendencia a expresarse mediante quejas somáticas o desarrollar trastornos somáticos. En los trastornos relacionados con el abuso de sustancias y en los trastornos de conducta alimentaria también podemos sospechar problemas a nivel de inteligencia emocional, ya que algunos estudios hablan del uso de la sustancia (la ingesta compulsiva) como estrategia de afrontamiento del individuo para mitigar el impacto de situaciones percibidas como emocionalmente estresantes.

Alexitimia

Hay un aspecto de esta “inteligencia emocional patológicamente baja” que nos parece interesante, ya que se ha descrito como el polo opuesto de la Inteligencia Emocional: el concepto de alexitima, cuya raíz etimológica griega alude a la “falta de palabras para sentimientos”, utilizada en la literatura psicológica por primera vez por Nemiah y Sifneos (1970). La alexitimia se describe no como la ausencia total de la capacidad para expresar sentimientos, sino como una dificultad para identificar y distinguir entre emociones y las sensaciones físicas acompañantes de la excitación emocional. Los individuos alexitímicos tienen dificultades para describir sus emociones a otras personas, disponen de procesos imaginativos limitados y manifiestan un estilo cognitivo orientado a estímulos externos. Investigaciones recientes también indican que la alexitimia se relaciona con la falta de empatía y la falta de percepción de los estados emocionales de otros (Parker, 2000). Parker comenta que para expresar emociones los alexitímicos tienden a usar la acción física directa y la expresión corporal. Son más vulnerables a desarrollar trastornos psicósomáticos, alimentarios (atracones), toxicomanías y otras conductas compulsivas, quizás en un intento de regular el estrés emocional. Como destaca este

autor, los pacientes alexitímicos también suelen malinterpretar las sensaciones somáticas que acompañan la excitación emocional y se equivocan a la hora de comunicar su malestar. Todo ello puede llevar a la sobreinvestigación de las quejas somáticas de los pacientes en la práctica médica y el uso de pruebas médicas sofisticadas y caras para “encontrar el problema” (supuestamente físico). Para medir la alexitimia Bagby, Parker & Taylor (1994) desarrollaron la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). Estos mismos autores (Parker, Taylor and Bagby, 2001) encontraron una relación negativa muy significativa entre las puntuaciones en esta escala y el cuestionario de Inteligencia Emocional de Bar-On (EQ-i) y concluyen que, aunque alexitimia e Inteligencia Emocional son constructos independientes, existe una relación inversa estrecha, afirmando que la alexitimia se puede considerar como el extremo inferior de un continuo llamado Inteligencia Emocional.

La alexitimia y la Inteligencia Emocional también se han estudiado en hombres violentos y/o abusadores. Moriarty, Stough, Tidmarsh, Eger y Dennison (2001) encontraron diferencias significativas entre adolescentes varones normales y adolescentes varones que habían cometido un delito sexual respecto a Inteligencia Emocional percibida, estados de ánimo y alexitimia. Los adolescentes con historial de delitos sexuales recibieron puntuaciones más altas en agresión y en la escala de alexitimia que el grupo control, aunque los adolescentes normales también puntuaron relativamente alto en esta escala. Respecto a la empatía no se encontraron diferencias, y en general, los autores concluyen que parece que todos los adolescentes tienen dificultades en experimentar y expresar emociones, aunque estos problemas son algo mayores en adolescentes conflictivos. Otros autores (Harmon, 2002; Swift, 2002) encontraron una estrecha relación entre violencia conyugal masculina y déficit de Inteligencia Emocional en los hombres violentos. En una investigación nuestra (Massana y Oberst, estudio no publicado) también se encontraron diferencias significativas entre hombres maltratadores y no-maltratadores respecto a Inteligencia Emocional y alexitimia. Todos estos estudios indican que uno de los factores que llevan a estos hombres a recurrir a la violencia para solucionar sus conflictos de pareja es un déficit de competencias emocionales, aspecto que podría ser un objetivo terapéutico clave en la intervención con hombres maltratadores.

Este aspecto cobra más importancia en el caso de los llamados “psicópatas”, individuos con una personalidad descrita como escurridizos y superficiales, egocéntricos, engañosos y manipuladores, con falta de empatía y remordimientos (Hare, 1999). Según Hare, estas personas pueden ser psicópatas delincuentes (hasta asesinos en serie) o vivir en aparente normalidad dentro de los límites de la legalidad. Se caracterizan por una combinación aparentemente paradójica de falta de empatía por un lado, y por otro de una gran capacidad para detectar las emociones de otras personas que luego utilizan para manipularlas, habilidad que se puede considerar una competencia emocional. Hare describe experimentos según los

cuales estas personas no tienen las mismas reacciones emocionales que las personas normales. Los sujetos normales tienen latencias de respuesta más cortas cuando se les presenta palabras con carga afectiva (p.ej. “muerte”) que cuando se les presenta palabras neutrales (“papel”); en cambio, los psicópatas no muestran esta diferencia. Los psicópatas entienden el significado léxico de las palabras (“amor”, “odio”, “aflicción”, etc.) y parece que pueden aprender a producir las conductas esperadas socialmente de acuerdo con las diferentes situaciones (por ejemplo, poner una cara “de aflicción” cuando alguien les cuenta una experiencia triste), pero son incapaces de percibir su sentido emocional. Pero es precisamente la percepción de la carga emocional del lenguaje uno de los aspectos más importantes que confiere el “mordisco” a nuestra conciencia que luego puede llevar a la conducta moral. Esto es algo que los psicópatas, debido a su incapacidad de “sentir” el significado emocional del lenguaje, no entienden.

Resumiendo, en muchos trastornos descritos en el DSM-IV podemos encontrar aspectos de “baja Inteligencia Emocional”, algunos de los cuales ciertamente merecerían especial atención y estudios más refinados; pero considerar la inteligencia emocional patológicamente baja como el denominador común de un espectro tan amplio de psicopatología sería incurrir en un error similar al que cometen los autores que ven en la “Inteligencia Emocional alta” la garantía de la felicidad y de la salud mental. Aún así existen aproximaciones prometedoras a la aplicación de este constructo en psicología clínica; entre estas, las que consideran la Inteligencia Emocional, similar a otros constructos de personalidad y habilidades cognitivo-emotivas, como un proceso mediador entre la experimentación de emociones negativas y la aparición de un trastorno.

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y PSICOTERAPIA

Mientras en el ámbito de la educación y de las organizaciones empiezan a abundar las publicaciones sobre programas para mejorar la Inteligencia Emocional (o aspectos de ella), apenas existe información publicada respecto a la psicoterapia. En la literatura clínica encontramos publicaciones sobre fenómenos que suelen ser componentes de la Inteligencia Emocional, tanto del modelo de habilidad (percepción y expresión de emociones) como del modelo de personalidad (auto-actualización, asertividad, empatía, autoestima, afrontamiento, optimismo, etc.), pero pocos autores relacionan la Inteligencia Emocional en su conjunto con la psicología clínica y psicoterapia. Y aunque la mayoría de los enfoques terapéuticos tienen como objetivo mejorar estos aspectos del paciente, normalmente no consideran la “inteligencia emocional” como un objetivo directo de la intervención terapéutica.

Esto se debe en parte al hecho que la Inteligencia Emocional como conjunto de habilidades y/o factores de personalidad es un constructo relativamente reciente en psicología; hasta ahora se han tratado fenómenos similares, como la *psychological mindedness*. Según Conte, Plutchik, Jung, Picard, Karasu & Lotterman (1990), la

psychological mindedness comprende cuatro habilidades: tener acceso a los propios sentimientos, disposición de hablar de sus sentimientos y de sus problemas interpersonales, la capacidad para el cambio conductual y el interés en la conducta de otros. Dada la similitud conceptual de *psychological mindedness* y de Inteligencia Emocional se puede hipotetizar que un individuo con *psychological mindedness* baja también debería tener poca Inteligencia Emocional. *Psychological mindedness* es un constructo, que también se ha asociado con aspectos de la personalidad, que permite o dificulta la eficacia de la psicoterapia orientada al *insight* (como la psicodinámica) así como la adherencia al proceso psicoterapéutico (Parker, 2000). Parker comenta el conocido hecho de que, depende de la población estudiada y los criterios aplicados, el 20 al 50% de los clientes en psicoterapia no vuelven después de la primera sesión y propone que sería de utilidad al terapeuta conocer el nivel de Inteligencia Emocional del paciente antes de iniciar la intervención (sobre todo si es una intervención que requiere el *insight* del cliente). Sabiendo que el cliente tiene capacidades emocionales limitadas, el terapeuta podría dedicar más tiempo en mejorar estos aspectos básicos en la primera fase de la terapia.

Pero la ventaja del modelo de “inteligencia emocional patológicamente baja” reside no tanto en explicar manifestaciones clínicas, como en poder elaborar programas específicos para ayudar a trabajar más específicamente las emociones en psicoterapia. Hacer un trabajo complementario focalizado a las emociones del paciente es especialmente importante cuando se trata de pacientes alexitímicos. Tal como se ha descrito antes, la alexitimia aumenta la vulnerabilidad para desarrollar diferentes trastornos psicológicos y psicosomáticos, a través de procesos mediadores como la dificultad de regular emociones perturbadoras mediante procesos mentales. En este sentido, “aumentar la Inteligencia Emocional” sí puede ser un objetivo directo de la psicoterapia. No obstante, Taylor (citado por Parker, 2000) advierte que pacientes alexitímicos pueden incluso empeorar en función de la intervención; pacientes con enfermedades psicosomáticas pueden, en vez de experimentar emociones fuertes, desarrollar una exacerbación peligrosa de su enfermedad somática y en pacientes con adicciones, el aumento de intensidad de su malestar difuso puede llevarlos a aumentar su conducta adictiva para aliviar esta sensación percibida por ellos como muy desagradable. Por eso, Parker (2000) propone una serie de técnicas específicas para trabajar con el paciente alexitímico, tanto en terapia individual como en intervención grupal (véase la contribución de Parker en esta edición).

En el caso de hombres maltratadores y de psicópatas alexitímicos que se ha comentado antes, el trabajo emocional puede ser una intervención clave, ya que estas personas parecen tener un déficit no sólo en la regulación de sus emociones, sino en la habilidad más básica, en la percepción de éstas. El tema de maltratadores y psicópatas es especialmente interesante para el discurso la Inteligencia Emocional, ya que en estos casos se observa una vinculación entre un déficit en las

habilidades emocionales por un lado y conducta delincuente por otra. Esto lleva a la cuestión de la independencia de los componentes del constructo de Inteligencia Emocional y de la validez de los instrumentos. Argumentando desde los modelos de Inteligencia Emocional, ¿uno puede, por un lado, identificar y expresar emociones – propias y las de otros – y por otro, utilizar las emociones de otras personas para manipularlas, además de carecer de empatía? Esta cuestión merecería un tratamiento especial en la investigación sobre Inteligencia Emocional. Además, esta relación entre conducta antisocial, por un lado, y ciertas habilidades que forman parte del constructo de Inteligencia Emocional plantea la cuestión de la naturaleza de la relación entre Inteligencia Emocional por un lado y actitudes y conducta éticas por otro. Una persona con alta Inteligencia Emocional, ¿necesariamente también es buena persona?

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y VALORES EN PSICOTERAPIA HUMANISTA

Mayer, Salovey y Caruso presentan un modelo algo aséptico de Inteligencia Emocional, que pretende estar explícitamente libre de valores morales. Una Inteligencia Emocional alta no necesariamente iría unida a un estilo de vida lleno de virtudes. Un individuo puede reconocer sus emociones, regularlas adecuadamente y hacer lo mismo con las emociones de otros, pero ser al mismo tiempo un perfecto depravado o un delincuente. Teóricamente, las competencias emocionales pueden ser utilizadas para objetivos socialmente positivos o para objetivos antisociales. Se pueden utilizar las habilidades emocionales para el beneficio de los demás o para engañarlos y manipularlos. Como se ha comentado antes, existen personalidades que aparentemente combinan una falta de empatía (habilidad de la Inteligencia Emocional), con alta sociabilidad y cierta emotividad, como es el caso de la personalidad antisocial o el psicópata.

Para indagar más en esta cuestión de la relación entre inteligencia emocional y conducta prosocial, Charbonneau & Nicol (2002) estudiaron un grupo de chicos y chicas adolescentes usando el cuestionario de Schutte (Schutte, Malouff, May, Haggerty, Cooper, Golden, Dornheim, 1998) y una escala de conducta cívica. Las autoras encontraron correlaciones positivas significativas entre las puntuaciones en un cuestionario de Inteligencia Emocional y los factores de “altruismo” y “virtud cívica”. Además, las chicas puntuaban más alto en Inteligencia Emocional, hecho que se ha comentado en otros estudios; parece que las mujeres son generalmente más expresivas emocionalmente (Ciarrochi, Chan y Caputi, 2000). En el estudio de Dawda & Hart (2000), las mujeres también puntuaron significativamente más alto en las escalas de Responsabilidad Social del cuestionario EQ-i de Bar-On (1997), mientras los hombres lo hacían en las escalas de Independencia y Optimismo del mismo cuestionario.

Como hemos dicho, algunos modelos de Inteligencia Emocional hacen

referencia explícita a actitudes prosociales como componente central. Goleman (1998) habla de 25 subcomponentes de Inteligencia Emocional, entre otras “conciencia política” (*political awareness*), “orientación hacia el servicio” (*service orientation*); Bar-On incluye una subescala de responsabilidad social en su EQ-i. El mismo Salovey, en una aproximación inicial al concepto de Inteligencia Emocional (Salovey & Sluyter, 1997) habla de cooperación, asertividad, responsabilidad, empatía y autocontrol como las cinco dimensiones básicas de la Inteligencia Emocional. Rovira (en Gallifa, Pérez y Rovira, 2000) incluye en su definición de Inteligencia Emocional valores sociales como el “ser una persona positiva”, “saber dar y recibir” y “tener valores alternativos”. La confusión aumenta si nos damos cuenta que la empatía se ha tratado como habilidad emocional según el modelo de Mayer, Salovey y Caruso o como actitud interpersonal en la línea de Salovey y Sluyter, Goleman o Rovira.

Los modelos de psicología clínica y psicoterapia normalmente no hacen referencia a aspectos morales y éticos, a excepción de algunos enfoques humanistas. Rovira presenta varios autores humanistas a los que considera precursores históricos de la Inteligencia Emocional: Victor Frankl, Erich Fromm, Alfred Adler, entre otros. Es también en los enfoques humanistas actuales donde encontramos más similitudes con aspectos de la Inteligencia Emocional; estas similitudes se observan principalmente en el énfasis que dan a dos aspectos clave de la Inteligencia Emocional: por un lado al trabajo terapéutico con emociones, y por otro a los valores humanos y actitudes prosociales como elemento del proceso psicoterapéutico. Quizás el modelo que más explícitamente se refiere a actitudes prosociales como indicador y promotor de la salud mental es el de la Psicología Adleriana (Oberst y Stewart, 2002).

Uno de los conceptos clave en la teoría adleriana es el Sentimiento de Comunidad (también llamado “Interés Social”) que hace referencia a la actitud ética del individuo (Oberst, 1998). El Sentimiento de Comunidad, según Adler, es una tendencia innata de todos los humanos que debe ser fomentada y educada en el niño desde la primera infancia por los padres y que comprende varios aspectos: la tendencia afectiva y cognitiva de orientar su conducta hacia la convivencia con otras personas, hacia la cooperación y el cumplimiento con las exigencias que requiere la vida en comunidad, las llamadas tareas de la vida (pareja, trabajo y amistad/comunidad); un interés en el bienestar no sólo de la propia persona sino también en el bienestar de los demás; la capacidad de ponerse afectivamente en el lugar del otro, ver el mundo con sus ojos (empatía). Uno de los objetivos en terapia adleriana (sobre todo en las fases avanzadas) es el desarrollo de este Sentimiento de Comunidad, sin el cual el individuo no es considerado del todo mentalmente sano. Esto implica un trabajo psicoeducativo, en el cual el paciente practica las actitudes prosociales: empatía con los demás e interés en su bienestar, cooperación, responsabilidad, etc. Como hemos dicho antes, estos son aspectos que también encontra-

mos en algunos modelos de Inteligencia Emocional, y en este sentido sería interesante investigar hasta qué punto la teoría y la práctica Adleriana se puede considerar como un enfoque terapéutico que se centra en fomentar la Inteligencia Emocional. Recientemente, se han publicado algunos trabajos que demuestran que la conducta prosocial no sólo beneficia a la persona ayudada, sino también a la persona que la propicia (Schwarz y Sendor, 1999); en otro estudio (Oberst, 2005) también se ha encontrado una correlación negativa entre conductas delinquentes por un lado e Inteligencia Emocional por otro.

CONCLUSIÓN

La inteligencia emocional es un constructo todavía escurridizo en psicología de la personalidad, y las investigaciones en este campo no han podido confirmar el entusiasmo inicial a partir de la popularización del concepto por Goleman. Mientras en el ámbito de la educación y en el de las organizaciones y empresas existen ya aplicaciones prometedoras, el campo de la psicología clínica y de la psicoterapia está sembrado y abonado por varios autores, pero todavía se han podido recoger pocos frutos. Aún así, la autora de este artículo quiere expresar un optimismo cauteloso al respecto. Aunque en psicopatología, el constructo de Inteligencia Emocional no parece capaz de explicar ninguno de los fenómenos mejor que otros constructos de personalidad ya consolidados, la relación de la Inteligencia Emocional con el ajuste psicológico por un lado y la relación de la (falta de) Inteligencia Emocional con la alexitimia por otro ha quedado patente y ha fomentado investigaciones y programas de intervención, sea como preparación a la terapia de *insight* o como objetivo terapéutico en determinadas poblaciones de pacientes. La creciente conciencia de la necesidad de incorporar el trabajo con emociones en intervenciones terapéuticas en mayor medida que antes también puede encontrar inspiración en el concepto de Inteligencia Emocional como conjunto de habilidades emocionales para desarrollar programas específicos, tal como se está haciendo en educación. Se tendría que comprobar si estos programas de trabajo emocional añadidos a intervenciones estándar, como la terapia cognitivo-conductual, aumentan la eficacia de la terapia. En general podemos aceptar que, un mayor autoconocimiento de nuestras emociones, la identificación correcta de las vivencias emocionales de los demás, la regulación de nuestros estados afectivos, el uso de las emociones para facilitar (¡y no bloquear!) el pensamiento, etc., son habilidades beneficiosas para nuestro bienestar psicológico, ya que nos permiten reducir la ansiedad, nos ayudan a superar situaciones estresantes, nos capacitan para mejorar nuestras relaciones sociales y crecer emocionalmente. En este sentido, “mejorar la inteligencia emocional” puede ser un objetivo directo de programas de afrontamiento destinados a colectivos de personas sujetas a situaciones estresantes, como por ejemplo ejecutivos de empresas (Slaski & Cartwright, 2003), o profesionales sometidos a un elevado riesgo de sufrir *burnout*. La mejora de las competencias emocionales puede

ser un objetivo directo de terapias de crecimiento personal dirigidas a personas sin psicopatología (Epstein, 1998), y de programas para mejorar el rendimiento laboral. También puede ser un objetivo indirecto (como preparación o complemento) en psicoterapia para pacientes con trastornos clínicos.

Por último, señalar que la relación entre valores humanos y salud mental también se plantea como reto para la psicología clínica y la psicoterapia. Entonces, si consideramos la Inteligencia Emocional no sólo como un conjunto de habilidades emocionales, cuyo dominio nos permite alcanzar mayor satisfacción en la vida, mejor salud mental y mayor éxito académico y laboral, sino también como un conjunto de competencias cargado de virtudes humanas y de valores éticos, la pregunta que nos planteamos aquí es: a fin de alcanzar un grado más alto de satisfacción y de felicidad y gozar de mejor salud mental ¿deberíamos esforzarnos en ser mejores personas?

Este artículo presenta una revisión del estado actual del concepto de la Inteligencia Emocional (IE), tanto en su conceptualización teórica como en su aplicación en el ámbito de la psicología clínica y de la psicoterapia. Se presentan los dos principales modelos teóricos de la Inteligencia Emocional y sus instrumentos de medida y se hace una breve revisión crítica de las investigaciones empíricas al respecto. Después se revisa lo que hasta ahora se ha conjeturado e investigado respecto a la relación entre Inteligencia Emocional y los trastornos mentales y de personalidad. El último apartado discute la posible utilidad de aplicar los modelos de Inteligencia Emocional a la práctica de la psicoterapia.

Palabras clave: inteligencia emocional, psicoterapia, psicología clínica, trastornos mentales, evaluación

Referencias bibliográficas

- BAGBY, R.M., PARKER, J.D. A. & TAYLOR, G.J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- BAR-ON, R. (1997). *The Emotional Intelligence Inventory (EQ-i): Technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- BISQUERRA, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21 (1), 7-43.
- BRACKETT, M.A. Y MAYER, J.D. (2003). Convergent, discriminant, and incremental validity of competing measures of Emotional Intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 9, 1147-1158.
- Chamarro, A. & OBERST, U. (2004). Modelos teóricos en inteligencia emocional y su medida. *Aloma*, 14, 209-217.

- CHARBONNEAU, D. & NICOL, A. (2002). Emotional intelligence and prosocial behaviours in adolescents. *Psychological Reports*, 90, 361-370.
- CHERNISS, C. (2000). Social and emotional competence in the workplace. In: R. Bar-On & J.D.A. Parker, *The handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass.
- CIARROCHI, J.V., CHAN, A.Y.C. Y CAPUTI, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*, 28, 539-561.
- CONTE, H.R., PLUTCHIK, R., JUNG, B.B., PICARD, S., KARASU, T.B. & LOTTERMAN, A. (1990). Psychological mindedness as a predictor of psychotherapy outcome: A preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 426-431.
- DAWDA, D. & HART, S. (2000). Assessing emotional intelligence: reliability and validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i) in university students. *Personality and Individual Differences*, 28(4), 797-812.
- EPSTEIN, S. (1998). *Constructive Thinking. The key to emotional intelligence*. Westport CT: Praeger.
- EXTREMERA, N. & FERNÁNDEZ-BERROCAL, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life of middle-aged women. *Psychological Reports*, 91, 47-59.
- EXTREMERA, N., FERNÁNDEZ-BERROCAL, P. & DURÁN, A. (2003). Inteligencia emocional y burnout en profesores. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 260-265.
- EXTREMERA, N., FERNÁNDEZ-BERROCAL, P. & RAMOS, N. (2003). Inteligencia emocional y menopausia. En A. Jiménez (Ed.), *Procesos psicológicos e intervención: investigaciones en curso* (pp.21-25). Málaga: Facultad de Psicología.
- FERNÁNDEZ-BERROCAL, P., EXTREMERA, N. & RAMOS, N. (2003). Inteligencia emocional y depresión. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 251-254.
- FERNÁNDEZ-BERROCAL, P. & RAMOS, N. (1999). Investigaciones empíricas en el ámbito de la inteligencia emocional. *Ansiedad y Estrés*, 1999, 5, 247-260.
- FERNÁNDEZ-BERROCAL, P., RAMOS, N. & OROZCO, F. (2000). La influencia de la inteligencia emocional en la sintomatología depresiva durante el embarazo. *Toko-Ginecología Práctica*, 59, 1-5.
- GALLIFA, J., PÉREZ, C. & ROVIRA, F. (2002). *La intel·ligència emocional i l'escola emocionalment intel·ligent*. Barcelona: Edebé.
- GARDNER, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.
- GOLEMAN, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- GOLEMAN, D. (1998). *Working with Emotional Intelligence*. London: Bloomsbury.
- HARE, R.D. (1999). *Without conscience*. New York: Guilford Press.
- HARMON, P.A. (2002). Why do men batter women? Assessing empathy, self-regard and narcissism levels, and attitudes toward women, men's roles and family of origin experiences among middle to upper class male batterers. *Dissertation Abstracts International: Section B*, 2002, Vol 62.
- HEDLUND, J. & STERNBERG, R.J. (2000). Too many intelligences? Integrating social, emotional and practical intelligence. En R. Bar-On & J.D.A. Parker, *The handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass.
- LAZARUS, R. & FOLKMAN, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- LEIBLE, T.L. & SNELL, W.E. (2004). Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and individual differences*, 37, 393-404.
- MATTHEWS, G., ZEIDNER, M., & ROBERTS, R.D. (2002). *Emotional Intelligence: Science and Myth*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- MAYER, J.D., SALOVEY, P. & CARUSO, D. (1999). Competing models of emotional intelligence. In R.J. Sternberg (Ed.), *Handbook of Human Intelligence*. New York: Cambridge Press.
- MAYER, J.D., SALOVEY, P. & CARUSO, D. (2000). Emotional Intelligence as Zeitgeist, as personality, and as a Mental Ability. In R. Bar-On & J.D.A. Parker, *The handbook of emotional intelligence* (pp.92-117). San Francisco: Jossey-Bass.
- MAYER, J.D., SALOVEY, P., CARUSO, D. Y SITARENIOS, G. (2003). Measuring Emotional Intelligence with the MSCEIT v. 2.0. *Emotion*, 3, 97-105.
- MORIARTY, N., STOUGH, C., TIDMARSH, P., EGER, D. & DENNISON, S. (2001). Deficits in emotional intelligence underlying adolescent sex offending. *Journal of Adolescence*, 2001, 24, 743-751.
- NEMIAH, J.C. & SIFNEOS, P.E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In O.W. Hill (ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine* (vol. 2, pp. 26-34). London: Butterworths.
- OBERST, U. (1998). Salud mental y ética: el concepto de sentimiento de comunidad en la psicología de Alfred

- Adler. *Ars Brevis*, 1997, 225-242.
- OBERST, U. (2005). Las conductas prosociales, ¿un indicador de salud mental? *Aloma: Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 16, 143-153.
- OBERST, U. & STEWART, A. (2002). *Adlerian Psychotherapy: An advanced approach to Individual Psychology*. London: Brunner-Routledge.
- PALMER, B., DONALDSON, C., & STOUGH, C. (2002). Emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 33, 1091-1100.
- PARKER, J.D.A. (2000). Emotional intelligence: clinical and therapeutic implications. In: Bar-On, R. & Parker, J.D.A. (2000). *The handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass.
- PARKER, J.D.A., TAYLOR, G.J. & BAGBY, M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30, 107-115.
- PETRIDES, K. V. Y FURNHAM, A. (2000). On the dimensional structure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 29, 313-320.
- RAMOS, N., FERNÁNDEZ-BERROCAL, P. & EXTREMERA, N. (2003). Inteligencia emocional en situaciones de estrés agudo. En A. Jiménez (Ed.), *Procesos psicológicos e intervención: investigaciones en curso* (pp.26-30). Málaga: Facultad de Psicología.
- SALOVEY, P. Y MAYER, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- SALOVEY, P., MAYER, J.D., GOLDMAN, S.L., TURVEY, C. & PALFAI, T.P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure, and Health* (pp. 125-151). Washington: American Psychological Association.
- SALOVEY, P. & SLUYTER, D.J. (1997). *Emotional development and emotional intelligence. Educational implications*. New York: Basic Books.
- SALOVEY, P. STROUD, L.R., WOOLERY, A., & EPEL, E.S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology and Health*, 17 (5), 611-627.
- SCARR, S. (1989). Protecting general intelligence: Constructs and consequences for interventions. In R.L. Linn (Ed.), *Intelligence: Measurement, theory, and public policy*. Urbana, IL: University of Illinois Press.
- SCHUTTE, N.S., MALOUFF, J.M., MAY, L.E., HAGGERTY, D.J., COOPER, J.T., GOLDEN, CH. J. & DORNHEIM, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25, 167-177.
- SLASKI, M. & CARTWRIGHT, S. (2003). Emotional intelligence training and its implications for stress, health and performance. *Stress and Health*, 19, 233-239.
- SCHWARTZ, C.E. & SENDOR, R.M. (1999). Helping others helps oneself: response shift effect in peer support. *Social Science and Medicine*, 48, 593-609.
- SWIFT, D. G. (2002). The relationship of emotional intelligence, hostility, and anger to heterosexual mate intimate partner violence. *Dissertation Abstracts International: Section B*, 2002, Vol 62.

FORMAS DE AFRONTAMIENTO, MECANISMOS DE DEFENSA E INTELIGENCIA EMOCIONAL: COMPARACIÓN TEÓRICA Y EVALUACIÓN EMPÍRICA DE SU FRECUENCIA Y FUNCIONALIDAD.

Darío Páez, C. Velasco y M. Campos.
Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco
pspparod@ss.chu.es

In this article we compare the main coping strategies with the defence mechanisms and we revise the research studies that focus on its effects and functionality. We also examine its association with indicators of Emotional Intelligence (EI), as well as with some personality traits. The reader will be given a view of the normal nature of many coping responses, correcting the idealistic bias in the conception of mature defence mechanisms of defence; in the same way most people in a normal population present clinical symptoms, defence mechanisms are widespread and predominant.

In the last section, we present the items of the most relevant self-report scale that measures mechanisms of defence, the DSO-40.

Keywords: Coping, Mechanisms of Defence, Emotional Intelligence.

INTRODUCCIÓN

Si realizamos una revisión teórica del concepto afrontamiento y del constructo mecanismos de defensa, podemos afirmar que ambos conceptos son claves dentro de la Psicología, y que sirven para describir las respuestas conscientes e inconscientes del individuo para hacer frente a hechos o situaciones peligrosos o estresantes. Además, hay que señalar que ambos conceptos se han desarrollado desde un punto de vista teórico, de forma paralela e incluso opuesta, aunque recientemente se empieza a reconocer que comparten similitudes y, por tanto, que podría tratarse de constructos de alguna manera complementarios (Chabrol & Callahan, 2004).

Siguiendo las definiciones más habituales para ambos conceptos, hay que subrayar que los mecanismos de defensa representan la defensa del Yo frente a las

pulsiones instintivas y la carga afectiva asociada a dichas pulsiones (Freud, 1915). Estas maniobras, medidas u operaciones defensivas serían actividades inconscientes del Yo, y su activación sería también involuntaria.

Si se profundiza en el estudio de los mecanismos de defensa, es fácilmente constatable su variedad, su heterogeneidad y su complejidad. Así, Ionescu et al., (1997) afirman que los mecanismos de defensa no son más que abstracciones teóricas o conceptos necesariamente reductores que intentan explicar ciertos aspectos complejos del funcionamiento psíquico. Concretamente, siguiendo el modelo de Vaillant & Drake (1985), los mecanismos de defensa serían metáforas para describir los diferentes estilos cognitivos.

Por otra parte, la psicología cognitiva, redescubriendo la existencia de los procesos mentales inconscientes, ha elaborado una base interesante para el estudio de los procesos cognitivos implicados en el funcionamiento de los mecanismos de defensa (Cramer, 2000), atendiendo a conceptos tales como la memoria implícita, los procesos de atribución y la atención selectiva.

De forma paralela al reconocimiento de los aspectos cognitivos de los mecanismos de defensa, los investigadores se han centrado también en la dimensión cognitiva del afrontamiento. Concretamente, el concepto de afrontamiento, relativamente nuevo dentro de la Psicología, hundiría sus raíces en el estudio de los mecanismos de defensa, y constituiría una forma diferente de describir el comportamiento, y más concretamente la cognición, referida a los procesos conscientes y voluntarios para hacer frente a una situación determinada, es decir, el afrontamiento ha intentado incorporar aquellos procesos psicológicos implicados en las respuestas tanto comportamentales como cognitivas del individuo.

Generalmente, la conceptualización del afrontamiento puede realizarse a través de dos vías: la disposición y el contexto.

Atendiendo a la primera vía, el afrontamiento parecería influido por factores individuales de la personalidad, mientras que si atendemos a la vía del contexto, serían los factores relacionados con la situación quienes jugarían un papel determinante en el proceso de afrontamiento. Así, Lazarus & Folkman (1984), lo definieron como “aquellas respuestas o esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes para los recursos del individuo”.

A tenor de esta definición, el concepto de afrontamiento se complica debido a la gran diversidad de respuestas posibles. De hecho, es preceptivo señalar que el afrontamiento puede ser comprendido no sólo por su función de “hacer frente” a un problema a través de estrategias, o por la influencia del entorno y de la situación, sino también por su función interna para el individuo. Así, si nos centramos en la función interna del afrontamiento, se distinguen dos grandes bloques:

- 1) El afrontamiento centrado en el problema, que se revela como un amorti-

guador para la ansiedad cuando se trata de un suceso controlable (Marx & Schultz, 1991) y

- 2) El afrontamiento basado en la emoción, que permite aliviar el estrés percibido ante sucesos incontrolables (Holmes & Stevenson, 1990).

Por el contrario, si nos centramos en las estrategias, es decir en la orientación del individuo y su actividad en respuesta a un agente estresor, se puede diferenciar otras dos categorías de afrontamiento:

- 1) El afrontamiento activo, en el que el individuo enfrentará su problema de manera abierta y directa y
- 2) El afrontamiento evitante o pasivo, caracterizado por la inactividad frente al agente estresor, es decir, el individuo opta por desviar su atención del foco de estrés, pudiendo generar estados emocionales negativos, tales como la depresión, adicciones y actitudes vinculadas a la negación con el objetivo de huir del malestar emocional (Paulhan & Bourgois, 1995).

Además, el afrontamiento activo y/o evitante puede ser también clasificado atendiendo a las formas utilizadas para enfrentarse a la situación estresante: el individuo utilizará tanto estrategias comportamentales como cognitivas. Moos (1993), ha propuesto cuatro categorías básicas dentro del afrontamiento activo/evitante con subtipos asociados:

-Afrontamiento activo/cognitivo. Esta categoría incluye el análisis lógico (p.e. “encontrar diferentes medios para resolver el problema”), así como la redefinición positiva (p.e. “pensar hasta qué punto se está en mejor situación que otros que sufren problemas más importantes”).

-Afrontamiento activo/comportamental. En esta clasificación aparece la búsqueda de apoyo (p.e. “hablar con un amigo”) y la puesta en marcha de una acción para resolver el problema (p.e. “diseñar un plan y seguirlo”).

-Afrontamiento evitante/cognitivo. En esta dimensión, se distingue la evitación cognitiva (p.e. “olvidar completamente el problema”) y la aceptación resignada (p.e. “aceptar el problema perdiendo la esperanza de encontrar una solución satisfactoria”).

-Afrontamiento evitante/comportamental. Esta categoría comprende la búsqueda de otras actividades así como la descarga emocional (p.e. “gritar con el fin de eliminar la frustración”).

Si bien las dimensiones anteriormente citadas nos permiten describir los tipos de afrontamiento más frecuentes, es necesario subrayar también que, en la actualidad, el concepto de afrontamiento se encuentra en una situación caracterizada por la falta de un consenso claro y objetivo entre los investigadores sobre el tema. Así, por una parte, Costa et al., (1995), afirma que el límite entre el afrontamiento y la resolución del problema no está claramente definido, al igual que no existe una frontera clara entre el suceso normal y el estresante. De hecho, las reacciones de las personas pueden ser muy variables: una situación puede ser normal para un

individuo, mientras que, para otro, puede resultar muy difícil de soportar, por lo que proponen un modelo descrito como un continuo entre el afrontamiento y la adaptación en el que las reacciones individuales jugarían un papel determinante. Por otra parte, Lazarus (1990), ha elaborado otro marco para conceptualizar el afrontamiento, afirmando que sería preciso más bien que el concepto de estrés estuviera incluido dentro del amplio y vasto campo de la emoción.

Estas dos diferentes conceptualizaciones comparten la idea de que existe un continuo entre el comportamiento defensivo y el afrontamiento. Por un lado, Lazarus (1990), afirma que las reacciones ante situaciones estresantes están, a menudo, en relación con la emoción y orientadas hacia la reducción de la ansiedad. Por otro lado, las reacciones y las situaciones pueden ser representadas sobre un continuo (Costa et al., 1995).

En resumen, podemos afirmar que tanto el afrontamiento como los mecanismos de defensa servirían al individuo en su adaptación global. La manera en la que cada persona construirá sus propias herramientas para afrontar un problema dependerá, más bien, de su personalidad.

Además, a tenor del marco teórico citado, es necesario subrayar que si bien no se puede hacer una comparación global entre los mecanismos de defensa y el afrontamiento (Bonsack et al., 1998), sí que se puede afirmar que existen ciertos procesos mentales que comparten características tanto de los mecanismos de defensa como del afrontamiento, y ello ofrece un campo de investigación interesante para la Psicología y la Psiquiatría.

Resumiendo, los mecanismos de defensa se suponen inconscientes, que actúan de forma automática, involuntaria y sin esfuerzo y son más rígidos que las estrategias de afrontamiento o manejo del estrés, que son voluntarias, requieren un mayor esfuerzo y son más flexibles. Sin embargo, en la actualidad sabemos que mediante el aprendizaje, la supresión voluntaria se puede transformar en represión-inhibición automática. Además, las escalas más utilizadas para medir los mecanismos de defensa indagan sobre la percepción consciente de las respuestas y tienen un contenido muy similar a las de afrontamiento. De esta forma, pretendemos entregar una información actualizada y lo más válida posible al terapeuta, para que comprenda y oriente mejor al paciente sobre el afrontamiento emocional. Según los investigadores, existen quince grandes familias de estrategias de afrontamiento que detallaremos a continuación:

1.-Resolución de Problemas

Se refiere a la acción instrumental, activa y centrada en el problema, como la generación de estrategias, la resolución de problemas y la planificación, además del análisis lógico, el esfuerzo, la persistencia y la determinación. Otras categorías que se incluirían serían las de aproximación y focalización en el problema, la optimización, la compensación y la reparación. La planificación se refiere a la elaboración y toma

de decisión cognitiva sobre cómo resolver el problema y generalmente se incluye en un factor de resolución de problemas. Este tipo de de afrontamiento marcaría su funcionalidad en el proceso de adaptación al entorno ajustando acciones para lograr su efectividad, en el que estarían implicadas esquemas de acción de eficacia y maestría (Skinner et al., 2003). Desde el punto de vista de los mecanismos de defensa, la resolución directa no sería uno, sino que se referiría a la motivación de efectancia o efectividad del yo, al control maduro por el yo del entorno. El mecanismo de defensa maduro o adaptativo de anticipación es similar a la planificación y se refiere a la vivencia anticipada de las reacciones emocionales o anticipación de las consecuencias de un hecho, formulando las respuestas o soluciones realistas (véase el ítem DSQ 68 –de ahora en adelante se indicará el ítem del DSQ que representa al mecanismo de defensa–). Se diferencia de la anticipación ansiosa similar a la rumiación o pensamientos que exageran las dificultades y es similar a la rumiación o preocupación. La anticipación, la sublimación, el humor y la supresión se asociaban en un factor de afrontamiento maduro junto con el altruismo. La anticipación predecía el ajuste social, la satisfacción vital y el apoyo social 20 años después de ser evaluada su frecuencia de uso en dos cohortes de adultos (Chabrol & Callahan, 2004). Los meta-análisis de Penley et al., (2002), Compas et al., (2001) y de Campos et al., (2005), encontraron una asociación positiva entre afrontamiento focalizado en el problema con salud psicológica ($r=0,10$) en el caso de Penley. Sin embargo, el meta-análisis de Compas et al. (2001) encontró varios estudios en los que el afrontamiento de formulación de planes o planificación y la resolución directa del problema se asoció a más ansiedad y depresión, además de estudios que asociaban el afrontamiento directo a peor ajuste social. En estos casos, los hechos estresantes estaban fuera del control de la persona (p.e. conflictos entre los padres que los adolescentes difícilmente podían controlar). En este sentido, el afrontamiento directo en situaciones poco controlables se parece al pensamiento mágico o desiderativo, así como a la rumiación, ambas formas de afrontamiento no adaptativas. Se formulan planes o se intentan soluciones sin posibilidad real de llevarse a cabo. El afrontamiento directo y la planificación se asocian al bajo Neuroticismo y a la alta Inteligencia Emocional –evaluada por el TAS-26 (Velasco et al., 2001)–. La alexitimia se asocia fuerte y negativamente a la anticipación (Chabrol & Callahan, 2004).

2.-Búsqueda de Apoyo Social

Esta categoría incluye la búsqueda de contacto y consuelo, la ayuda instrumental o consejo y el apoyo espiritual. Análisis factoriales sugieren que la búsqueda de apoyo basado en el problema y el centrado en las emociones, frecuentemente forman parte de la misma dimensión. Es similar al mecanismo de defensa de afiliación u orientarse hacia otros para buscar ayuda y apoyo, buscar compartir con otros sus problemas, sin hacerles responsables de ellos (Chabrol & Callahan, 2004).

En particular, la búsqueda de apoyo social emocional es similar al mecanismo de defensa de afirmación de sí mediante la expresión de sentimientos, generalmente asociado al mecanismo de afiliación (confiar sus sentimientos a otros) y que se supone que actúa mediante un efecto de catarsis (libera al sujeto del afecto y reduce su efecto patógeno), cuando se hace mediante el lenguaje (Chabrol & Callahan, 2004) aunque este extremo ha sido cuestionado. La conveniencia de hablar sobre lo ocurrido y que esto es positivo para el ajuste emocional forma parte de las creencias culturales dominantes en nuestra cultura. Un primer elemento que cuestiona esta idea es que hablar sobre lo ocurrido –sobre hechos traumáticos generales o emocionales personales– es muy frecuente. Más del 80% de los estadounidenses entrevistados afirmó haber hablado sobre lo ocurrido el 11-S y el 90% o más de las personas hablan, a muy corto plazo, sobre experiencias emocionales. Finalmente, toda una serie de estudios de campo y experimentales sobre el impacto de la frecuencia de hablar sobre sucesos emocionales encontró que: a) se habla más en la medida que un hecho produzca impacto emocional; b) hablar no disminuye sino que refuerza el pensar sobre el hecho; c) hablar no disminuye o inclusive mantiene la activación emocional asociada al recuerdo del hecho (Rimé et al., 1998). Por ende, podemos deducir que hablar es más un síntoma de la activación emocional que un mecanismo de protección. Ahora bien, hablar hace que la persona se sienta más integrada socialmente y tiene otros efectos positivos según el meta-análisis de Campos et al., (2005). El meta-análisis de Compas et al., (2001) en el que la búsqueda de apoyo y la expresión emocional se asociaban con la resolución de problemas, encontró una asociación positiva con el ajuste psicosocial. Los resultados indican que la búsqueda de apoyo unida a la resolución del problema, se asocia a menores síntomas de ansiedad, depresión y a menores problemas de conducta. Además, en numerosos estudios revisados por Compas et al., (2001) la búsqueda de apoyo reforzó la ansiedad, la depresión y los problemas de conducta. El meta-análisis de Penley encontró una ligera relación negativa entre ambas formas de búsqueda de apoyo social y la salud, ($r = -.04$). A mayor controlabilidad del estresor y a mayor duración, la búsqueda de apoyo provocaba peor ajuste psicológico ($r = -.14$ y $r = -.10$ respectivamente). Cuando el estrés es controlable y estable, la mera búsqueda de apoyo no es garantía de regulación afectiva. La alta Inteligencia Emocional se asocia con un mayor apoyo social subjetivo percibido, una comunicación sobre sus estados afectivos de forma más elaborada (Páez, Velasco y González, 1999), y mayor búsqueda de apoyo social emocional, aunque no instrumental ni informativo (Velasco et al., 2001). Además, el hecho de que hablar y buscar apoyo a veces sea negativo, no implica ni mucho menos que la psicoterapia verbal no sea eficaz. Las evaluaciones meta-analíticas han mostrado que la psicoterapia hace que el paciente promedio esté mejor que el 82% de un grupo control que tiene el mismo problema y no se ha tratado. Las terapias verbales tienen un efecto similar a las conductuales en general (Castillo &

Poch, 1991). Además, al margen de la orientación terapéutica, los clientes de psicoterapia invierten en revelar información personal, en particular emocional, el 40-60% del tiempo. Además, los psicoterapeutas cuando hay mucha expresión emocional creen que la calidad de la terapia es alta. Sin embargo, la relación entre la cantidad de expresión o revelación emocional y el buen resultado de la terapia es inexistente (Stiles, 1995). De hecho, las conclusiones cualitativas de los estudios sobre terapia psicoanalítica de los años 60 habían sugerido que más importante que la catarsis y la “calidad” del material, era la “superelaboración”. En otros términos, que la reevaluación y reestructuración son primordiales (Mahoney, 1995). Hablar es positivo si se integran emociones y reevaluaciones, en un momento en el que es posible tomar distancia psicológica (por ejemplo, después de un año, en el que se ha recuperado una sensación de seguridad que permite hablar sobre un hecho traumático), si no se hace de manera repetitiva y si la persona quiere hacerlo (Herman, 1997). Al margen de que la voluntariedad de la psicoterapia es esencial, los estudios sobre la evolución de ésta también han demostrado que la mejora se produce de forma más acentuada en las primeras decenas de sesiones y luego se ralentiza, confirmando que hay un techo de efecto para la verbalización (Gerin, Dazord & Sali, 1991). Podemos decir que facilitar grupos o sesiones de terapia verbal es positivo para gente que quiere hablar y no sabe cómo hacerlo, o bien que quiere hablar y no tiene con quién hacerlo satisfactoriamente. Se ha demostrado que los hombres (que en comparación con las mujeres expresan menos las emociones) y las personas con déficit en verbalización de las emociones, se benefician más de la comunicación sobre ellas (Páez, Velasco y González, 1999). Así, hablar y reflexionar sobre un episodio emocional es útil cuando se orienta a la acción o al cambio –de lo contrario estaríamos hablando de rumiación–. También es útil cuando ayuda a entender el hecho emocional, a mirarlo desde otra perspectiva y a sacar lecciones provechosas para el futuro. En cambio cuando sólo se orienta a repasar y revivir un estado emocional (cómo ocurrió y qué efectos tuvo), sin cambiar la perspectiva o sacar lecciones para actuar en el futuro, tiene efectos negativos (Páez et al., 1995). La mayoría de las personas se siente satisfecha con el nivel espontáneo de comunicación sobre un hecho emocional. Por otro lado, hablar y comunicar sobre lo ocurrido, si bien no disminuye la emoción negativa y más bien la mantiene, ayuda a integrarse socialmente, a entender lo ocurrido (sobre todo si los otros le ayudan a ver las cosas de otra manera y ayudan a cambiar los pensamientos), a confirmar que las reacciones personales son comunes y compartidas, así como permite que la gente intercambie información y se reconforte mutuamente, mejorando el bienestar y la salud a medio plazo (Martínez-Sánchez et al., 2001).

3.-Huida/evitación

Se incluye en esta categoría las respuestas de desconexión mental, desconexión o evitación cognitiva y/o conductual, evitación del problema, denegación, desconexión voluntaria y huida, que implicarían esfuerzos por desengancharse o alejarse del estrés o de un entorno que no es contingente con las necesidades y metas de la persona. La evitación cognitiva (p.e. “hice esfuerzos para evitar pensar en el problema”), conductual (p.e. “evité exponerme a situaciones estresantes o escapé, me fuí de ellas”), el pensamiento desiderativo o fantástico (p.e. “deseé haber podido cambiar lo que sucedió o como me sentí, el uso de alcohol y drogas para olvidar el problema”), son formas de afrontamiento de evitación. El pensamiento desiderativo es similar al mecanismo de defensa de la ensoñación autística. Se define como una respuesta inmadura al estrés que sustituye la respuesta eficaz o la planificación para resolver los conflictos y del estrés por una ensoñación o sueño despierto excesivo (DSQ 31 y 40). Otra forma de afrontamiento evitante es el hecho de resistirse a aceptar lo ocurrido o negación. La denegación como mecanismo de defensa inmaduro se distingue de la evitación o negación cognitiva por su carácter involuntario e inconsciente (DSQ 16). La denegación consiste en negar la evidencia de una realidad interna, una conducta personal o una realidad externa (p.e. la frecuente reacción personal de no creer en un primer momento un hecho muy negativo como la muerte de un familiar). Así, es muy frecuente que las personas muestren una especie de denegación incompleta. Por ejemplo, aceptar en un momento que se tiene una enfermedad mortal y luego hacer planes a muy largo plazo. La denegación, bajo la forma de un optimismo ilusorio o una ilusión de invulnerabilidad, sino es externo y rígido, se puede asociar al bienestar. Ahora bien, la denegación se asocia a la descarga o paso al acto, a la proyección en una dimensión de defensas inmaduras, que se asocian al neuroticismo y a la alexitimia (Chabrol & Callahan, 2004). Las respuestas evitantes son frecuentes en el momento mismo de lo ocurrido y sirven para minimizar la respuesta afectiva en el momento climático del estrés ya que ayudan a coordinar acciones y demandas del entorno. El meta-análisis de Suls & Fletcher confirmó que la evitación era eficaz a corto plazo para afrontar el estrés (Páez et al., 1995). A largo plazo, los meta-análisis de Compas et al., (2001) y de Penley et al., (2002) confirmaron que la evitación cognitiva y conductual, incluyendo el pensamiento desiderativo, se asociaban a mayor ansiedad, depresión y menor ajuste social. Evitar pensar y sentir mediante la utilización de drogas y alcohol, así como ocultar sus sentimientos ante otros, se asocia a un mayor sufrimiento emocional ante hechos traumáticos y pérdidas, ya que si una expresión intensa refuerza las emociones negativas, la ausencia de expresión regulada aísla a las personas de su entorno y le impide habituarse a dichas pérdidas (Páez & Fernández, 2003). Los meta-análisis de Compas et al., (2001), de Penley et al., (2002) y de Campos et al., (2005) confirmaron también que la evitación cognitiva y conductual, incluyendo el pensamiento desiderativo, se asociaban a

mayor ansiedad, depresión, menor ajuste social y a la enfermedad. Penley et al., (2002), encontraron además que el afrontamiento de evitación (p.e. “intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo...”), se asociaba negativamente con el bienestar psicológico ($r = -.47$). En relación con el distanciamiento (p.e. “volcarse en el trabajo para olvidarse de todo”), estos autores encontraron una relación pequeña negativa con respuestas de salud global ($r = -.06$), que era más marcada en alta controlabilidad del estresor ($r = -.20$ para los controlables). Así también, ante hechos traumáticos agudos, el distanciamiento parece más adaptativo. La asociación entre pensamiento desiderativo y salud psicológica era significativamente negativa ($r = -.42$). La evitación se asocia con el Neuroticismo y con la baja Inteligencia Emocional (Velasco et al., 2001), pero también, el pensamiento desiderativo se asociaba a la Inteligencia Emocional y negativamente a la alexitimia –recordemos que una vida mental concreta y de baja fantasía caracteriza a los alexitímicos (Velasco et al., 2001)–.

4.-Distracción

Se refiere a los intentos activos para tratar una situación estresante mediante el enganche a una actividad alternativa agradable. Esta categoría estaba presente en 40 sistemas y es independiente de la anterior, incluyendo una variedad de actividades alternativas (hobbies, ejercicio, ver la TV, ver a los amigos o leer). Otras denominaciones serían aceptación, distraerse-ignorar, distracción conductual y cognitiva. La distracción implicaría la flexibilidad del ajuste y la coordinación de las preferencias y las oportunidades disponibles para el sujeto. El afrontamiento de obtener gratificación o distraerse mediante otras actividades realmente placenteras de la situación estresante y reacciones al estrés, se asocia a menor depresión y malestar (Compas et al., 2001). De hecho, este estilo se considera adaptativo cuando no se vivencia como una obligación compulsiva y se asocia a la gratificación y al placer. Desde este punto de vista, se puede entender la distracción como similar al mecanismo de defensa de sublimación o canalización de emociones inadaptadas a actividades socialmente aceptables –este mecanismo de defensa ha precedido el ajuste social, la satisfacción vital y el apoyo social 20 años después de ser evaluada (Chabrol & Callahan, 2004)–.

5.-Reevaluación o Reestructuración Cognitiva

Se caracteriza por los intentos activos de cambiar el propio punto de vista sobre la situación estresante, con la intención de verla con un enfoque más positivo. Incluye respuestas como focalizar en lo positivo o pensamiento positivo, autoreconfortarse (p.e. “me dije que el problema no era tan importante”), optimismo, minimización del malestar o de las consecuencias negativas. Las respuestas de autoreconfortarse y de autocontrolarse, cuando se asocian a la expresión regulada, forman parte de la respuesta primaria de regulación emocional (véase más abajo).

Ejemplos de respuesta de reevaluación positiva (p.e. “cambié las prioridades de mi vida y me desarrollé o crecí como persona,”) o enfatizar lo positivo (p.e. “puse énfasis en los aspectos positivos sobre los negativos”), se encuadran dentro de las estrategias de afrontamiento que mezclan un análisis de la situación que permite entenderla, centrarse en los aspectos positivos, sino de la experiencia, si de las reacciones personales y de los otros, así como en la generación de creencias positivas, optimistas y de esperanza. Aunque no exactamente similares, los mecanismos de defensa de racionalización e intelectualización se pueden aproximar a la reevaluación positiva. La racionalización es un mecanismo de defensa inmaduro, inconsciente e involuntario, no una falsificación deliberada, en la que la persona formula explicaciones tranquilizadoras y positivas ante un hecho o reacciones –en la perspectiva psicoanalítica disimulando las motivaciones reales (DSQ 38 y 6)–. La intelectualización se diferencia de la racionalización en que no evita las emociones, pero también les atribuye motivaciones defensivas. Para controlar o minimizar las reacciones afectivas negativas, se generaliza o banaliza refiriéndose a la experiencia colectiva (p.e. “la vida es así”) y se utilizan de forma excesiva pensamientos abstractos que permiten distanciarse de la realidad (p.e. “es el ciclo de la vida”, refiriéndose a la muerte por ejemplo). Se supone que la racionalización es menos adaptativa (Chabrol & Callahan, 2004). Los estudios muestran que el 100% de los afectados por hechos estresantes reportan efectos negativos de lo ocurrido, pero también un 60% de los afectados informan de efectos positivos y enfatizar estos aspectos ayuda al ajuste (Tedeschi, 1999). Si bien los hechos traumáticos pueden producir una visión negativa de sí mismo y del mundo, también pueden conllevar efectos positivos en el ámbito personal. Entre ellos se pueden plantear los siguientes: a) un crecimiento personal, aprender sobre las capacidades, habilidades y resistencia personal; b) aumentar la sabiduría y el conocimiento; c) mejorar el conocimiento sobre sí mismo y los otros; d) apreciar lo que se tiene y aprender las prioridades importantes en la vida, y e) crecimiento y desarrollo espiritual. En el mismo sentido, si un trauma o un hecho estresante pueden empeorar la visión del mundo y de los otros, también puede tener efectos positivos en las relaciones con los otros, como los siguientes: a) reunir y acercar a la familia, b) unir a la comunidad, haciéndolos sentirse más cerca c) provocar una orientación más prosocial: ser más tolerante y compasivo con los otros, así como valorar el apoyo que éstos ofrecen, y d) pensar que los otros pueden beneficiarse de tu experiencia. Las personas también muestran un estilo de autoenaltamiento en la explicación de los hechos: atribuyen a causas internas, globales y estables sus éxitos (los explican por su esfuerzo y capacidades), mientras que atribuyen a causas externas, específicas e inestables sus fracasos (los explican por la dificultad de la tarea, la mala suerte o un estado temporal de fatiga o negativo). Este sesgo es estable y se presenta en todas las culturas. Otro mecanismo frecuente, que se puede considerar como una visión más general de la reestructuración cognitiva positiva, es la reconstrucción de una

imagen de sí mismo como una persona digna y de respeto, una visión del mundo social como benevolente, y una visión del mundo como ordenado y justo, en el que se recibe lo que se merece y se merece lo que se recibe, con sentido y explicable, así como predecible y controlable. También es frecuente no sólo negar la probabilidad de que a uno le ocurran hechos positivos, sino que también evaluar que uno tiene más probabilidades que la persona media de vivir hechos positivos (Taylor & Brown, 1988). Desde el punto de vista de los mecanismos de defensa, estas respuestas son similares a las defensas narcisistas. La omnipotencia se asocia a la falsa unicidad o sobreestimación de sus capacidades y habilidades. La idealización se traduce porque las personas sobreestiman las capacidades y habilidades de las personas a las que frecuentan y de las que la persona se siente próxima y espera gratificaciones (DSQ 51). La desvalorización de los diferentes, a los que considera como inferiores complementa los anteriores (DSQ 24). La comparación social ventajosa hacia abajo es un mecanismo frecuente de manejo de hechos estresantes (Páez et al., 2004). En su versión menos rígida y más madura, la desvalorización o comparación social ventajosa es similar a la denegación (Chabrol & Callahan, 2004). Hay evidencia sistemática que muestra que sujetos normales en buen estado de ánimo manifiestan: a) optimismo ilusorio e ilusión de invulnerabilidad respecto al futuro, que lo perciben de una manera más optimista, b) falsa unicidad o sobreestimación de las capacidades y habilidades propias y de las personas cercanas, c) ilusión o sobreestimación de control; d) creencia básica en que el mundo es justo, en particular para ellos, y e) visión positiva sobre sí mismos. Cuando las experiencias cuestionan estas creencias (p.e. “ser víctimas de una catástrofe natural”), los sujetos disminuyen sus ilusiones optimistas sólo de forma específica (p.e. “acepto que tengo un riesgo similar a otros de sufrir un terremoto y no lo generalizo a otras áreas”) y a mediano plazo se reconstruyen las ilusiones –en el caso de hechos estresantes no muy extremos–. Estos sesgos si no son muy rígidos y extremos se asocian al bienestar mental (Páez et al., 2004). El meta-análisis de Compas et al., (2001) demostró que los sujetos depresivos y ansiosos no mostraban el sesgo de auto-enaltecimiento en la explicación causal de los hechos, y que los normales o en buen estado de salud, mostraban un sesgo similar al de los sujetos con trastorno bi-polar o maníaco-depresivos. Así también, los meta-análisis de Compas et al., (2001) y el de Penley et al., (2002) confirman que la reevaluación positiva y la reconstrucción positiva de las reacciones al estrés, se asocian a mejor ajuste social y a una superior balanza afectiva. También es importante destacar que muchos de los estudios analizados son transversales, y se puede interpretar que las personas menos ansiosas y deprimidas, con más recursos sociales y personales, aguantan mejor el estrés y son mejores generando soluciones al problema o al menos, interpretaciones positivas (Compas et al., 2001). Ahora bien, el estudio longitudinal de Campos et al., (2005) confirmó que la reevaluación positiva se asocia a mejor ajuste. Además, ésta se asocia positivamente con la extraversión, con

la agradabilidad y apertura, mientras que está relacionada negativamente con el neuroticismo. Las personas con déficit de Inteligencia Emocional evalúan de forma más negativa (incontrolable, sin sentido) los hechos traumáticos y estresantes, llevando a cabo en menor medida formas de reevaluación como el afrontamiento de crecimiento personal o el cambio de prioridades en la vida (Velasco et al., 2001).

6.-Rumiación

Se refiere a la focalización repetitiva y pasiva en lo negativo de las características amenazantes de la situación estresante, incluyendo formas de afrontamiento de menor orden como pensamientos intrusivos, negativos, catastrofismo, amplificación de la ansiedad, autoinculpación o autoresponsabilización, miedo y formas de afrontamiento estudiadas explícitamente como factores de riesgo de depresión. También se ha considerado como una forma de afrontamiento de perseveración rígida opuesta a la acomodación flexible. Junto con la activación psicológica y emocional, también se concibe como una reacción involuntaria al estrés (Skinner et al., 2003). De hecho, es muy frecuente que las personas hagan introspección y se absorban en reflexionar sobre sí mismos en respuesta a un hecho negativo. La rumiación generalmente tiene como objeto el yo y sus experiencias y es similar al mecanismo de defensa de autoobservación. Éste se supone adaptativo y consiste en la reflexión sobre sí permitiendo una respuesta adecuada. Consiste en la capacidad de percibir y reconocer sus sentimientos y pensamientos, de observar y analizar sus sentimientos y conductas de manera objetiva (Chabrol & Callahan, 2004). La autoconsciencia, evaluada mediante la escala de Fenigstein et al., se asociaba sin embargo únicamente a la dimensión de atención de una escala de Inteligencia Emocional y esta dimensión no se asocia al ajuste psicológico (Salovey et al., 1995). El meta-análisis de Compas et al., (2001) y el de Penley et al., (2002) confirman que la aceptación de la responsabilidad de hechos estresantes es disfuncional para la regulación afectiva, ($r = -.22$, $p < .05$ con respuestas de salud mental), en particular cuando el estresor es incontrolable. El responsabilizarse de hechos negativos reforzará las cogniciones negativas sobre el sí mismo y probablemente por esta vía, reforzará la afectividad negativa –además de impedir cambiar el sentido de lo ocurrido y de adoptar estrategias constructivas de distracción o solución del problema, si éste es resoluble–. Además, hay que señalar que las personas que tienden a reprimir sus sentimientos y a evitar pensar, también sufren de períodos de pensamientos recurrentes, por lo que la inhibición y la rumiación se consideran asociadas en un mismo proceso disfuncional. Probablemente la rumiación repetida va a reforzar el estado de ánimo negativo y si no se asocia a la búsqueda de un sentido alternativo, tampoco ayudará a la asimilación del hecho traumático.

7.-Desesperación o Abandono

Este afrontamiento está compuesto por el conjunto de acciones organizadas en torno al abandono o renuncia del control a la hora de manejar una situación que se percibe como incontrolable y difícil para lograr evitar castigos y obtener recompensas. Estas respuestas se caracterizan por el abandono conductual (p.e. "aceptar que no se puede hacer nada") unido a la impotencia (p.e. "rendirse, indefensión"). Incluye respuestas como la inactividad, pasividad, abandono, estoicismo, parte de resistencia, desesperanza, confusión, interferencia cognitiva, abatimiento o desánimo y pesimismo, que serían clásicas del constructo de indefensión aprendida. El abandono es similar al mecanismo de defensa inmaduro de retirada apática en la que el sujeto responde al estrés por un repliegue sobre sí, una restricción de las actividades y un estado de indiferencia afectiva (Chabrol & Callahan, 2004). En general, el abandono de resolución del problema se asociaba con depresión, mayores problemas de conducta y menor ajuste social (Compas et al., 2001).

8.-Aislamiento Social

El conjunto de respuestas orientadas a aislarse del entorno social, a ocultar los sentimientos y protegerse evitando contactar con otros o prevenirse de que otros sepan sobre la situación estresante o sus efectos emocionales, constituye la respuesta de abandono social. Incluiría dimensiones tales como evitación de los demás, ocultación, aislamiento, estoicismo, parte de la desconexión o desvinculación y abandono emocional. El aislamiento social también es similar al mecanismo de defensa inmaduro de retirada apática en la que el sujeto responde al estrés por un repliegue sobre sí (Chabrol & Callahan, 2004). En general el aislamiento social se asocia con depresión, mayores problemas de conducta y menor ajuste social (Compas et al., 2001) y con peor balanza de afectos (Penley et al., 2002 ; Campos et al., 2005). La alexitimia o baja Inteligencia Emocional se asocia a la evitación del contacto social (Velasco et al., 2001).

9.-Regulación Afectiva

Se define como los intentos activos de influir sobre el malestar emocional y expresar constructivamente las emociones en el momento y lugar adecuados, de manera que los recursos sociales que la persona tiene disponibles queden protegidos sin que la confianza en uno mismo disminuya. Incluiría la expresión emocional, el autoreconfortarse o tranquilizarse a uno mismo, control emocional, relajación y expresión emocional. Dentro del campo del afrontamiento, esta familia ha sido identificada como una forma de aproximación emocional constructiva, (experiencia, entendimiento y expresión emocional) distinguiéndose de las formas de afrontamiento centradas en la emoción, que reflejan una descarga incontrolable de emociones negativas (ventilación emocional).

Dentro de la regulación afectiva se distinguen las siguientes categorías:

a) *Autocontrol y Expresión emocional regulada*, que se vincula a respuestas de autoreconfortarse y autocontrol. Se asocian a menores problemas afectivos y de ajuste social (Compas et al., 2001, aunque las tentativas de autocontrol son difíciles de aplicar en momentos de enojo intenso (Velasco et al., 2005). Aguantar e ignorar la situación -aceptación y estoicismo- también se asocia a menor intensidad y malestar en enojo, sugiriendo que aprender a vivir y aceptar el estrés interpersonal es eficaz. El meta-análisis de Penley encontró que el auto-control se asociaba positivamente con la salud física, mientras que se asociaba negativamente al bienestar psicológico. El autocontrol o supresión emocional puede ayudar a concentrarse en buscar soluciones y no quemar la red social, facilitando en parte la búsqueda de apoyo instrumental e informativo. Sin embargo, el impedir la comunicación verbal sobre las emociones, limita la búsqueda de apoyo afectivo, la formación de lazos de intimidad, y puede asociarse a sensaciones de aceptación desesperanzada, por lo que tiene efectos psicológicos o emocionales negativos. Por tanto, el autocontrol puede ayudar al ajuste conductual pero, sin el componente de verbalización y expresión modulada de las emociones, probablemente provoca un gasto de inhibición que refuerza el estrés. El equivalente en mecanismo de defensa del autocontrol es la supresión. Este mecanismo de defensa se refiere a la evitación deliberada de pensar en problemas, sentimientos o experiencias penosas (DSQ 3 y 59). Estos elementos son apartados de la mente, aunque permanecen accesibles. Si la supresión es flexible, es eficaz ante hechos estresantes no demasiado intensos ni prolongados. La supresión o evitación flexible precedía el ajuste social, la satisfacción vital y el apoyo social 20 años después de ser evaluada. La alexitimia se asocia fuerte y negativamente a la supresión (Chabrol & Callahan, 2004). La expresión regulada es similar al mecanismo de defensa de afirmación de sí mediante la expresión de sentimientos. Este consiste en una expresión franca de pensamientos y sentimientos, de manera no coercitiva ni manipulativa (Chabrol & Callahan, 2004). La modulación de la experiencia afectiva (p.e. “mantuve mis emociones controladas cuando las sentí, para expresarlas cuando no empeoraran las cosas”) o la expresión regulada (p.e. “le conté a una persona cercana no involucrada cómo me sentía”) se asocian con menores problemas afectivos y de ajuste social (Compas et al., 2001). La escala de afrontamiento emocional de Stanton et al., ha eliminado ítems que indican malestar y descarga, y está compuesta únicamente por ítems de identificación, de comprensión y expresión de las emociones (p.e. “trato de comprender mis emociones”), prediciendo un mejor bienestar y ajuste.

b) *La regulación mediante la Inhibición emocional y la Represión* se puede considerar como una forma de evitación emocional (p.e. “intenté guardar para mí mis sentimientos”). Hacer un esfuerzo para no expresar lo que se siente, ocultar sus sentimientos a los demás, se puede considerar como una estrategia de represión – aunque esta última se considera un mecanismo de defensa automático, inconsciente e involuntario–. Cuando se hace voluntariamente hablamos de supresión o inhibi-

ción voluntaria. Como vimos antes, si la supresión es flexible, es eficaz ante hechos estresantes no demasiado intensos ni prolongados y la Inteligencia Emocional se asocia positivamente a la supresión (Chabrol & Callahan, 2004). El mecanismo de defensa de represión se refiere a la expulsión de la consciencia las emociones, pensamientos y experiencias perturbadoras. Se puede manifestar en una ausencia de recuerdo o en la presencia de una emoción aislada de pensamientos y experiencias. En el mecanismo de defensa del aislamiento la persona mantiene la consciencia del pensamiento pero pierde contacto con las emociones (por ejemplo se narra descriptivamente un hecho traumático sin tonalidad afectiva, DSQ 83). Ambos mecanismos se consideran frecuentes ante hechos negativos y sólo son patógenos si son muy rígidos e intensos. La represión y el aislamiento se asocian en un factor de defensas neuróticas –junto con el desplazamiento y la formación reactiva–. Además, se asocian débilmente a la baja Inteligencia Emocional o alexitimia (Chabrol & Callahan, 2004). La alexitimia o baja Inteligencia Emocional también se asocia al esfuerzo activo de evitar hablar sobre las experiencias emocionales o inhibición voluntaria (Páez, Velasco y González, 1999), así como al guardar para sí sus sentimientos (Velasco et al., 2001). Por otra parte, con respecto a la relación entre la inhibición emocional y cognitiva, el aislamiento social y las respuestas de salud, el meta-análisis de Pennley et al., (2002) y de Campos et al., (2005) encuentran que la evitación cognitiva-conductual de la emoción y la inhibición correlacionaban negativamente con la salud mental.

c) *La catarsis o expresión emocional motórica* intensa implicaría conductas emocionales como llorar y gritar, como forma de modificar un mal estado de ánimo, y se asocian a la afiliación o búsqueda de apoyo social. La descarga emocional conductual y no verbal se puede considerar como similar al mecanismo inmaduro de paso al acto o “acting out” (DSQ 46 y 27). El paso al acto se reúne en un factor de defensas inmaduras con la negación y la racionalización, aunque también convergen con la evitación rígida o represión, el aislamiento y con la idealización, formando parte de las defensas neuróticas. Los meta-análisis de Compas et al., (2001) y el de Penley et al., (2002) encontraron que la descarga afectiva se asociaba negativamente con la afectividad, al ajuste social y con la enfermedad –este último también encontró que la búsqueda de apoyo social afectivo tenía efectos negativos–. Campos et al., (2005) encontraron que si bien reforzaba la afectividad negativa, también predecía la integración social.

d) *La expresión verbal de las emociones*: Se refiere a la creencia de que hablar sobre las emociones, incluido el enojo, es beneficioso y que inhibir la comunicación es negativo, lo cual constituye una opinión dominante en personas occidentales (Rimé et al., 1998), aunque sólo resulte moderadamente eficaz para la recuperación de la afectividad negativa (Thayer et al., 1994) y sólo medianamente –en menor grado que la retirada social– para manejar el enojo (Tice & Baumeister, 1993). Sin embargo, hablar refuerza la intensidad y displacer de las emociones –o no ayuda a

disminuir la activación asociada al enojo, tristeza, etc.– (Rimé et al., 1998). Pese a las creencias culturales sobre el carácter positivo de la descarga catártica postural, facial y verbal de las emociones, sus efectos como forma de afrontar hechos traumáticos y pérdidas no son adaptativos. A partir de intuiciones clínicas y a teorías de inspiración psicoanalítica, se suponía que la expresión de emociones negativas era necesaria para un buen trabajo de duelo ante hechos traumáticos y pérdidas en general. Sin embargo, se ha encontrado que las personas que lloran más fuertemente, o que viven más fuertemente su pérdida, tienden a estar peor a medio y a largo plazo (a los 13 meses de la pérdida). Igualmente, personas que han vivido experiencias traumáticas y que descargan fuertemente las emociones al recordar lo ocurrido, se encuentran peor que los que no lo hacen. Probablemente la expresión verbal y no-verbal fuerte de emociones negativas van a “quemar” la red de apoyo social, es decir, la expresión intensa de emociones negativas, por un lado si es validada por el entorno, reforzará la afectividad negativa tanto en la persona como en el clima social. Por otro lado, provocará una quemazón del entorno que buscará evitar el contagio afectivo negativo –se sabe que las personas depresivas inducen depresión y rechazo en otras (Páez & Fernández, 2003)–. La descarga emocional intensa también probablemente obstaculizará la realización de conductas adaptativas. La descarga emocional se asocia al neuroticismo y depresión, aunque también a la Inteligencia Emocional –el déficit de Inteligencia Emocional o alexitimia se asocia a una baja descarga emocional (Velasco et al., 2001)–.

e) *Regulación directa de las emociones*: Es frecuente que las personas informen e intenten manejar las emociones negativas relajándose (respirando hondo, paseando, haciendo ejercicio y escuchando música entre otras). De hecho, las personas encuentran estas reacciones eficaces, en particular el ejercicio y escuchar música, para reducir la afectividad negativa, aunque no tanto para el enojo (Tice & Baumeister, 1993; Thayer et al., 1994). Se supone que este tipo de actividad disminuye la activación, o distrae y refuerza las emociones positivas en el otro. La reducción pasiva directa de activación mediante la ingesta de alcohol u otras drogas es considerada de menor eficacia que la reducción activa mediante la relajación, la práctica de ejercicio y similares (Thayer et al., 1994).

10.-Búsqueda de Información

Esta estrategia de afrontamiento hace referencia al intento de aprender más sobre la situación estresante, incluidas su curso, causas, consecuencias y significado, así como a estrategias de intervención y de remedio. Constituiría una forma habitual de responder al estrés originado por enfermedades o discapacidades, siendo similar a otras formas de afrontamiento como la sensibilización, seguimiento y vigilancia (aunque pueden implicar algún grado de fijación y rumiación; Skinner et al., 2003; Páez et al., 1995). Generalmente, actividades como pensar voluntariamente, la rumiación y la búsqueda de apoyo social informativo se asocian entre sí.

Se considera que la búsqueda de información para atribuirle un sentido a lo ocurrido, junto con la reconstrucción positiva, son las dos tareas cognitivas centrales para asimilar un hecho estresante negativo. En algunos estudios la búsqueda de información se asocia al afrontamiento directo e instrumental. Pensar voluntariamente para entender lo ocurrido es una forma de respuesta cognitiva muy frecuente después de un hecho negativo. Las personas tienen necesidad de dar sentido a los hechos traumáticos, y la discusión sobre las causas, la posibilidad de prevención y la atribución de responsabilidades centran frecuentemente una parte de las reacciones posteriores a un hecho estresante o traumático. La búsqueda de un sentido al hecho no siempre tiene éxito (p.e. las respuestas al porqué y al para qué del atentado del 11-M son limitadas e insatisfactorias). Es frecuente que personas expuestas a situaciones extremas no logren generar una explicación plausible de lo ocurrido muchos años después –4 sobre 10 personas–. En contraste con la idea de que la búsqueda de sentido de un hecho traumático es adaptativo, dos estudios mostraron que las personas en duelo que más intentaban “entender y comprender la pérdida y su propia reacción”, mostraban más depresión un año o año y medio después. Intentar darle explicación a algo que no la tiene sólo es una forma de pensar repetidamente sobre una tarea que no tiene solución y refuerza el sufrimiento (Páez & Fernández, 2003). La búsqueda de información repetitiva se asocia al rasgo de personalidad de sensitización o vigilancia rígida, vinculada a la alta reactividad ante el estrés y a la ansiedad, así como a la rumiación (Skinner et al., 2003; Páez et al., 1995). La Inteligencia Emocional se asociaba a la búsqueda de información (Velasco et al., 2001). Desde este punto de vista las personas de baja Inteligencia Emocional o alexitímicos se parecen a los represores, caracterizándose por una orientación de evitación cognitiva y conductual de las situaciones emocionales, y no por la búsqueda de información, como los sensitizadores.

11.-Negociación y búsqueda de compromiso

Se refiere a las respuestas orientadas a nivel interpersonal de persuadir a otros, intentar hacer un trato o arreglo, proponer un compromiso o pacto, con el fin de disminuir el estrés y se asocia con la comunicación asertiva (Skinner et al., 2003). Esta estrategia de afrontamiento muchas veces se orienta a buscar un padrino o intermediario que haga algo sobre el problema y este control secundario afiliativo es similar al mecanismo de defensa de idealización. Aunque no hay mucha información, la alexitimia o déficit de Inteligencia Emocional se asocia a limitaciones en la regulación y comunicación interpersonal. Por ejemplo, se asocia negativamente con la calidez interpersonal y con la asertividad propias del factor Extraversión, y también se relaciona como se asocia a la faceta de modestia dentro del factor denominado Agradabilidad, sugiriendo que los alexitímicos no son proclives a participar activamente en la interacción social (Luminet, 1997).

12.-Oposición y confrontación

Es el componente conflictivo y de expresión de emociones negativas ante estresores interpersonales. Incluye la confrontación o expresión de enojo y agresión ante otros, así como la atribución de problemas a los demás. Se asocia a trastornos de conducta antisocial (Skinner et al., 2003). La confrontación se asocia con depresión y ansiedad, así como con el Neuroticismo. Por el contrario, no se asocia con el déficit de Inteligencia Emocional estimado mediante escalas de medición de la alexitimia (Velasco et al., 2001).

13.-Altruismo

Se concibe como un mecanismo de defensa maduro, en el que se responde al estrés mediante la ayuda y sacrificio por los otros, recibiendo gratificaciones directas por la respuesta de los demás o indirectamente de forma vicaria. El altruismo es una forma de reparación, que permite afrontar la culpabilidad ante la pérdida de un objeto de manera constructiva. Se diferencia del pseudo-altruismo en que es auténtico, no se persiguen beneficios personales y no se asocia a un sacrificio masoquista del yo, que busca inducir en otros culpabilidad para controlarlos (Chabrol y Callahan, 2004). Hay evidencia de que la participación en conductas altruistas disminuye la culpabilidad y la afectividad negativa (Wayment, 2004).

14.-Humor

Las personas tienden a usar el humor para controlar su enojo más que para controlar la tristeza o ansiedad y lo evalúan como eficaz para manejarlo (Thayer et al., 1994; Tice & Baumeister, 1993). El humor es considerado adaptativo y consiste en subrayar los aspectos divertidos o irónicos de los conflictos o situaciones estresantes. El humor, que se orienta a sí mismo, se opone al sarcasmo o ironía que se orienta a otros y los desvaloriza. El humor precedía el ajuste social, la satisfacción vital y el apoyo social 20 años después de ser evaluada (Chabrol & Callahan, 2004). El humor y el autocontrol o postergar la respuesta se han asociado al control satisfactorio del enojo –si la intensidad no es muy alta (Velasco et al., 2005)–.

15.-Ritos, afrontamiento colectivo y participación social

Actividades rituales como rezar son frecuentes inclusive en nuestro contexto y se perciben como eficaces para afrontar la ansiedad (Thayer, 1996; Campos et al., 2005). La participación en rituales se asemeja a la sublimación –la participación en rituales funerarios o manifestaciones políticas permiten canalizar de forma socialmente aceptable vivencias fuertes de tristeza o de agresión–. Los rituales también se pueden asociar a la afiliación y a la expresión regulada de emociones antes descritas. Además, hay evidencia de que la participación en rituales colectivos, si no disminuye la afectividad negativa, permite aumentar la integración social, reconstruir un significado positivo así como reforzar las conductas de cooperación

y altruistas (Rimé & Páez, 2004). La participación en manifestaciones se asocia a formas de afrontamiento de crecimiento personal, con la integración social, a conductas altruistas y con una visión más positiva del clima social, aunque al mismo tiempo, se asocia a mayor afectividad negativa, más rumiación y activación relacionada con un trauma colectivo como el 11-M (Basabe et al., 2005). Hay evidencia limitada que sugiere que los efectos positivos de los ritos son más marcados en culturas colectivistas, probablemente porque en éstas se asumen más las creencias míticas asociadas a los ritos (los muertos viven en el más allá y mantenemos una relación recíproca de apoyo con ellos mediante los ritos funerarios por ejemplo), así como porque los procesos de afrontamiento tienden a ser más interpersonales y se basan más en actividades compartidas (Martín-Beristain et al., 2000).

IMPLICACIONES PARA LA PSICOTERAPIA

Decir que hay que reforzar los mecanismos de defensa maduros y las formas de afrontamiento adaptativas es la conclusión obvia. Recordemos que éstas son el afrontamiento directo o efectancia del yo (a menos que el problema sea incontrolable), la distracción o mecanismo de defensa de sublimación o gratificación mediante actividades socialmente aceptables –si no se viven de forma compulsiva, el humor, el altruismo y la participación en ritos sociales–. También es parcialmente adaptativo el refuerzo de la defensa de afirmación de sí mediante la expresión de sentimientos, generalmente asociado al mecanismo de afiliación, es decir, el afrontamiento mediante la búsqueda de apoyo, en particular si se asocia a al afrontamiento directo y si no provoca una intensificación y contagio de la afectividad negativa. La racionalización e intelectualización o afrontar el estrés enfatizando los aspectos positivos de las reacciones propias o del entorno ante lo ocurrido también debe ser reforzado –siempre y cuando la distancia entre la realidad y la reevaluación positiva no sea muy grande–. Es importante recordar que formas no muy extremas de defensas narcisistas, como el sesgo de invulnerabilidad, de positividad, etc. son frecuentes y típicas de personas con buen estado de ánimo. Lo mismo se puede decir del afrontamiento o defensa afiliativa, de la búsqueda de personas que actúen como intermediarios y mediadores –si no se cae en la dependencia–.

El autocontrol, la represión o supresión flexibles de las emociones negativas, también son formas de defensa que deben ser reforzadas. Por el contrario, la catarsis o expresión emocional directa intensa y no postergada debe ser disminuida, al igual que la confrontación si ésta se hace de forma intensa y produce contagio afectivo y escalada del conflicto.

En cambio, se deben disminuir las formas de afrontamiento evitantes, como el pensamiento desiderativo y los mecanismos de defensa de la ensoñación autística o la negación, así como la desesperación o abandono (que no debe confundirse con la aceptación realista no asociada a la impotencia) y el aislamiento social o

mecanismo de defensa inmaduro de retirada apática, en la que el sujeto responde al estrés con un repliegue sobre sí mismo. También debe disminuirse la rumiación o pensamientos repetitivos que tiene como objeto el yo y sus experiencias o mecanismo de defensa de auto-observación. Además, hay que recordar que la autoabsorción rígida intensifica la afectividad negativa. Por ello, tanto la búsqueda de información, como la comunicación verbal repetitiva sobre lo ocurrido, que no cambian la perspectiva, ni ayudan a entender el hecho ni a darle un sentido positivo, ni tampoco a elaborar planes para el futuro, deben ser evitadas.

ANEXO

Escala de mecanismos de defensa DSQ-40 (Andrews et al., 1993; Bonsack et al., 1998). Es el instrumento más utilizado y sometido a diferentes validaciones (los números se refieren a los ítems de la escala original, de los cuales se retienen los 40 con mejor funcionamiento psicométrico). Después de cada ítem aparece su inclusión en una categoría de mecanismo de defensa y luego su equivalente en estrategias de afrontamiento. El instrumento se responde a través de una escala tipo Likert "Acuerdo/Desacuerdo" de 9 puntos. Los ítems con un asterisco no han mostrado validez de contenido en la evaluación de los jueces clínicos europeos.

1. Me gusta ayudar a otras personas y si me quitaran esta posibilidad de ayudar, me sentiría deprimid@. Pseudo-altruismo (PA) o altruismo.
3. Soy capaz de no pensar en un problema hasta tener el tiempo suficiente para ocuparme de él. Supresión (SU) o autocontrol.
5. Supero y domino mi ansiedad haciendo algo constructivo y creativo como pintar o haciendo pequeños trabajos domésticos. Sublimación (SUB) o distracción.
6. Soy capaz de atribuir una buena razón a todo lo que hago. Racionalización (RA) o reevaluación positiva.
8. Me puedo reír de mí mism@ fácilmente. Humor (HU).
12. Las personas tienden a hacerme daño. Proyección (PRO).
13. Si alguien me agrediera y me robara, preferiría que fuera ayudado más que castigado. Formación Reactiva (FR).
16. Dicen que tiendo a ignorar los hechos molestos y negativos como si no existieran. Denegación (DEN) o negación.
23. Ignoro el peligro como si fuera Superman o Superwoman. Disociación (DI) o negación o ilusión de invulnerabilidad.*
24. Estoy orgullos@ de mi capacidad para poner a la gente en su lugar. Desvalorización (DESV) o comparación social ventajosa.

27. Actúo impulsivamente cuando algo me molesta. Paso al acto o Acting out (AO).
28. Cuando las cosas me van mal me enfermo. Somatización (SOM).
29. Soy una persona muy inhibida. Desvalorización (DESV).*
31. Obtengo mayor satisfacción de mis pensamientos o ensoñaciones que de la vida real. Ensoñación autística (EAUT) o pensamiento desiderativo.
37. Tengo habilidades particulares que me permiten afrontar la vida sin problema. Disociación (DIS) u omnipotencia y falsa unicidad u optimismo ilusorio.
38. Siempre encuentro buenas razones para explicar cuando las cosas me salen o me funcionan mal. Racionalización (RA) o sesgo de enaltecimiento del yo.
40. Resuelvo más problemas y cosas en mis pensamientos o ensoñaciones que en la vida real. Ensoñación autística (EAUT) o pensamiento desiderativo.
42. No tengo miedo de nada. Denegación (DEN) o negación.
43. A veces pienso que soy un ángel y a veces que soy un demonio. Separación (SEP).
46. Cuando me hacen sentir lástima o pena, actúo agresivamente. Paso al acto o Acting out (AO).
51. Tengo siempre la impresión de que alguien de mi entorno actúa como un ángel de la guardia. Idealización (IDE) o falsa unicidad proyectada en otro y control secundario afiliativo.
53. Para mí las gentes son o buenas o malas. Separación o escisión (SEP).
54. Si mi jefe me molestara, podría cometer errores en mi trabajo o trabajar más lentamente para vengarme. Agresión pasiva (AGP) o confrontación indirecta.
58. Conozco a alguien que es totalmente honesto y justo. Idealización (IDE) o falsa unicidad proyectada en otro y control secundario afiliativo
59. Puedo controlar mis emociones, si manifestarlas puede perturbar lo que estoy haciendo. Supresión o represión (SUP) y autocontrol.
61. Soy capaz habitualmente de ver el lado divertido de las situaciones desagradables o penosas. Humor (HU).
62. Me da dolor de cabeza cuando tengo que hacer algo que no me gusta. Somatización (SOM).
63. Me descubro a menudo siendo amable con algunas personas con quienes tengo buenas razones para estar enojad@. Formación Reactiva (FR).
66. Estoy seguro que la vida es injusta conmigo. Proyección (PRO) o visión de mundo injusto defensiva.
68. Cuando tengo que enfrentar una situación difícil, trato de imaginarme lo que va a pasar y prever los medios para salir adelante, defenderme o

- arreglármelas. Anticipación (ANT) o planificación.
69. Los médicos no entienden en realidad qué es lo que va mal en mí. Desplazamiento (DEZ) o somatización o atribución de causalidad defensiva. *
71. Después de haber defendido mis derechos, tengo tendencia a pedir disculpas por haberlo hecho. Anulación (ANU) o evitación de la confrontación. *
73. Cuando estoy deprimid@ o ansios@, comer me hace sentir mejor. Desplazamiento (DEZ) o paso al acto o regulación directa pasiva. *
76. Me dicen a menudo que no muestro mis sentimientos o emociones. Aislamiento (AIS) o supresión o inhibición emocional. *
81. Si puedo prever que voy a estar triste, puedo afrontarlo mejor. Anticipación (ANT) o planificación.
82. Aunque me queje mucho, nunca obtengo una respuesta satisfactoria de mi entorno. Agresión pasiva (AGP) o confrontación indirecta.
83. Tengo a menudo la sensación de no estar sintiendo afectivamente nada, cuando la situación parece justificar que se sientan fuertes emociones. Aislamiento (AIS) o supresión o inhibición emocional.
84. Concentrarme en lo que estoy haciendo o en el trabajo en curso me ayuda a no sentirme deprimid@ o ansios@. Sublimación (SUB) o distracción.
86. Si atravesara una crisis, buscaría a alguien que ha tenido el mismo problema. Pseudoaltruismo (PA) o búsqueda de apoyo social en personas con el mismo estado de ánimo.*
88. Si tuviera un pensamiento agresivo, sentiría la necesidad de hacer algo para redimirme o compensarlo. Anulación (ANU) o altruismo compensatorio. *

Además, las definiciones complementarias de los seis mecanismos de defensa que no tienen equivalente en las formas de afrontamiento son:

- a) Agresión pasiva, agresión indirecta o confrontación sutil: Anulación o eliminar simbólicamente un acto mediante otro posterior compensatorio,
- b) Desplazamiento: vincular un afecto a algo diferente del objeto real, cambiar el objetivo de un impulso, por ejemplo el enojo provocado por un castigo se aplica a un perro de compañía,
- c) Escisión: separación del mundo en objetos buenos frente a objetos malos o categorización dicotómica de los objetos asociados a emociones sólo positivas o sólo negativas,
- d) Somatización: transformación de las emociones reprimidas en expresiones corporales,
- e) Formación Reactiva: mostrar un patrón de conducta directamente opuesto a las tendencias de acción emocionales sentidas, por ejemplo, manifestar

- una conducta agresiva como una forma de negar o compensar el miedo,
- f) Proyección: se atribuye a otros los propios deseos, impulsos inaceptables y faltas, para protegerse de la culpa.
-

En este artículo compararemos las grandes estrategias de afrontamiento con los mecanismos de defensa, revisaremos los estudios que muestran sus efectos y su funcionalidad. También examinaremos su asociación con indicadores de Inteligencia Emocional (IE), así como con algunos rasgos de la personalidad. De esta forma, el lector tendrá una visión del carácter normal de muchas respuestas de afrontamiento, corrigiendo el sesgo demasiado idealista de la concepción de los mecanismos de defensa maduros—al igual que la mayoría de una población normal presenta síntomas, los mecanismos de defensa neuróticos son mayoritarios y dominantes—. En el último apartado se expondrán los ítems de la escala más relevante de medida para los mecanismos de defensa, el DSO-40, que servirá para tener una idea mediante preguntas de auto-informe de cuál es el contenido de estos mecanismos.

Palabras Clave: *Formas de Afrontamiento, Mecanismos de Defensa, Inteligencia Emocional.*

Referencias bibliográficas

- ANDREWS, G., SINGH, M. & BOND, M. (1993). The defence style questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 246-256.
- BASABE, N., PAEZ, D. & RIME, B. (2005). Efectos y procesos psicosociales de la participación en manifestaciones después del atentado del 11 de Marzo. *Ansiedad y Estrés*. En Prensa.
- BONSACK, C., DESPLAND, J.N. & SPAGNOLI, J. (1998). The french version of the defence style questionnaire. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, 24-30.
- CAMPOS, M., IRAURGI, I., PAEZ, D. & VELASCO, C. (2005). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes: Meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*. En Prensa.
- CASTILLO, J.A. & POCH, J. (1991). *La efectividad de la psicoterapia*. Barcelona: Hogar del Libro.
- CHABROL, H. & CALLAHAN, S. (2004). *Mécanismes de défense et coping*. Paris: Dunod.
- COMPAS, B.E., CONNOR-SMITH, J.K., SALTZMAN, H., THOMSEN, A.H. & WADSWORTH, M.E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 1(127), 87-127.
- COSTA, P.T.; SOMERFIELD, M.R. & McCRAE, R.R. (1995). Personality and coping: A reconceptualization. In ZEIDNER, M. & ENDLER, N.S. (Ed.), *Handbook of coping: Theory, research and applications*. New York, John Wiley & Sons.
- CRAMER, P. (2000). Defence mechanisms in psychology today: Further processes for adaptation. *American Psychologist*, 55, 636-647.
- FREUD, S. (1915). *Pulsiones y destinos de la pulsión*. Buenos Aires: Amorrortu. T.XIV.
- GERIN, P., DAZORD, A. & SALI, A. (1991). *Psychotherapies et changements*. Paris: PUF.
- HERMAN, J.A. (1997). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- HOLMES, J.A. & STEVENSON, C.A. (1990). Differential effects of avoidant and attentional coping strategies on adaptation to chronic and recent-onset pain. *Health Psychology*, 9, 577-584.
- IONESCU, S.; JACQUET, M.M. & LHOTE, C. (1997). *Les mécanismes de défense: théorie et clinique*. Paris: Nathan Université.
- LAZARUS, R.S. & FOLKMAN, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- LAZARUS, R.S. (1990). Theory-based stress measurement: Author's response. *Psychological Inquiry*, 1, 41-51.
- LUMINET, O. (1997). Confrontation processes to emotional events: Empirical investigation of mental rumination

- and social sharing of emotion, investigation of their situational and dispositional predictors. Unpublished dissertation. University of Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgium.
- MAHONEY, M.J. (1995). Emotionality and health: Lessons from and for psychotherapy. In J. PENNEBAKER (Ed.), *Emotion, disclosure and health*. Washington, DC: APA.
- MARTIN-BERISTAIN, C., PAEZ, D. & GONZALEZ, J.L. (2000). Rituals, social sharing, silence, emotions and collective memory claims in the case of the Guatemalan genocide. *Psicothema*, 12(1), 117-130.
- MARTINEZ-SANCHEZ, F., PAEZ, D., PENNEBAKER, J.W. & RIME, B. (2001). Revelar, compartir y expresar las emociones: Efectos sobre la salud y el bienestar. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 151-174.
- MARX, E.M. & SCHULTZ, C.C. (1991). Interpersonal problem-solving in depressed students. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 361-367.
- MOOS, R.H. (1993). *Coping response inventory: Youth form professional manual*. Odessa, FL, Psychological Assessment Resources.
- PAEZ, D., BASABE, N., VALDOSEDA, M., VELASCO, C. & IRAURGI, I. (1995). Confrontation: Inhibition, alexithymia and health. In J. PENNEBAKER (Ed.), *Emotion, disclosure & health*. Washington, DC: APA.
- PAEZ, D., VELASCO, C. & GONZALEZ, J.L. (1999). Expressive writing and the role of alexithymia as a dispositional deficit in self-disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 630-641.
- PAEZ, D. & FERNANDEZ, I. (2003). Regreso al pasado. Comparación de la visión retrospectiva de la vida social de padres e hijos en el País Vasco, Galicia, Castilla y Andalucía. En J.F. MORALES & C. HUICI (Eds.), *Estudios de Psicología Social* (pp. 467-507). Madrid: Cuadernos de la UNED.
- PAEZ, D., MARTINEZ-SANCHEZ, F. & RIME, B. (2004). Los efectos del compartir social de las emociones sobre el trauma del 11-M en personas no afectadas directamente. *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 219-232.
- PAULHAN, I. & BOURGOIS, M. (1995). *Stress et coping: les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Paris: PUF.
- PENLEY, J.A., TOMAKA, J. & WIEBE, J.S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 6(25), 550-602.
- RIME, B., FINKENAUER, C., LUMINET, O., ZECH, E. & PHILIPPOT, P. (1998). Social sharing of emotion: New evidence and new questions. In W. STROEBE & M. HEWSTONE (Eds.), *European Review of Social Psychology* (Vol. 9, pp. 145-189). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- RIME, B. & PAEZ, D. (2004). Functions of social remembering. Communication to workshop on collective memory. Aix-en-Provence, april. EAESP Seminar.
- SALOVEY, P., MAYER, J.D., GOLDMAN, S.L., TURVEY, C. & PALFAI, T.P. (1995). Emotional attention, clarity and repair: Exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. In J.W. PENNEBAKER (Ed.), *Emotion, disclosure & health*. Washington, DC: APA.
- SKINNER, E.A., EDGE, K., ALTMAN, J. & SHERWOOD, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269.
- STILES, W.B. (1995). Disclosure as a speech act: Is it psychotherapeutic to disclose?. In J. PENNEBAKER (Ed.), *Emotion, disclosure & health*. Washington, DC: APA.
- TAYLOR, S.E. & BROWN, J.D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- TEDESCHI, R.G. (1999). Violence transformed: Post-traumatic growth in survivors and their societies. *Aggression and Violent Behavior*, 4(3), 319-341.
- THAYER, R.E., NEWMAN, J.R. & McCLAIN, T.M. (1994). Self-regulation of mood: Strategies for changing a bad mood, raising energy and reducing tension. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(67), 910-925.
- THAYER, R.E. (1996). *The origin of everyday moods: Managing energy, tension and stress*. New York: Oxford University Press.
- TICE, D.M. & BAUMEISTER, R.F. (1993). Controlling anger: Self-induced emotion change. In D.M. WEGNER & J.W. PENNEBAKER (Eds.), *Handbook of mental control*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- VAILLANT, G.E. & DRAKE, R.E. (1985). Maturity of ego defences in relation to DSM-III Axis II Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 597-601.
- VELASCO, C., FERNANDEZ, I. & PAEZ, D. (2001). Alexitimia, afrontamiento, compartir social y salud. *Boletín de Psicología*, 70, 47-65.
- VELASCO, C., FERNANDEZ, I., PAEZ, D. & CAMPOS, M. (2005). Emotional intelligence, alexithymia, coping and emotional regulation. In press.
- WAYMENT, H.A. (2004). It could have been me: Vicarious victims and disaster-focused distress. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 515-528.

LA RELEVANCIA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA LA PSICOLOGÍA CLÍNICA. INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ALEXITIMIA

James D. A. Parker, Laura M. Wood and Jennifer M. Eastabrook
Department of Psychology, Trent University, Peterborough, Ontario, Canada K9J 7B8
Telephone: (705) 748-1011 x7935, FAX: (705) 748-1580,
E-mail address: jparker@trentu.ca

This article examines the relevance of the emotional intelligence (EI) construct for clinical psychology. Although little direct clinical research exists using the EI construct, several related constructs have generated a sizeable literature. Of particular relevance to clinical psychology is the alexithymia construct. Although initially linked with individuals experiencing psychosomatic problems, alexithymia has come to be associated with a variety of clinical disorders. Within various non-clinical populations, alexithymia has also been associated with a variety of health, lifestyle and interpersonal problems. Individuals who score high on measures of alexithymia are often unsuitable clients for many forms of insight-oriented psychotherapy. In response, several clinicians have adapted existing forms of psychotherapy for working with these individuals. As summarized in the article, these modifications attempt to improve clients' awareness of problems in the way they process and experience emotions. Techniques particularly suited to the use of group intervention are also described.

Key words: emotional intelligence, clinical disorders, psychotherapy, alexithymia, psychosomatics

PRECURSORES DEL CONSTRUCTO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

Desde su introducción a finales de la década de los 80, se han ido proponiendo varios modelos de Inteligencia Emocional (por ejemplo, Bar-On, 1997; Boyatzis, Goleman, & Rhee, 2000; Mayer, Caruso, & Salovey, 1999; Salovey & Mayer, 1989/90). Pero independientemente del modelo, todos consideran que existen implicaciones importantes para la psicología clínica. La habilidad de identificar y comunicar estados mentales internos, la habilidad de vincular eventos mentales determinados con situaciones específicas y conductas personales, la habilidad de guiar la conducta futura en base a informaciones sobre sentimientos y emociones, al igual que la habilidad de regular mentalmente estados emocionales negativos o

extremos, son las habilidades nucleares presentes en la mayoría de los modelos sobre Inteligencia Emocional. Este amplio rango de habilidades tiene implicaciones clínicas obvias, dado que han sido asociadas hace tiempo a numerosos trastornos clínicos, como abuso de sustancias, trastornos somatomorfos, trastornos de conducta alimentaria, y trastornos de ansiedad (Taylor, Bagby & Parker, 1997). Estas habilidades también han sido asociadas a una variedad de problemas interpersonales y del estilo de vida. (Taylor et al. 1997). Resultados positivos de diversos tipos de intervención clínica también se vincularon a muchas de estas habilidades básicas (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Greenberg & Safran, 1987; Horowitz, 2002; Krystal, 1988; Taylor, 1987). Por ejemplo, el éxito de la psicoterapia orientada hacia el *insight* muchas veces depende de la habilidad del cliente “de ver relaciones entre pensamientos, emociones y acciones, con el objetivo de aprender el significado y las causas de sus experiencias y conducta” (Applebaum, 1973, p.36).

Aunque los modelos teóricos propuestos para el constructo de la Inteligencia Emocional tienen implicaciones obvias para la clínica, todavía existen pocos estudios empíricos directos en la literatura sobre Inteligencia Emocional. Como se comentó en otro lugar, las primeras publicaciones sobre Inteligencia Emocional adolecían de una falta de instrumentos de evaluación válidos y fiables (Matthews, Roberts, & Zeidner, 2003; Mayer & Cobb, 2000; Zeidner, et al., 2002). Sin embargo, podemos encontrar un cuerpo sustancial de publicaciones si ampliamos la búsqueda a la investigación sobre constructos relacionados. Uno de estos constructos relacionados se basa en la investigación sobre la predicción de resultados positivos en psicoterapia. Como se comenta muchas veces en la literatura clínica (Krystal, 1982/83; Silver, 1983; Taylor, 1977, 1984), muchos individuos responden poco a una psicoterapia orientada hacia el *insight*. Muchas veces, esta falta de “*client fit*” se puede ver desde el principio de la terapia, donde algunos individuos presentan más dificultades para ser ayudados que otros. Estos muchas veces son los mismos clientes que abandonan el tratamiento después de muy pocas sesiones, que informan que se sienten desanimados por el lento progreso de la terapia, y que habitualmente se quejan de que los temas propuestos por el terapeuta tienen poca relevancia para sus “problemas” (Beckham, 1992; Saltzman, Luetgert, Roth, Creaser, & Howard, 1976).

Estos clientes frecuentemente no sólo sienten frustración en la situación terapéutica, sino también, como comenta Taylor (1977), crean frustración en el terapeuta: “el terapeuta entra en una relación esperando que le *alimenten* con fantasías y emociones interesantes sólo para encontrar frustración, tedio y aburrimiento” (Taylor, 1977, p. 143). El resultado, según Silver (1983) y Taylor (1977), son problemas de contratransferencia. Uno de los más drásticos de estos problemas es el abandono de la terapia por el cliente. Dependiendo de la población estudiada, la tasa de abandono de la psicoterapia puede elevarse hasta un 80 a 90 por ciento (Owen & Kohutek, 1981), ocurriendo la mitad de estos abandonos prematuros

después de las primeras sesiones (Pekarik, 1983; Reder & Tyson, 1980).

Dada esta alta tasa de abandono de la terapia, no es sorprendente que exista una larga historia de investigación dedicada a descubrir las variables que podrían identificar a los sujetos que probablemente no se beneficiarán de una psicoterapia (por ejemplo, Bachrach & Leaff, 1978; Barron, 1953; Tolor & Reznikoff, 1960). Aunque la gente abandona la psicoterapia por muchas razones (Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien, & Auerbach, 1985), numerosas competencias emocionales y sociales parecen intervenir en este proceso (Krystal, 1988; Mallinckrodt, King, & Coble, 1998; McCallum, Piper, & Joyce, 1992; Pierloot & Vinck, 1977; Piper, Joyce, McCallum & Azim, 1998; Taylor et al., 1997). Se ha ido desarrollando un cuerpo de publicaciones más bien cuantioso sobre las variables de personalidad que predicen un resultado positivo en psicoterapia (Bachrach & Leaff, 1978). Algunas de las variables que fueron identificadas incluyen "auto-consciencia privada" (Cacioppo & Petty, 1982), "fuerza del ego" (Lake, 1985) y "niveles de conciencia emocional" (Lane & Schwartz, 1987). Entre estos constructos que se solapan, el de la "*psychological mindedness*" (disponibilidad hacia lo psicológico) y el de "*mindfulness*" (plena conciencia) parecen haber generado mayor investigación (Langer, 1989; McCallum & Piper, 1997, 2000).

Parker (2000) comenta que existe un solapamiento considerable entre los constructos antes mencionados e Inteligencia Emocional, especialmente entre Inteligencia Emocional y *psychological mindedness*. En una primera definición de *psychological mindedness*, Silver (1983) sugirió que implicaba el "deseo de aprender los posibles significados y causas de sus experiencias internas y externas, igual que la capacidad del paciente de mirar hacia dentro y hacia factores psíquicos más bien que hacia fuera y hacia factores del entorno" (p.516). En un modelo más reciente de este constructo, Conte, Plutchik, Jung, Picard, Karasu and Lotterman (1990) han sugerido que *psychological mindedness* implica varias habilidades relacionadas: tener acceso a sus sentimientos, estar dispuesto a hablar con otros de sus sentimientos y sus problemas interpersonales, tener un interés activo en las conductas de otros y la capacidad de cambiar la propia conducta.

Dada la naturaleza de este conjunto amplio de habilidades no es sorprendente que individuos con niveles limitados de *psychological mindedness* (PM) muchas veces consideran la psicoterapia como un experiencia frustrante (Piper et al, 1998) y con beneficios limitados (McCallum et al., 1992; McCallum, Piper, Ogrodniczuk, & Joyce, 2003; Piper et al., 1998; Piper, McCallum, Joyce, Rosie, & Ogrodniczuk, 2001). Según Piper et al. (1998), PM "puede reflejar una habilidad general útil para analizar conflictos y resolver problemas, sean de naturaleza interna o externa. Entonces, PM puede ser valioso para una variedad de terapias individuales, hasta para aquellas que tienen una orientación teórica y técnica diferentes (por ejemplo, terapia cognitivo-conductual)" (p. 565). Igual que con otras variables de personalidad revisadas en este artículo, los profesionales podrían considerar útil el hecho

de evaluar el nivel de *psychological mindedness* de sus clientes antes de empezar la terapia.

Alexitimia

Otro constructo que se solapa con Inteligencia Emocional es alexitimia (Parker, Taylor, & Bagby, 2001; Taylor, 2000; Taylor et al., 1997). También es un constructo que ha generado muchas publicaciones clínicas. Un instrumento de utilidad para fomentar el crecimiento de los trabajos sobre alexitimia es la base de datos PsychINFO (American Psychological Association, 2003). Al final del año 2004 existían más de 1400 artículos y capítulos de libros dedicados al concepto de alexitimia; y esto a pesar de que el concepto no fue introducido formalmente hasta mediados de los años 70 (Sifneos, 1973).

La literatura clínica relevante sobre alexitimia empezó hace más de medio siglo, con Ruesch (1948), quien identificó un conjunto de variables de personalidad en un subgrupo de pacientes con varios problemas psicosomáticos. Lo común entre estos individuos era un proceso de pensamiento inmaduro y poco imaginativo, igual que una tendencia a utilizar la acción física directa para la expresión emocional. Karen Horney (1952) describe un conjunto similar de características en muchos de sus pacientes que responden poco al tratamiento psicoanalítico: les faltaba conciencia emocional, tenían un interés mínimo en fantasías y sueños, y un estilo de pensamiento muy “concreto” (externalizado). Sifneos (1973) finalmente acuñó el término alexitimia (del griego: a = falta de, lexis = palabra, thymos = emoción) para identificar individuos con un conjunto similar de características cognitivas y afectivas. En las pasadas tres décadas, la investigación sobre alexitimia ha conducido a una definición que contiene las siguientes tres características nucleares: una dificultad para identificar emociones y para distinguir entre estas emociones y las sensaciones corporales de la excitación emocional; una dificultad para describir emociones; procesos imaginativos limitados; y un estilo cognitivo orientado hacia el exterior y dependiente de los estímulos (véase Taylor, 1984, 2000; Taylor et al., 1997).

Juntamente con estas características nucleares, varias otras fueron observadas en individuos alexitímicos, con importantes implicaciones clínicas. Diferentes investigadores encontraron que la alexitimia estaba vinculada a una capacidad limitada para la empatía (Guttman & Laporte, 2002; McDougall, 1989; Taylor, 1987), problemas para procesar información teñida o cargada de emoción (Stone & Nielson, 2001; Suslow & Junghanns, 2002), igual que dificultades para identificar emociones en la expresión facial de otros (Lane, Sechrest, Reidel, Weldon, Kaszniak, & Schwartz, 1996; Parker, Taylor, & Bagby, 1993). Otro ámbito de interés científico es la relación entre alexitimia, el sueño y los sueños. En su trabajo terapéutico con individuos con altos niveles de alexitimia, Krystal (1979) encontró que era muy difícil trabajar con los sueños de estas personas. Varios grupos de

investigación también encontraron evidencia que los individuos alexitímicos tienen dificultades para recordar sueños (De Gennaro, Ferrara, Cristiani, Curcio, Martiradonna, & Bertini, 2003; Krystal, 1979; Nemiah, Freyberger, & Sifneos 1976). Parker, Bauermann y Smith (2000), cuando compararon los relatos de sueños de individuos alexitímicos con los de no-alexitímicos (despertándolos durante sus fases REM), encontraron que los relatos de los sueños de alexitímicos eran significativamente menos bizarros y extraños que los de individuos no-alexitímicos.

Las personas con alexitimia tienen menos probabilidad de buscar apoyo emocional en otras personas, parcialmente por sus problemas para comunicar experiencias emocionales a otros. Individuos alexitímicos también tienen menos tendencia de regular su malestar emocional con fantasías y soñando despiertos u otras actividades mentales imaginativas (Mayes & Cohen, 1992; Taylor et al., 1997). Como resultado de estas características, individuos alexitímicos tienen un mayor riesgo de desarrollar una serie de trastornos clínicos: “no es sorprendente que la alexitimia haya sido conceptualizada como uno de los diversos factores de riesgo para una variedad de trastornos médicos y psiquiátricos que implican la regulación de emociones. Por ejemplo, la hipocondría y los trastornos por somatización podrían ser vistos como el resultado, al menos en parte, de la conciencia subjetiva limitada y el procesamiento cognitivo de emociones limitado del individuo alexitímico, lo cual conduce a que focalice en las sensaciones somáticas que acompañan la excitación emocional, la magnifique y las malinterprete” (Taylor et al., 1997, p.31). No es sorprendente que la alexitimia haya sido identificada como un factor de vulnerabilidad para individuos que experimentan una serie de trastornos psiquiátricos, como trastorno por estrés postraumático (Badura, 2003; Zlotnick, Mattia, & Zimmerman, 2001), trastornos de abuso de sustancias (Cecero & Holmstrom, 1997; Rybakowski, Ziolkowski, Zasadzka, & Brzezinski, 1988), trastornos de conducta alimentaria (Zonnevjlle-Bender, van Goozen, Cohen-Kettenis, van Elburg, & van Engeland, 2002), y adicción al juego (Parker, Wood, Bond, & Shaughnessy, 2005). Cabe destacar que la alexitimia inicialmente estaba sólo asociada a individuos que padecen un amplio rango de problemas psicósomáticos (para una revisión de esta literatura, véase De Gucht & Heiser, 2003).

Junto con un aumento de vulnerabilidad para varios trastornos psicológicos, la presencia de rasgos alexitímicos en sus clientes tiene otras implicaciones potenciales para los profesionales de la salud. Existe más riesgo de que los individuos que presentan alexitimia reciban visitas y procedimientos médicos innecesarios. Durante el periodo de un año, un estudio finlandés reciente encontró que adultos alexitímicos utilizaban significativamente más recursos sanitarios que adultos no-alexitímicos (Jyvaesjaervi, Joukamaa, Vaesaenen, Larivaara, Kivela, & Keinaenen-Kiukaanniemi, 1999). A este hecho puede contribuir el estilo de comunicación pobre de los individuos con alexitimia, junto con su tendencia de

somatizar su malestar (Taylor et al., 1997). En un intento de tratar los problemas somáticos de sus pacientes, los profesionales de la salud habitualmente responden con exploraciones, pruebas y tratamientos. Si estas intervenciones no producen mejora, los profesionales muchas veces prescriben pruebas e intervenciones adicionales. Como resultado, los individuos alexitímicos tienen más riesgo de sufrir complicaciones médicas u otros problemas yatrogénicos.

Dadas las diversas implicaciones sanitarias asociadas con alexitimia, no nos sorprende el crecimiento sustancial de trabajos empíricos sobre este constructo. El amplio interés también es probablemente debido a varios instrumentos de medida para el constructo de alexitimia. Una amplia gama de instrumentos han sido desarrollados desde mediados de la década de los 70: cuestionarios y entrevistas basados en observadores (Haviland, Warren, Riggs, & Nitch, 2002; Sifneos, 1973, 1986; Taylor et al., 1997), escalas de autoinforme (Apfel & Sifneos, 1979; Bagby, Parker, & Taylor, 1994; Bermond, Vorst, Vingerhoets, & Gerritsen, 1999; Kleiger & Kinsman, 1980; Parker, Taylor, & Bagby, 2003; Sifneos, 1986; Taylor, Ryan, & Bagby, 1986), técnicas proyectivas (Acklin & Alexander, 1988; Cohen, Auld, Demers, & Catchlove, 1985) y medidas Q-sort (Haviland & Reise, 1996). Aunque las propiedades psicométricas de estas medidas variaban bastante (para revisiones detalladas de instrumentos de alexitimia, véase Taylor, Bagby, & Luminet, 2000; Taylor et al., 1997), los investigadores podían escoger entre una amplia gama de medidas potenciales (dependiendo de sus poblaciones y hipótesis).

Varios investigadores encontraron evidencia de que existe una relación empírica importante entre Inteligencia Emocional (IE) y alexitimia. Dada la diversidad de los modelos de Inteligencia Emocional usados en estas publicaciones, el patrón consistente de una asociación moderada a elevada entre los dos constructos es significativa. Por ejemplo, Schutte et al. (1998) desarrollaron una escala autoinforme de 33 ítems para medir Inteligencia Emocional derivada de un modelo anterior de Salovey & Mayer (1989/1990). Utilizando la Toronto Alexitimia Scale de 26 ítems (TAS; Taylor et al., 1986), Schutte et al. (1998) encontraron una correlación de $-.65$ en una muestra pequeña ($n=25$). Con el mismo instrumento, Saklofske, Austin y Minski (2003) encontraron una asociación negativa moderada similar ($-.52$) entre la medida de Inteligencia Emocional y alexitimia (usando el TAS de 20 ítems, un instrumento psicométricamente superior; Bagby et al., 1994).

Usando el Trait Meta-Mood Scale (TMMS; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, & Palfai, 1995) para medir la Inteligencia Emocional y el TAS-20 para la alexitimia, Palmer, Donaldson y Stough (2002) encontraron una correlación de $-.42$ en una muestra de adultos. Dawda y Hart (2000) informan de una correlación de $-.49$ para hombres y de $-.55$ para mujeres entre la escala total de Inteligencia Emocional y el TAS-20, usando el Emocional Quotient Inventory (EQ-i; Bar-On, 1997) para medir la Inteligencia Emocional. Con una muestra más amplia de adultos ($n=734$), Parker et al. (2001) informan sobre una correlación de $-.72$ entre las

mismas dos medidas. Parker, Hogan, Majeski y Bond (2003) encontraron una correlación similar alta (-.68) entre el TAS-20 y la escala total del EQ-i (versión corta; Bar-On, 2002).

Hay que reconocer que la mayoría de las publicaciones existentes sobre la relación entre Inteligencia Emocional y alexitimia se ha hecho usando medidas de autoinforme. Esto no es sorprendente, ya que no fue hasta hace poco que se desarrollaron alternativas a estos instrumentos de autoinforme para medir Inteligencia Emocional. Mayer et al. (1999), por ejemplo, desarrolló la escala Multi-Factor Emocional Intelligence Scale (MEIS), que es un instrumento basado en el rendimiento y que exige al sujeto que resuelva una variedad de problemas relacionados con emociones. Este instrumento fue revisado por Mayer, Salovey y Caruso (2002) y se llama ahora el Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). Dos estudios no publicados por Lumley et al. (2002, Marzo) y Parker, Bagby y Taylor (2003, Agosto) muestran evidencias empíricas para un solapamiento conceptual entre Inteligencia Emocional y alexitimia, usando el MSCEIT y el TAS-20. Ambos estudios mostraron asociaciones negativas moderadas entre las puntuaciones totales en los dos instrumentos en estudiantes universitarios de primer ciclo.

Las teorías sobre Inteligencia Emocional y sobre alexitimia son consistentes con la asociación negativa que consistentemente fue encontrado entre estos dos constructos. Comparando las definiciones de alexitimia y de Inteligencia Emocional se puede apreciar que los dos constructos están considerablemente relacionados (Parker et al., 2001; Taylor, Parker, & Bagby, 1999). En su modelo inicial de inteligencia emocional, Salovey, Hsee y Mayer (1993) conceptualizaron a los individuos con alexitimia como el extremo bajo de la dimensión de Inteligencia Emocional. Como se ha dicho, los individuos alexitimicos tienen un mayor riesgo de presentar problemas físicos y mentales (Krystal, 1982/83; Taylor, 1987); además, muchas veces son clientes poco aptos para muchas formas de psicoterapia orientada hacia el *insight*: alexitimia puede ser “el factor único más importante que disminuye el éxito del psicoanálisis y de la psicoterapia psicodinámica” (Cristal, 1982/1983, p. 364). Los problemas psicológicos experimentados por estos individuos pueden incluso empeorarse mediante las formas tradicionales de psicoterapia (Krystal, 1982/83; Sifneos, 1975; Taylor, 1987; Taylor et al., 1997), hecho que es consistente con las observaciones clínicas de Horney (1952) hace medio siglo.

Ejemplo de un caso

El siguiente caso indica que algunos psicoterapeutas no consiguen reconocer las características clínicas de alexitimia (o baja inteligencia emocional), y que esta falta de *insight* puede empeorar el cuadro clínico.

El Sr. E, un ejecutivo de 45 años de una gran empresa de joyería, vino a la consulta de un psicoterapeuta por “infelicidad” general y sentimientos persistentes de “aburrimiento”. Después de 12 meses de sesiones semanales, de los cuales el

cliente parece haber sacado muy poco provecho terapéutico, el Sr. E. fue derivado a un psiquiatra. En una entrevista con éste, el Sr. E. informó que había encontrado el año de psicoterapia como algo muy estresante, porque nunca sabía de qué hablar en las sesiones. Empezó a temer las visitas, y deliberadamente no acudió a algunas sesiones recientes porque tenía la impresión que estaba perdiendo su tiempo y su dinero. El Sr. E. informó que en muchas ocasiones había manifestados sus quejas al terapeuta sobre el lento paso del tratamiento, pero se sentía presionado por su mujer para que no abandonara el tratamiento. Durante gran parte del año transcurrido, el Sr. E. también había padecido un dolor persistente en la parte izquierda de su mandíbula. Estos síntomas habían aparecido varios meses después de haberle sido extraída una muela en esta parte de la mandíbula. Durante una consulta con su médico de cabecera por estos dolores, el Sr. E. también comentó sus continuos sentimientos de infelicidad. Fue el médico de cabecera quien le recomendó que fuera a ver a un psiquiatra.

El Sr. E. comentó que pocas veces experimentaba lo que él considera “sentimientos fuertes”, aunque sí que notaba que estaba experimentando un “estrés” considerable por el persistente dolor en su mandíbula. El Sr. E. comentó que cuando le salen problemas en su trabajo o en su matrimonio, muchas veces no se da cuenta de que está pasando estrés, excepto por ser algo menos hablador, y que su estómago a veces le duele en estas situaciones. Dice que quiere a su mujer desde hace 15 años, pero que tiene dificultades para poner en palabras cualquier otro sentimiento respecto a su relación. Informa que tiene poco interés en películas o en la televisión, y que su único pasatiempo (que ejerce cada día) es el squash. Tenía dificultades para recordar cualquier sueño, y cuando se le preguntó sobre fantasías diurnas, el Sr. E. afirmó que él nunca perdería su tiempo con algo así. Cuando el médico insistió, el Sr. E. admitió que a veces pensaba sobre las partidas de squash que había ganado o perdido.

El Sr. E. respondió al TAS-20 (Bagby et al., 1994) y puntuó en el rango alto de alexitimia, confirmándose así la impresión clínica de que era un candidato poco apto para la psicoterapia orientada hacia el *insight*. Como ya había sugerido su historial reciente, la psicoterapia orientada hacia el insight en realidad había empeorado su estado emocional estresante, el cual era incapaz de regular por su falta de competencias emocionales y sociales.

PSICOTERAPIA Y ALEXITIMIA

Debido al hecho de que las formas tradicionales de psicoterapia parece que no funcionan con pacientes alexitímicos o incluso los empeoran, algunos profesionales han desarrollado una serie de modificaciones terapéuticas para trabajar con estos clientes. Estas modificaciones contrastan con la psicoterapia tradicional, porque intentan “aumentar las emociones de un nivel de la experiencia ligada al estímulo (un mundo de sensación y acción) a un nivel de representación conceptual (un

mundo de sentimientos y pensamientos), donde pueden ser usadas como señales de información, sobre las que se puede pensar y que pueden, a veces, ser comunicadas a otros” (Taylor et al., 1997, p. 252). En general, estas modificaciones intentan conseguir que los clientes se den cuenta del problema que tienen con su forma de procesar y experimentar sus emociones. Esta parte describe una serie de estas intervenciones terapéuticas.

Algunas de las publicaciones más detalladas hasta ahora sobre la adaptación de formas tradicionales de psicoterapia para el uso con clientes alexitímicos fueron facilitadas por Krystal (1979, 1988). Según este autor, un primer paso importante en el proceso clínico es hacer que el cliente se dé cuenta que un déficit en su forma de comprender y comunicar las emociones es la principal “causa” de sus problemas. Este puede ser un paso difícil de conseguir, ya que los individuos alexitímicos dan poca importancia a sus emociones y inicialmente viven las discusiones sobre emociones y sentimientos como aburridos y frustrantes (véase Taylor, 1995, para más detalles sobre este punto). Un segundo paso en el proceso clínico, según Krystal (1979, 1988), es más educacional que terapéutico. El terapeuta tiene que trabajar para mejorar las habilidades emocionales básicas en el cliente: ayudándole a reconocer y etiquetar emociones específicas, aprender a discriminar entre diferentes experiencias emocionales, y a aprender a comunicar estos sentimientos a otros de forma adecuada.

Este tipo de psicoterapia modificada muchas veces es un proceso lento y tedioso (Taylor, 1995). Una de las dificultades que el terapeuta tiene que intentar superar son las habilidades interpersonales pobres del cliente. Estos individuos muchas veces tienen dificultades para desarrollar un apego seguro (Taylor et al., 1997). Muchas veces temen la intimidad debido a su capacidad limitada de compartir sentimientos y experiencias personales significativas con otros (Fischer & Good, 1997; Mallinckrodt et al., 1998). No es sorprendente que a los clientes alexitímicos les cueste desarrollar una relación emocional intensa con su terapeuta (Brown, 1985; Taylor, 1987). Aunque rápidamente adoptan un papel de paciente dependiente, estas personas suelen esperar que sus problemas pueden ser “curados” con intervenciones médicas específicas. Cuando no se produce una “reparación” rápida, los sentimientos iniciales de aburrimiento por parte del cliente pueden escalar pronto hacia la frustración y el enojo, con un riesgo elevado de abandono.

Terapia individual

Varios autores han descrito una serie de técnicas terapéuticas para reducir síntomas alexitímicos en sus clientes (por ejemplo Krystal, 1988; Taylor et al., 1997). Algunos individuos se benefician de empezar el proceso de intervención con una combinación de psicoterapia y técnicas conductuales como relajación o biofeedback (Taylor, 1987; Taylor et al., 1997). Estos tipos de técnicas conductuales puede mejorar la conciencia introspectiva de los clientes alexitímicos, especialmen-

te la habilidad de auto-regular los estados fisiológicos diferentes. Greenberg y Safran (1987, 1989) sugirieron que el terapeuta podría prestar más atención a expresiones no verbales de emoción (por ejemplo, movimientos del cuerpo, gestos, miradas) de lo habitual en las sesiones terapéuticas. Estos acontecimientos conductuales pueden convertirse en fuentes de información importantes durante el proceso de enseñar al cliente a comunicar mejor sus sentimientos (e interpretar mejor los estados internos de otros).

También existen indicios de que el hecho de enseñar a pacientes con síntomas de alexitimia a que presten atención a sus sueños puede mejorar el progreso de la terapia (Cartwright, 1993). Los sueños pueden facilitar al terapeuta un material idóneo para conseguir que el individuo alexitímico focalice en sus sentimientos y experiencias internas. El terapeuta también puede aumentar el desarrollo de habilidades emocionales en estos clientes usando las experiencias emocionales del cliente (generadas en sesiones terapéuticas específicas) más de lo habitual en psicoterapia tradicional orientada al *insight* (Krystal, 1982/83; McDougall, 1989; Taylor, 1987). Si aparecen problemas de contratransferencia, algo no infrecuente con clientes alexitímicos (Krystal, 1979; Taylor, 1977), el terapeuta también puede decidir hablar con el cliente de sus sentimientos de aburrimiento y frustración. El terapeuta puede usar el humor y las fantasías del cliente durante una sesión individual. Todas estas formas de comunicación ayudan al cliente a asociar situaciones interpersonales específicas con su experiencia interior particular.

Pierloot y Vinck (1977) llevaron a cabo uno de los primeros estudios para establecer el beneficio de diferentes formas de psicoterapia para pacientes con alexitimia. Los pacientes de una consulta externa con una variedad de problemas de ansiedad fueron asignados al azar a uno de dos grupos de intervención: psicoterapia psicodinámica breve o terapia conductual (es decir, desensibilización sistemática). Estos investigadores encontraron que los pacientes con características alexitímicas abandonaron las terapias psicodinámicas con mayor probabilidad que los que no presentaban alexitimia (Pierloot & Vinck, 1977).

Recientemente, Keller, Carroll, Nich y Rounsaville (1995) estudiaron las respuestas a diferentes formas de psicoterapia en adictos a la cocaína con y sin alexitimia. Los sujetos fueron asignados al azar a uno de cuatro grupos de tratamiento: terapia cognitivo-conductual más un medicamento placebo; terapia cognitivo-conductual combinado con un antidepresivo tricíclico (desipramina); manejo clínico (consultas médicas) más medicamento placebo; y tratamiento clínico en combinación con un antidepresivo tricíclico. El tipo de "manejo clínico" usado en estos dos grupos requería poca focalización "interna" por parte del cliente e incluía una relación médico-paciente de apoyo, empatía y educación. El tipo de terapia cognitivo-conductual usado en este estudio intentaba que los pacientes identificaran y comunicaran sus estados internos cognitivo-emocionales asociados con el uso de sustancias, igual que estimulaba a los pacientes a identificar, observar

y analizar su ansia de consumir droga. Después de 12 semanas de tratamiento, los clientes alexitímicos y no alexitímicos habían reaccionado de forma diferente a los dos tipos de psicoterapia: los participantes no alexitímicos presentaron mejores resultados con el tratamiento cognitivo-conductual, mientras los alexitímicos obtuvieron mejores resultados con el manejo clínico.

Terapia en grupo

Mientras las sesiones individuales pueden ser particularmente idóneas para educar a los individuos alexitímicos respecto a habilidades emocionales básicas, existe una serie de competencias que son especialmente relevantes para intervenciones en grupo (Swiller, 1988; Taylor et al., 1997). Aunque es muy importante que los individuos alexitímicos perciban el grupo como un entorno seguro y de apoyo, el terapeuta tiene que estimular un *feedback* sincero por parte de otros miembros del grupo, ya que esto puede ayudar a que el individuo alexitímico comprenda como su falta de empatía afecta a los demás. Al mismo tiempo, el terapeuta puede dirigir la atención del paciente alexitímico hacia aquellos otros miembros del grupo que presentan una forma más adaptativa y empática de relacionarse (Taylor et al., 1997).

Sin embargo, existen algunos temas y consideraciones prácticas que surgen cuando se trata a pacientes alexitímicos con terapia grupal. Como afirmó Swiller (1988), las habilidades interpersonales pobres de estos individuos muchas veces producen sentimientos de aburrimiento y frustración en otros miembros del grupo. Por eso, el terapeuta tiene que procurar limitar el número de pacientes alexitímicos incluidos en un grupo, si no quiere correr el riesgo de que los miembros no alexitímicos abandonen el grupo. Swiller (1988) sugiere que cuando no se puede evitar que participe más de un cliente alexitímico en un grupo, éstos deberían al menos estar en diferentes fases de su tratamiento.

La eficacia de terapia en grupo para reducir síntomas alexitímicos fue investigado por varios autores. Fukunishi, Ichikawa, Ichikawa y Matsuzawa (1994) estudiaron el uso de psicoterapia familiar con familias de toxicómanos. En este estudio, los miembros de la familia (adultos) se reunieron en grupos pequeños (de 4 a 5 participantes) una vez por semana en una sesión de dos horas. Los autores encontraron que los niveles de alexitimia de los miembros de la familia habían bajado significativamente después de seis meses de intervención. Beresnevaite (2000) también estudió, con una muestra de pacientes después de un infarto de miocardio, la eficacia de terapia grupal para reducir los síntomas de alexitimia. Los participantes en este estudio recibían una sesión de terapia en grupo de 90 minutos cada semana. Varias técnicas terapéuticas diferentes fueron usadas a lo largo de un proceso de 4 meses. Por ejemplo, los participantes fueron entrenados en técnicas de relajación, y también tenían que participar en actividades de rol-play y de comunicación no verbal. Los niveles de alexitimia se midieron en diferentes momentos: 1) antes del inicio de la terapia, 2) al final, 3) seis meses después del tratamiento, 4)

12 meses después, y 5) 24 meses después del tratamiento. Los autores encontraron una reducción significativa de las puntuaciones en la escala de alexitimia después de la terapia grupal, efecto que fue estable a lo largo del periodo de dos años de seguimiento.

Un estudio reciente por Ciano, Rocco, Angarano, Biasin, y Balestrieri (2002) comparó la eficacia de dos tipos diferentes de terapia en grupo para reducir síntomas alexitímicos en un pequeño grupo de individuos con trastorno de atracón. Un grupo de individuos participó en 14 sesiones psicoanalíticas grupales durante un periodo de 28 semanas, mientras el segundo grupo participó en 10 sesiones “psicoeducativas” durante 10 semanas que se centraban en facilitar información sobre alimentación y en mejorar las habilidades comunicativas de los clientes. Cuando se compararon los niveles de alexitimia antes y después del tratamiento, se encontró una reducción significativa de síntomas alexitímicos sólo en el grupo de pacientes que había recibido intervención “psicoeducativa”.

CONCLUSIÓN

Este artículo describe varias implicaciones clínicas y terapéuticas importantes para la inteligencia emocional basándose en publicaciones relacionadas con varios constructos que se solapan. Aunque el constructo de Inteligencia Emocional tiene una relevancia obvia para la psicología clínica y la terapia, prácticamente toda la investigación en este ámbito ha estudiado, hasta ahora, poblaciones no-clínicas. Futuras investigaciones deben examinar la relación directa entre Inteligencia Emocional y trastornos clínicos (especialmente aquellos que se han asociado con alexitimia). También existe una necesidad que se investigue explícitamente la relación entre Inteligencia Emocional y diversas variables de resultados en psicoterapia, igual que la eficacia de intervenciones terapéuticas para mejorar competencias emocionales y sociales específicas. Es especialmente importante que en estas investigaciones futuras se utilicen diversos instrumentos de medida para la Inteligencia Emocional, en vez de focalizar exclusivamente en una única forma (por ejemplo, cuestionarios de auto-informe). Se puede especular que muchas de las medidas de Inteligencia Emocional que se han desarrollado recientemente pueden estimular estas investigaciones clínicas nuevas (por ejemplo, Bar-On, 1997, 2002; Bar-On & Parker, 2000; Mayer, Salovey, Caruso, & Sitarenios, 2003). Estos instrumentos desarrollados recientemente también pueden ayudar a asignar a los clientes a las intervenciones terapéuticas apropiadas, igual que hacer un seguimiento del progreso terapéutico de estos pacientes.

Este artículo examina la relevancia del constructo de inteligencia emocional (IE) para la psicología clínica. Aunque exista poca investigación directa sobre el constructo de Inteligencia Emocional, varios constructos relacionados con ella han generado una cierta cantidad de literatura en el ámbito de la psicología clínica, particularmente el de alexitimia. Aunque inicialmente se ha asociado con pacientes con problemas psicósomáticos, alexitimia se ha vinculado a una variedad de trastornos clínicos. En varias poblaciones no clínicas se ha asociado también con una variedad de problemas de salud y estilo de vida, igual que con problemas interpersonales. Individuos que puntúan alto en medidas de alexitimia muchas veces son clientes poco aptos para muchas formas de psicoterapias que trabajan con insight. Como respuesta a esto, varios psicoterapeutas han adaptado formas de psicoterapia existentes para trabajar con estos individuos. Como se resume en este artículo, estas modificaciones intentan mejorar la capacidad del cliente para tomar conciencia de sus problemas para procesar y experimentar emociones. En el presente artículo también se describen técnicas especialmente recomendables para la intervención con grupos de pacientes.

Palabras clave: inteligencia emocional, trastornos psicológicos, psicoterapia, alexitimia, psicósomática.

Notas del autor:

La redacción de este artículo fue subvencionada por una beca de investigación otorgada al primer autor del *Social Sciences and Humanities Research Council of Canada (SSHRC)* y de la *Canadian Foundation for Innovation (CFI)*, y por una beca otorgada al segundo autor por la *Canada Graduate Scholarship (SSHRC)*.

Traducción: Úrsula Oberst

Referencias bibliográficas

- ACKERMAN, S. J., & HILSENROTH, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1-33.
- ACKLIN, M. W., & ALEXANDER, G. (1988). Alexithymia and somatization: A Rorschach study of four psychosomatic groups. *Journal of Nervous and Mental Disease, 176*, 343-350.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. (2003). *PsycINFO*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- APFEL, R. J., & SIFNEOS, P. E. (1979). Alexithymia: Concept and measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics, 32*, 180-190.
- APPLEBAUM, S. A. (1973). Psychological-mindedness: Word, concept, and essence. *International Journal of Psychoanalysis, 54*, 35-45.
- BACHRACH, H. M., & LEAFF, L. A. (1978). "Analyzability": A systematic review of the clinical and quantitative literature. *Journal of the American Psychoanalytical Association, 26*, 881-920.
- BADURA, A. S. (2003). Theoretical and empirical exploration of the similarities between emotional numbing in posttraumatic stress disorder and alexithymia. *Journal of Anxiety Disorders, 17*, 349-360.
- BAGBY, R. M., PARKER, J. D. A., & TAYLOR, G. J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale -I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research, 38*, 23-32.
- BAR-ON, R. (1997). *BarOn Emotional Quotient Inventory: Technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- BAR-ON, R. (2002). *BarOn Emotional Quotient Short form (EQ-i:Short): Technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems.

- BAR-ON, R., & PARKER, J. D. A. (2000). *Bar-On EQ-i: Youth Version: Technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- BARRON, F. (1953). An ego-strength scale which predicts response to psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 17*, 327-333.
- BECKHAM, E. (1992). Predicting patient dropout in psychotherapy. *Psychotherapy, 29*, 177-182.
- BERESNEVAITE, M. (2000). Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease patients: A preliminary study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 69*, 117-122.
- BERMOND, B., VORST, H. C. M., VINGERHOETS, A. J., & GERRITSEN, W. (1999). The Amsterdam Alexithymia scale: Its psychometric values and correlations with other personality traits. *Psychotherapy and Psychosomatics, 68*, 241-251.
- BOYATZIS, R. E., GOLEMAN, D., & RHEE, K. (2000). Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the Emotional Competence Inventory. In R. Bar-On & J.D.A. Parker (Eds.), *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- BROWN, L. J. (1985). On concreteness. *Psychoanalytic Review, 72*, 379-402.
- CACIOPPO, J. T., & PETTY, R. E. (1982). The need for cognition. *Journal of Personality and Social Psychology, 42*, 116-131.
- CARTWRIGHT, R. D. (1993). Who needs their dreams? The usefulness of dreams in psychotherapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 21*, 539-547.
- CIANO, R., ROCCO, P. L., ANGARANO, A., BIASIN, E., & BALESTRIERI, M. (2002). Group-analytic and psychoeducational therapies for binge-eating disorder: An exploratory study on efficacy and persistence of effects. *Psychotherapy Research, 12*, 231-239.
- CECERO, J. J., & HOLMSTROM, R. W. (1997). Alexithymia and affect pathology among adult male alcoholics. *Journal of Clinical Psychology, 53*, 201-208.
- COHEN, K. R., AULD, F., DEMERS, L. A., & CATCHLOVE, R. F. H. (1985). Alexithymia: The development of a valid and reliable projective measure (the objectively scored archetypal 9 test). *Journal of Nervous and Mental Disease, 173*, 621-627.
- CONTE, H. R., PLUTCHIK, R., JUNG, B. B., PICARD, S., KARASU, T. B., & LOTTERMAN, A. (1990). Psychological mindedness as a predictor of psychotherapy outcome: A preliminary report. *Comprehensive Psychiatry, 31*, 426-431.
- DAWDA, D., & HART, S. D. (2000). Assessing emotional intelligence: Reliability and validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i) in university students. *Personality and Individual Differences, 28*, 797-812.
- DE GENNARO, L., FERRARA, M., CRISTIANI, R., CURCIO, G., MARTIRADONNA, V., & BERTINI, M. (2003). Alexithymia and dream recall upon spontaneous morning awakening. *Psychosomatic Medicine, 65*, 301-306.
- DE GUCHT, V., & HEISER, W. (2003). Alexithymia and somatisation: A quantitative review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research, 54*, 425-434.
- FENIGSTEIN, A., SCHEIER, M. F., & BUSS, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*, 522-527.
- FISCHER, A. R., & GOOD, G. E. (1997). Men and psychotherapy: An investigation of alexithymia, intimacy, and masculine gender roles. *Psychotherapy, 34*, 160-170.
- FUKUNISHI, I., ICHIKAWA, M., ICHIKAWA, T., & MATSUZAWA, K. (1994). Effect of family group psychotherapy on alcoholic families. *Psychological Reports, 74*, 568-570.
- GREENBERG, L. S., & SAFRAN, J. D. (1987). *Emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- GREENBERG, L. S., & SAFRAN, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist, 44*, 19-29.
- GUTTMAN, H., & LAPORTE, L. (2002). Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in a family context. *Comprehensive Psychiatry, 43*, 448-455.
- HAVILAND, M. G., & REISE, S. P. (1996). A California Q-set alexithymia prototype and its relationship to ego-control and ego-resiliency. *Journal of Psychosomatic Research, 41*, 597-608.
- HAVILAND, M. G., WARREN, W. L., RIGGS, M. L., & NITCH, S. (2002). Concurrent validity of two observer-rated alexithymia measures. *Psychosomatics, 43*, 472-477.
- HORNEY, K. (1952). The paucity of inner experiences. *American Journal of Psychoanalysis, 12*, 3-9.
- HOROWITZ, M. J. (2002). Self- and relational observation. *Journal of Psychotherapy Integration, 12*, 115-127.
- JYVAESJAERVI, S., JOUKAMAA, M., VAEISAENEN, E., LARIVAARA, P., KIVELAE, S., & KEINAENEN-KIUKAANNIEMI, S. (1999). Alexithymia, hypochondriacal beliefs, and psychological distress among frequent attenders in primary health care. *Comprehensive Psychiatry, 40*, 292-298.

- KELLER, D. S., CARROLL, K. M., NICH, C., & ROUNSAVILLE, B. J. (1995). Alexithymia in cocaine abusers: Response to psychotherapy and pharmacotherapy. *American Journal on Addictions*, 4, 234-244.
- KLEIGER, J. H., & KINSMAN, R. A. (1980). The development of an MMPI alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34, 17-24.
- KRYSTAL, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33, 17-31.
- KRYSTAL, H. (1982/1983). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalysis and Psychotherapy*, 9, 353-388.
- KRYSTAL, H. (1988). *Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- LAKE, B. (1985). Concept of ego strength in psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 147, 471-478.
- LANE, R., SECHREST, L., REIDEL, R., WELDON, V., KASZNIAK, A., & SCHWARTZ, G. (1996). Impaired verbal and nonverbal emotion recognition in alexithymia. *Psychosomatic Medicine*, 58, 203-210.
- LANE, R. D., & SCHWARTZ, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.
- LANGER, E. (1989). *Mindfulness*. New York: Addison-Wesley.
- LUBORSKY, L., MCLELLAN, A., WOODY, G., O'BRIEN, C., & AUERBACH, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- LUMLEY, M. A., DAVIS, M., LABOUIE-VIEF, G., GUSTAVSON, B., CLEMENT, R., BARRY, R., & SIMON, T. (2002, March). Multiple measures of emotional abilities: Their interrelationships and associations with physical symptoms. Presentation at the annual meeting of the American Psychosomatic Society, Barcelona, Spain.
- MALLINCKRODT, B., KING, J. L., & COBLE, H. M. (1998). Family dysfunction, alexithymia, and client attachment to therapist. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 497-504.
- MATTHEWS, G., ROBERTS, R. D., & ZEIDNER, M. (2003). Development of emotional intelligence: A skeptical--but not dismissive--perspective. *Human Development*, 46, 109-114.
- MAYER, J. D., CARUSO, D. R., & SALOVEY, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27, 267-298.
- MAYER, J. D., & COBB, C. D. (2000). Educational policy on emotional intelligence: Does it make sense? *Educational Psychology Review*, 12, 163-183.
- MAYER, J. D., SALOVEY, P., & CARUSO, D. R. (2002). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) user's manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- MAYER, J. D., SALOVEY, P., CARUSO, D. R., & SITARENOS, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion*, 3, 97-105.
- MAYES, L. C., & COHEN, D. J. (1992). The development of a capacity for imagination in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 47, 23-47.
- MCCALLUM, M., & PIPER, W. E. (1997). *Psychological mindedness: A contemporary understanding*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- MCCALLUM, M., & PIPER, W. E. (2000). Psychological mindedness and emotional intelligence. In R. Bar-On & J.D.A. Parker (Eds.), *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- MCCALLUM, M., PIPER, W., & JOYCE, A. (1992). Dropping out from short-term group therapy. *Psychotherapy*, 29, 206-215.
- MCCALLUM, M., PIPER, W., OGDONICZUK, J. S., & JOYCE, A. S. (2003). Relationships among psychological mindedness, alexithymia and outcome in four forms of short-term psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 133-144.
- MCDOUGALL, J. (1989). *Theatres of the body: A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. New York: Norton.
- NEMIAH, J. C., FREYBERGER, H., & SIFNEOS, P. E. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. In O. W. Hill (Ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine* (vol. 3, pp. 430-439). London: Butterworths.
- OWEN, P., & KOHUTEK, K. (1981). The rural mental health dropout. *Journal of Rural Community Psychology*, 2, 38-41.
- PALMER, B., DONALDSON, C., & STOUGH, C. (2002). Emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 33, 1091-1100.
- PARKER, J. D. A. (2000). Emotional intelligence: Clinical and therapeutic implications. In R. Bar-On & J.D.A. Parker (Eds.), *Handbook of emotional intelligence* (490-504). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- PARKER, J. D. A., BAGBY, R. M., & TAYLOR, G. J. (2003, August). *Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale: Is it distinct from basic personality?* Presentation at the annual meeting of the American Psychological

- Association, Toronto, Ontario.
- PARKER, J. D. A., BAUERMANN, T. M., & SMITH, C. T. (2000). Alexithymia and impoverished dream content: Evidence from REM sleep awakenings. *Psychosomatic Medicine*, *62*, 486-491.
- PARKER, J. D. A., HOGAN, M. J., MAJESKI, S. A., & BOND, B. J. (2003). Assessing emotional intelligence: Reliability and validity of the short form for the Emotional Quotient Inventory. Manuscript submitted for publication.
- PARKER, J. D. A., TAYLOR, G. J., & BAGBY, R. M. (1993). Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotion. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *59*, 197-202.
- PARKER, J. D. A., TAYLOR, G. J., & BAGBY, R. M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, *30*, 107-115.
- PARKER, J. D. A., TAYLOR, G. J., & BAGBY, R. M. (2003). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, *55*, 269-275.
- PARKER, J. D. A., WOOD, L. M., BOND, B. J., & SHAUGHNESSY, P. (2005). Alexithymia in young adulthood: a risk-factor for pathological gambling. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *74*, 55-55.
- PEKARIK, G. (1983). Follow-up adjustment of outpatient dropouts. *American Journal of Orthopsychiatry*, *53*, 501-511.
- PIERLOOT, R., & VINCK, J. (1977). A pragmatic approach to the concept of alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *28*, 156-166.
- PIPER, W. E., JOYCE, A. S., MCCALLUM, M., & AZIM, H. F. (1998). Interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 558-567.
- PIPER, W. E., MCCALLUM, M., JOYCE, A. S., ROSIE, J. S., & OGRODNICZUK, J. S. (2001). Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. *International Journal of Group Psychotherapy*, *51*, 525-552.
- REDER, P., & TYSON, R. (1980). Patient dropout from individual psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *44*, 229-252.
- RUESCH, J. (1948). The infantile personality. *Psychosomatic Medicine*, *10*, 134-144.
- RYBAKOWSKI, J., ZIÓLKOWSKI, M., ZASADZKA, T., & BRZEZINSKI, R. (1988). High prevalence of alexithymia in male patients with alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, *21*, 133-136.
- SAKLOFSKE, D. H., AUSTIN, E. J., & MINSKI, P. S. (2003). Factor structure and validity of a trait emotional intelligence measure. *Personality and Individual Differences*, *34*, 707-721.
- SALOVEY, P., HSEE, C. K., & MAYER, J. D. (1993). Emotional intelligence and the self-regulation of affect. In D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 258-277). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- SALOVEY, P., & MAYER, J. D. (1989/1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, *9*, 185-211.
- SALOVEY, P., MAYER, J., GOLDMAN, S., TURVEY, C., & PALFAI, T. (1995). Emotional attention, clarity and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-154). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- SALTZMAN, C., LUETGERT, M. J., ROTH, C. H., CREASER, J., & HOWARD, L. (1976). Formation of a therapeutic relationship: Experiences during the initial phase of psychotherapy as predictors of treatment duration and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *44*, 546-555.
- SCHUTTE, N. S., MALOUFF, J. M., HALL, L. E., HAGGERTY, D. J., COOPER, J. T., GOLDEN, C. J., & DORNHEIM, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, *25*, 167-177.
- SIFNEOS, P. E. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *22*, 255-262.
- SIFNEOS, P. E. (1975). Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *26*, 65-70.
- SIFNEOS, P. E. (1986). The Schalling-Sifneos Personality Scale-Revised. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *45*, 161-165.
- SILVER, D. (1983). Psychotherapy of the characterologically difficult patient. *Canadian Journal of Psychiatry*, *28*, 513-521.
- STONE, L., & NIELSON, K. A. (2001). Intact physiological responses to arousal with impaired emotional recognition in alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *70*, 92-102.
- SUSLOW, T., & JUNGHANN, K. (2002). Impairments of emotion situation priming in alexithymia. *Personality*

and Individual Differences, 32, 541-550.

- SWILLER, H. I. (1988). Alexithymia: Treatment utilizing combined individual and group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38, 47-61.
- TAYLOR, G. J. (1977). Alexithymia and the counter-transference. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 141-147.
- TAYLOR, G. J. (1984). Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141, 725-732.
- TAYLOR, G. J. (1987). *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*. Madison, CT: International Universities Press.
- TAYLOR, G. J. (1995). Psychoanalysis and empirical research: The example of patients who lack psychological mindedness. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 23, 263-281.
- TAYLOR, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 134-142.
- TAYLOR, G. J., BAGBY, R. M., & LUMINET, O. (2000). Assessment of alexithymia: Self-report and observer-rated measures. In R. Bar-On & J.D.A. Parker (Eds.), *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- TAYLOR, G. J., BAGBY, R. M., & PARKER, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- TAYLOR, G. J., PARKER, J. D. A., & BAGBY, R. M. (1999). Emotional intelligence and the emotional brain: Points of convergence and implications for psychoanalysis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 27, 339-354.
- TAYLOR, G. J., RYAN, D., & BAGBY, R. M. (1986). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191-199.
- TOLOR, A., & REZNIKOFF, M. (1960). A new approach to insight: A preliminary report. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 130, 286-296.
- ZEIDNER, M., ROBERTS, R. D., & MATTHEWS, G. (2002). Can emotional intelligence be schooled? A critical review. *Educational Psychologist*, 37, 215-231.
- ZLOTNICK, C., MATTIA, J. I., & ZIMMERMAN, M. (2001). The relationship between posttraumatic stress disorder, childhood trauma and alexithymia in an outpatient sample. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 177-188.
- ZONNEVILJE-BENDER, M. J. S., VAN GOOZEN, S. H. M., COHEN-KETTENIS, P. T., VAN ELBURG, A., & VAN ENGELAND, H. (2002). Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 38-42.

MASTER EN TERAPIA COGNITIVO SOCIAL
UNIVERSIDAD DE BARCELONA
16ª PROMOCIÓN 2005-2008

- El Master en **Terapia Cognitivo/Social** ofrece un ciclo completo de formación en psicoterapia desde una perspectiva cognitivo-constructivista y sistémica, orientado a desarrollar los conocimientos y las habilidades terapéuticas básicas en los ámbitos de intervención individual, grupal, familiar y de pareja.
- Recoge en sus planteamientos didácticos las directrices maestras, relativas a la formación teórica y técnica y a la práctica supervisada, indicadas por la *European Association for Psychotherapy (EAP)*, la *Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP)* y la *Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO)*, a fin de homologar los criterios formativos y acreditativos del ejercicio profesional de la psicoterapia en el ámbito de la Unión Europea. Por tales motivos, así como por su interés científico, el curso favorece el intercambio con otras universidades e instituciones nacionales y extranjeras.
- El Curso, de duración trienal, consta de un total de 600 horas lectivas, equivalentes a 60 créditos. La superación del primer año da acceso al título de Postgraduado. El programa se desarrolla durante el primer semestre de cada año de Enero a Junio y ofrece, además, la posibilidad de desarrollar la formación práctica en centros de salud mental tanto de la red pública como de la privada durante todo el año. La evaluación final se lleva a cabo a través de una memoria clínica de los casos tratados por el alumno durante el período de su formación. Consta de asignaturas básicas que se desarrollan entre semana y de seminarios monográficos de especialización que tienen lugar quincenalmente en fines de semana durante el mismo período con el siguiente:

Horario:

- Lunes y Miércoles 19-21 horas (semanal)
- Viernes 19-21 y Sábados 9.30-13.30 y 15.30-19.30 horas (quincenal)

INSCRIPCIÓN Y MATRÍCULA

Requisitos: Licenciatura en Psicología o Medicina.

Plazas: 20/30 por curso (otorgadas de acuerdo con los méritos expresados en el currículum; si es necesario se realizará una entrevista personal. Se tendrá en cuenta el orden de inscripción).

DIRECCIÓN Y SECRETARÍA DEL CURSO

Dirección del curso:

Dr. Guillem Feixas i Viaplana (U.B.)
gfeixas@ub.edu

Dr. Manuel Villegas i Besora (U.B.)
mvillegas@ub.edu

Secretaría del curso:

Información y atención de alumnos:
Laura Galimberti: lgalimberti@ub.edu

EL TRABAJO CON INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PSICOTERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA

Ana Gimeno-Bayón Cobos

Doctora en Psicología. Institut Erich Fromm

After a brief presentation of the Integrative Humanistic Psychotherapy model (developed by the author and Ramón Rosal), and after synthesizing the role and the influence of emotions in this model, this article approaches the concept of emotional intelligence. Following Salovey and Mayer's perspective, the manuscript deals with the four levels of this model of emotional intelligence, and the sub-abilities that integrate each of them. As it advances in this systematic description, it addresses some interventions used by the Integrative Humanistic Psychotherapy in order to help the patient to acquire these emotional competences.

Key words: emotional intelligence, Humanistic Psychology, psychotherapy, group therapy, integration.

PRESENTACIÓN

Como ya señalé en otro lugar (Gimeno-Bayón, 2003b), una de las peculiaridades de la Psicología Humanista, a lo largo de toda su trayectoria, ha sido el haber considerado el valor positivo de las emociones en el conjunto del comportamiento humano, entendiéndolas como un sistema de motivación y orientación. Por ello, en casi todos los modelos que se consideran integrados dentro de esta corriente, se ha configurado el proceso terapéutico de tal forma que uno de los componentes relevantes que integran la meta del mismo consiste en que el sujeto comprenda el significado del mundo emocional y aproveche positivamente la fuerza que el mismo posee.

Quiero con ello apuntar el hecho de que la casi totalidad de los contenidos que se han ido delimitando como propios de la Inteligencia Emocional han estado siempre presentes en la reflexión teórica y en el desarrollo de intervenciones en la práctica de las psicoterapias encuadradas dentro del marco humanista. Los diferentes modelos psicoterapéuticos que dentro de él han nacido, han ido abordando, en su forma peculiar, distintos aspectos de lo que englobamos bajo la etiqueta de “mundo afectivo”, aportando matices y técnicas de intervención enfocadas hacia

la meta antes señalada.

En este artículo presentaré la manera concreta en que el modelo de Psicoterapia Integradora Humanista trabaja con el mundo emocional, y con los diferentes niveles de Inteligencia Emocional.

Mas antes ofreceré una breve síntesis del modelo y del sentido en que se entenderá aquí la Inteligencia Emocional, que faciliten la comprensión del resto del artículo. Pasaré luego a describir el tratamiento de las emociones en el modelo, tras lo que me centraré en los recursos que utiliza para el desarrollo específico de los diferentes aspectos de la Inteligencia Emocional.

LA PSICOTERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA

Este modelo (Gimeno-Bayón y Rosal, 2002) fue creado por la autora, conjuntamente con Ramón Rosal, fundadores ambos del Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista, donde se ha venido aplicando desde hace más de veinte años (sea a través de terapia llevada a cabo por el equipo terapéutico del instituto o de la supervisión de otros psicoterapeutas) a unas tres mil personas.

El modelo se caracteriza por los rasgos que se describen a continuación:

1. Como marcos de referencia metateóricos destacamos que:

- Es epistemológicamente constructivista
- Concibe la realidad en forma sistémica
- Entiende al ser humano como parcialmente libre
- Concede una gran importancia al proyecto vital de la persona y a la búsqueda de sentido
- Se interesa de modo especial, al igual que los iniciadores del Movimiento de la Psicología Humanista, por los temas específicamente humanos

2. Algunas de las teorías sobre personalidad y motivaciones integradas en nuestro modelo son las siguientes:

- Admite la presencia de procesos no conscientes en el comportamiento humano
- A la hora de comprender ese comportamiento, concede –al igual que hace el psicoanálisis– una relevancia especial al tema de la motivación.
- A diferencia del psicoanálisis, acepta la variabilidad de las motivaciones.
- Acepta la distinción entre motivaciones y metamotivaciones propuesta por Maslow.
- Considera que los valores éticos constituyen un núcleo importante de la personalidad.
- Considera la unicidad de cada ser humano y el carácter original de cada individuo.

3. Algunas teorías y principios sobre la psicoterapia que asume el modelo son:

- La adopción de un modelo integrador, receptivo y dialogante con las aportaciones procedentes de otros modelos.
- Se ocupa de la globalidad de la persona y considera que hay que trabajar conjunta e integradamente los diferentes subsistemas del individuo.
- El objetivo de la terapia viene dado por la demanda del cliente.
- Integra la visión del proceso psicoterapéutico como un proceso de solución de problemas.
- Enfatiza la importancia del vínculo terapéutico, desarrollado en un marco rogeriano.
- Exige al terapeuta un papel activo.
- Es experiencial, es decir, basa prioritariamente la eficacia del cambio terapéutico en la propuesta de experiencias creativas en el aquí y ahora de la sesión terapéutica.
- Concede una importancia especial a la sabiduría subyacente a las emociones, la intuición y el comportamiento no verbal.
- Es tecnológicamente pluralista y ecléctico.
- Resalta la importancia de los acontecimientos de cambio que se dirigen a superar los bloqueos, distorsiones y dispersión del fluir vital de la persona.

4. Fases del ciclo del fluir vital

Una de las aportaciones del modelo ha consistido en la identificación de más de cien problemas en los que se concretan esos bloqueos distorsiones y dispersiones, estructurándolos didácticamente para su comprensión, en una secuencia de base gestáltica, con trece fases de la experiencia de ese fluir vital:

- fase de receptividad sensorial
- fase de filtración de sensaciones
- fase de identificación cognitiva o afectiva
- fase de identificación afectiva o cognitiva
- fase de valoración
- fase de decisión implicadora
- fase de movilización de recursos
- fase de planificación
- fase de ejecución de la acción
- fase de encuentro
- fase de consumación
- fase de relajamiento
- fase de relajación

EL CONSTRUCTO “INTELIGENCIA EMOCIONAL”

Diferentes abordajes se plantean actualmente en torno al concepto de Inteligencia Emocional, como se ha esbozado en la editorial de este número, y que se pueden resumir en dos posturas diferenciadas:

- Una concepción de la Inteligencia Emocional como rasgo de la personalidad que no es de tipo cognitivo. Es la posición representada, ante todo, por Bar-On, autor de una escala de evaluación de dicho rasgo (Bar-On, 1997).
- Un conjunto de habilidades que toda persona puede aprender y desarrollar. Es la posición representada ante todo por Salovey y Mayer (Mayer y Salovey, 1990; Salovey y Mayer, 1993, 1997) elaborada a partir del concepto de inteligencias múltiples desarrollado por Gardner (1983).

No es ahora el momento de extenderse en la explicación y discusión de estos enfoques y los diferentes matices de los mismos. Aquí me limitaré a decir que voy a utilizar el enfoque de Salovey y Mayer, por entender que resulta más operativo a la hora de poder realizar intervenciones dirigidas al cambio psicoterapéutico. Efectivamente, si la inteligencia emocional consiste no en un rasgo que posee o no el cliente, sino en una serie de habilidades que puede aprender en el marco del proceso y que el terapeuta puede enseñar o estimular, la tarea terapéutica está llena de sentido en relación con el constructo.

Estos dos autores describen dichas habilidades en forma jerarquizada en cuatro niveles, entendiendo que no se puede adquirir un nivel superior mientras no se haya integrado el nivel inferior. Y, a su vez, las habilidades del nivel superior suponen, asumen y superan las del nivel inferior. Cada uno de los niveles comprende cuatro subhabilidades. Copio a continuación esa formulación en una de sus versiones (Mayer y Salovey, 1997), que me servirá de guía para describir el tratamiento de la inteligencia emocional en Psicoterapia Integradora Humanista.

NIVEL 1. Percepción, valoración y expresión de las emociones

- a) Habilidad para identificar la emoción y sus implicaciones corporales, sentimientos y pensamientos asociados.
- b) Habilidad para identificar emociones en otros, y en manifestaciones artísticas, a través del lenguaje, sonido, apariencia y comportamiento.
- c) Habilidad para expresar emociones en forma apropiada y expresar necesidades relacionadas con estas emociones.
- d) Habilidad para discriminar entre las expresiones de sentimientos que son apropiadas e inapropiadas, sinceras y falsas.

NIVEL 2. Utilización de las emociones para facilitar el pensamiento

- a) Las emociones priorizan el pensamiento dirigiendo la atención de éste hacia la información más relevante.
- b) Las emociones son lo suficientemente vívidas y asequibles que ayudan al juicio y la memoria en relación con los sentimientos.

- c) El humor oscila entre el pesimismo y el optimismo, cambiando la perspectiva individual, estimulando a considerar múltiples puntos de vista.
- d) Los estados emocionales diferenciados estimulan un abordaje específico del problema, tal como la alegría facilita el razonamiento inductivo y la creatividad.

NIVEL 3. Comprender, analizar y utilizar el conocimiento emocional

- a) Habilidad para etiquetar emociones y reconocer las relaciones entre las palabras y esas mismas emociones, como la relación entre cariño y cariñoso.
- b) Habilidad para interpretar el significado de las emociones de los demás, como cuando la tristeza frecuentemente acompaña a una pérdida.
- c) Habilidad para comprender sentimientos complejos: amor y odio a la vez, o mezclas como el temor reverencial a modo de combinación de miedo y sorpresa.
- d) Habilidad para reconocer las transiciones probables entre emociones, como la transición desde el enfado a la satisfacción, o desde el enfado a la vergüenza.

NIVEL 4. Regular las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual

- a) Habilidad para estar abierto a los sentimientos, tanto a los agradables como a los desagradables.
- b) Habilidad para regular inteligentemente una emoción, abordarla o despegarse de ella, dependiendo de si se la juzga útil o irrelevante.
- c) Habilidad para regular en forma inteligente las emociones en relación con uno mismo y con los otros, como reconociendo cuan libres, típicas, influyentes o razonables son.
- d) Habilidad para gestionar las propias emociones en uno mismo y en los otros, a través de la moderación de las emociones negativas y subrayando las placenteras, sin reprimir ni exagerar la información que conllevan.

Ahora bien: el hecho de optar por utilizar el constructo de Inteligencia Emocional como una suma jerarquizada de habilidades, no nos impide observar que el manejo habilidoso de las mismas constituye un rasgo de la personalidad madura. O, dicho de otra forma: podemos observar, en los trastornos de personalidad, la dificultad para el manejo de algunas de las habilidades descritas, pues algunos de los rasgos que las caracterizan consisten precisamente en algunas de esas limitacio-

nes. Por ejemplo, podríamos hablar de que:

- En el nivel 1, la habilidad a) será escasa en trastornos obsesivos, esquizoides y antisociales
- La habilidad b) también será difícil para el trastorno narcisista y antisocial
- La habilidad c) lo será para trastorno histriónico y obsesivo-compulsivo
- La habilidad d), en cambio, presentará dificultad para el trastorno dependiente y el pasivo-agresivo
- Todas ellas le serán muy inasequibles al trastorno paranoide
- En el nivel 2, la habilidad a) presenta complicaciones en los trastornos histriónico y por ansiedad
- La habilidad b) los presenta también en el trastorno histriónico y borderline
- La habilidad c) resulta difícil en el trastorno narcisista y obsesivo
- La habilidad d) es difícil para todos los trastornos

EL TRATAMIENTO DE LAS EMOCIONES EN LA PSICOTERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA

En el centro del modelo

En Psicoterapia Integradora Humanista la relevancia del mundo emocional es tan nuclear que se puede decir con bastante justicia que suele ser el foco de intervención terapéutica más recurrente. Ello es así por dos razones básicas:

La primera es porque consideramos que el subsistema afectivo es una especie de punto de encuentro en el que confluyen aspectos relacionados con diferentes subsistemas de los que conforman el psiquismo humano. Y conforme a nuestra manera de concebir al individuo en forma de subsistemas abiertos, que interaccionan entre sí, entendemos que si introducimos un cambio terapéutico en uno de ellos, ese cambio repercutirá en la reorganización de todos los demás. Mas si alguno de esos subsistemas se muestra especialmente permeable e integrador de elementos procedentes de otros sistemas, ése es el emocional. Aparte de la relevancia de la emoción en el conjunto del mundo afectivo en el que se inserta y en el que actúa -más allá de los sentimientos y estados de ánimo más o menos estables- a modo de termómetro del presente, en ella podemos distinguir con claridad cómo se unifican en un todo coherente:

a) aspectos corporales (las reacciones fisiológicas que conlleva la emoción y que preparan al cuerpo a la ejecución de una acción concreta, a la vez que sirven de señal inmediata y evidente de la evaluación afectiva que comportan);

b) aspectos cognitivos (puesto que, independientemente del papel del pensamiento como estímulo emocional que tanto señalan los cognitivos, la propia evaluación emocional, a su vez, genera determinados pensamientos y creencias);

c) aspectos motivacionales (puesto que la emoción permite la generación del movimiento, la acción necesaria para alcanzar una meta determinada);

d) aspectos valorativos (por cuanto la emoción se da en torno a lo que consideramos valioso, lo que nos importa);

e) aspectos motrices/orécnicos (puesto que, por lo que acabamos de decir, la emoción necesita completar su aparición con un movimiento orientado hacia la meta que la emoción propone).

Muy claramente expresan Greenberg, Rice y Elliot (1993/1996) este carácter sintético de lo emocional:

Defendemos que las emociones son esenciales a la hora de aprehender la totalidad del funcionamiento humano, ya que son reacciones complejas, integradoras, con base organísmica, a nuestras percepciones de nosotros mismos y del mundo. Integran lo social y lo biológico, así como lo cognitivo, lo motivacional y lo fisiológico en una sola respuesta compleja que sintetiza varios niveles de procesamiento. Los esquemas emocionales son, por tanto, estructuras complejas de sintetización que integran cognición (en forma de valoración, expectativas, creencias) y la motivación (en forma de necesidades, preocupaciones, intenciones y objetivos) con el afecto (en forma de activación fisiológica y sensaciones sensoriales y corporales) y la acción (en forma de respuestas motrices expresivas y tendencias a la acción). Todas ellas juntas forman complejos modelos internos de la experiencia del sí mismo en el mundo (Greenberg, Rice y Elliot, 1993/1996, p. 23).

La segunda razón para poner la emoción bajo nuestro foco de atención es porque dentro del mundo afectivo las emociones ocupan un lugar preeminente desde el punto de vista de la sesión terapéutica. Aunque no necesariamente son lo más relevante desde el punto de vista del significado global, como muy bien señala Gendlin (1987), sí son los elementos más asequibles –por la obviedad de sus implicaciones corporales– a la conciencia del cliente en el “aquí y ahora” de la sesión, a partir de los cuales se le puede ir estirando hacia la toma de conciencia del resto de su mundo interno. Y a la vez, y dado que las emociones, en sí mismas consideradas, comportan (como su propia etimología indica) una invitación al movimiento, al cambio, difícilmente podemos encontrar un lugar mejor desde el cual facilitar el cambio terapéutico. En este sentido, concordamos con el enfoque de Greenberg (Greenberg y Safran, 1987; Greenberg, Rice y Elliot, 1993/1996) al sostener que una terapia que no se centre en la emoción, difícilmente producirá cambios.

Partimos en nuestro modelo de una valoración positiva del mundo emocional, de la orientación teleológica inmediata que facilita la emoción, y desde ahí, énfasis en la bondad básica de la emoción. Con ello no estamos diciendo que toda emoción sea fiable e indiscutible y deba ser venerada, ni mucho menos. Pero incluso en aquellos casos en que la emoción es disfuncional (como por ejemplo, en las llamadas “emociones parásitas” del Análisis Transaccional), su presencia nos sirve

para alertar de la latencia de un problema sin resolver que necesita ser tenido en cuenta en el espacio terapéutico, si no queremos que deambule de cuando en cuando, como una especie de fantasma o ectoplasma por la sala de terapia, interfiriendo la labor terapéutica.

Por otra parte, consideramos el valor positivo de la emoción en la construcción tanto de ese mundo interno del individuo como en la construcción de la comunidad humana. En este sentido, desconfiamos de la represión emocional como camino de socialización. Precisamente la represión y frialdad emocional es el rasgo que más claramente identifica al psicópata. Frialdad que ha acarreado más destrucción calculada en guerras o matanzas consideradas como una buena inversión que las muertes fruto de la expresión descontrolada de las emociones. Ello sin descuidar la necesidad de ofrecer en el marco terapéutico oportunidades de aprender la expresión socializada de las mismas, y la responsabilización por las propias respuestas en reacción a los estímulos emocionales.

La emoción en la sesión terapéutica

Uno de los rasgos de nuestro trabajo con la emoción en la sesión terapéutica es el de que nos sentimos distantes de las propuestas de expresión emocional que rehuyen la expresión socializada, y en las que se priva al sujeto de la terapia de las oportunidades que ofrece el contexto para una interacción en que se pueda dar y recibir en forma creativa, cuidadosa y matizada. La emoción no es algo que inocentemente “nos ocurre” (aunque el sujeto lo experimente como algo sobrevenido, sin más) sin intervención ni responsabilidad alguna por nuestra parte, sino que se inserta en todo un universo personal en el que, como la punta de un iceberg, asoma su llamativa nariz que nos avisa de todo un mundo sumergido bajo la misma: nuestro más íntimo mundo personal. Es cierto que la observación de las emociones que compartimos con los animales (unas pocas muy básicas, primarias e indispensables, y a la vez menos significativas de la peculiaridad individual que las otras emociones) nos puede ayudar a comprenderlas. Pero, aprovechando que tenemos sobre ellos la ventaja de una gama de respuestas sanas muy superior y una capacidad de pensar que no se limita al presente y –por lo tanto– distinguir lo que es egosintónico a corto plazo, pero egodistónico a medio o largo plazo (por ejemplo, la huida ante cualquier peligro, el consumo de drogas, o la descarga agresiva de la rabia), podemos modular nuestra gestión emocional dentro de un abanico rico, variado y específico para la armonización del mundo interno y externo. Podemos incrementar la información que la emoción nos ofrece con la que nos aportan los otros subsistemas convergentes en la experiencia emocional, convergencia que en ocasiones nos llevará a vivir, no ya la complejidad interna del acto, sino la contradicción interna que puede haber entre el pensamiento o los valores conscientes y la emoción, por ejemplo. No queremos olvidar, en nuestro trabajo terapéutico que, independientemente de las respuestas fisiológicas automatizadas en un cuerpo

sano frente a determinados estímulos externos –donde la responsabilidad es más reducida– nosotros elegimos qué hacer con la respuesta. E incluso que esa automatización de la respuesta interna podemos variarla, como bien saben los que trabajan con métodos de modificación del comportamiento. Nos resulta más respetuoso y enriquecedor para el cliente el ofrecerle la posibilidad de que elija en qué forma desea salir hacia el mundo, a raíz de una experiencia emocional, que limitar sus posibilidades a la descarga primaria de la emoción que es tan sólo una de las posibles salidas y no siempre la mejor, especialmente cuando emoción y sentimiento no son concordantes.

Ello no quita para que en determinados momentos –cuando la persona se encuentra en un grado de agitación importante con una carga de rabia que no puede detener, o cuando se trata de romper una coraza muscular– el terapeuta pueda alentar al cliente a golpear un cojín, o gritar desaforadamente. Mas importa que el sujeto pueda distinguir en qué momentos esos comportamientos son posibilidades inofensivas y muy válidas a realizar en un entorno específico y cuándo son salidas que pueden ser destructivas y carentes de madurez psicológica.

Otro de los rasgos que caracterizan nuestro modelo es el de ocuparse tanto de las emociones más básicas y universales como de las emociones más complejas. Precisamente el hecho de estar encuadrados dentro del movimiento de la Psicología Humanista significa, entre otras cosas, que valoramos aspectos muy específicamente humanos, que nos distancian de otras especies animales y a los que acompañan emociones mucho más sofisticadas que las cuatro, cinco o seis emociones básicas que compartimos con nuestros primos, los ratones y los simios. Tal como se describía a sí mismo ese movimiento, la Psicología Humanista

Insiste en las experiencias que favorecen: la autorrealización, espontaneidad, capacidad de dar y recibir amor, creatividad, valoración, responsabilidad individual, autenticidad, trascendencia (European Association for Humanistic Psychology, 1980).

Nosotros partimos de una concepción variable de las motivaciones (Allport, 1963/1975), es decir: que a lo largo de la vida la persona va experimentando atracción por valores y metas nuevos, que el niño no conoce, y que no son meras adaptaciones de las motivaciones infantiles, sino genuinamente distintas. Desde la perspectiva que ahora contemplamos, ello significa que también las emociones del adulto serán más amplias, matizadas y complejas que las de la etapa infantil, y la madurez emocional hacia la que nos toca conducir el proceso terapéutico implica el reconocimiento y asunción de este otro tipo de emociones.

Otra de las características de nuestro modelo consiste en la valoración de las emociones del terapeuta en la sesión de terapia no sólo como un elemento negativo a vigilar por los posibles elementos contratransferenciales que comporte, sino también como algo valioso para establecer y mantener la relación terapéutica, comprender al cliente y orientar el diagnóstico, como hace Hoyt (1989) en relación

con los trastornos de personalidad, o como señala Lammers (1995), en relación con las reacciones kinestésicas automáticas del terapeuta.

Algunos problemas del mundo emocional

Más allá de estos trazos generales del modelo a la hora de entender la emoción, y concretando ahora algunos de los puntos en que el mismo focaliza su atención, diremos que, dentro de las fases del ciclo de la experiencia antes señaladas, la denominada “fase de identificación afectiva” congrega toda una serie de posibles problemas que conducen a un bloqueo, una dispersión o una distorsión del proceso (Gimeno-Bayón y Rosal, 2002). Entre ellos enumeraremos los siguientes:

a) El bloqueo del proceso por la eliminación automática y sistemática de las emociones o –como se dice en Análisis Transaccional– la existencia de “emociones prohibidas”, o la prohibición de alguna de ellas, bien en cuanto a la conciencia de la misma, bien en cuanto a su expresión y actuación.

b) La dispersión del proceso ante un conflicto entre diferentes emociones, a veces contrapuestas, y que suscitan movimientos internos contradictorios o una sensación de ambivalencia que impiden a la persona realizar un movimiento unificado y coherente, sumiéndola en la agitación o la ambivalencia.

c) La distorsión del proceso por:

- el desplazamiento de la emoción hacia otros subsistemas, como pueden ser el de agitarse física o mentalmente, o bien somatizar, como alternativa a la experiencia emocional.
- La falsa identificación afectiva de la realidad, por proyección en el presente de una situación del pasado, normalmente una situación emocionalmente inacabada, que retrotrae hacia la vivencia emocional de entonces y que tan enfatizada ha sido por el psicoanálisis).
- El descontrol emocional. Es éste un problema que parece ir en aumento, y del que quizás tengamos que pedirnos algunas responsabilidades sociales, pues si hace unas décadas había unas fuertes invitaciones culturales a la represión emocional, ahora éstas invitaciones parecen haberse inclinado hacia la ausencia de control.
- El aprendizaje distorsionado de la vivencia emocional. Este problema suele estar debajo de cada uno de esos problemas, pero también puede contemplarse desde su entidad propia, que puede llevar, por ejemplo, al fomento de un determinado tipo de experiencia emocional (las llamadas “emociones parásitas”) como sustitución de una emoción subyacente que resulta demasiado amenazante en la cultura del núcleo familiar del niño que lo aprende. Así, en el caso antes citado, no ha sido nada extraño encontrarnos, hace años, con bastantes mujeres que sustituían la rabia por el miedo, y hombres que sustituían el miedo por la rabia, privándose así de los recursos evaluativos y orientadores que

cada una de esas emociones precisa (cosa que no equivale a “dejarse llevar” por esas emociones).

Como se vio en el punto 4 de la exposición de la síntesis del modelo, las fases de identificación cognitiva y emotiva aparecen intercambiables en cuanto al orden. Las discusiones mantenidas en torno a la prioridad temporal del pensamiento o la emoción nos resultan difíciles de resolver adoptando una pauta general. La experiencia nos ofrece habitualmente el resultado conjunto de ambas identificaciones intrínsecamente unido, y sólo a nivel didáctico podemos (y acaso también debemos) separar ambas categorías. Por otra parte, es probable que en la realidad unas veces sea lo primero la identificación emocional (y probablemente así ocurre en las primeras etapas de la vida con mayor frecuencia), seleccionando el segmento de realidad sobre el que debe actuar la cognición, y otras son los contenidos cognitivos los que suministran una determinada reacción emocional, al estilo como describen los cognitivos o la Psicología de los Constructos Personales de Kelly, cuando entiende las emociones como “conciencia de las transiciones del sistema de constructos”, concibiendo la tristeza, por ejemplo, como “conciencia de la invalidación de las implicaciones de una porción de la estructura nuclear”, o la vergüenza como “conciencia del desplazamiento del *self* respecto a la construcción de otra persona del propio rol” (McCoy, 1977)

Los matices de la intervención

El marco del tratamiento de cualesquiera problemas dentro del modelo da una importancia absolutamente fundamental a la relación terapéutica y a la adopción de las actitudes rogerianas (teniendo muy en cuenta también aportaciones postrogerianas como la de Egan, 1976), y por lo tanto a la acogida empática de cualesquiera emociones que aporte el cliente, no tanto como una bendición de la funcionalidad de las mismas, sino como símbolo de la acogida incondicional de aquél y de su experiencia subjetiva.

Dentro del modelo, el terapeuta cuenta con un marco teórico para distinguir la adecuación o no de las emociones a la realidad del momento y del contexto, que diferencia entre:

- a) emociones coherentes, adecuadas en calidad e intensidad con la situación –funcionales, en tanto que llamada de atención sobre algún aspecto de la realidad actual que merece ser tenido en cuenta por su relevancia– y utilización positiva de las mismas para el logro de unos objetivos al servicio del proyecto global de la persona. Como ya dijimos antes, no nos estamos refiriendo solamente a las más básicas, sino que se da cabida también a emociones tales como la admiración, la vergüenza, la compasión, o las que Lersch (1966/1971) denomina alegría creadora, sentimiento estético o sentimiento religioso, puesto que también ellas son funcionales, por cuanto presionan interiormente hacia un determinado tipo de

movimiento coherente con las metas que son importantes para el sujeto en un momento dado.

- b) emociones incoherentes, inadecuadas a la situación, que obstaculizan el contacto con el presente y retrotraen el momento a un pasado que interfiere con las necesidades genuinas del “aquí y ahora” o proyectan en forma poco funcional un futuro con una consecuencias perturbadoras para el proceso (más que hacerlo para ayudar a la consecución de metas), o proponen calidades afectivas y movimientos inconsecuentes o mal orientados en calidad o intensidad hacia esa consecución
- c) ausencia de emociones que deberían estar presentes, si la persona funciona en forma sana, para poder realizar todas esas tareas que la emoción comporta, y cuya ausencia puede en algunos casos llegar a suponer un serio peligro para la vida física, psíquica o social de la persona.
- d) lo que son los condicionamientos de la respuesta emocional psicofisiológica automática frente a un determinado estímulo externo, lo que son actividades internas o actividades físicas destinadas a provocar determinadas emociones o a la exageración, cronificación o disminución de estímulo, y lo que son actuaciones de respuesta frente a la emoción, destacando el margen de libertad (diferente, según los casos) para el manejo de todo ello, de modo que la persona se convierta no en un sujeto pasivo de sus emociones, sino en un agente activo en relación con las mismas.
- e) sentimientos, y estados de ánimo permanentes o casi permanentes y emociones, marcando precisamente la diferente función de unos y otras y la posibilidad de convivir contradicciones entre la vivencia emocional momentánea y el sentimiento o estado permanente, y el diferente manejo de aquella y éstos en base al distinto poder que el sujeto tiene frente a los diferentes aspectos de su mundo afectivo.

También cuenta el terapeuta con un marco de intervención que diferencia el tratamiento a dar a las emociones presentes en la sesión, según que se trate de:

- a) emociones que han iniciado un movimiento corporal de tal envergadura que necesita de algún tipo de descarga corporal realizada en forma simbólica e inofensiva (llorar, gritar, etc.) para evitar que la transformación de la tensión acumulada se convierta en somatización o en lo que en las terapias psicocorporales reichianas o postreichianas se denomina “coraza muscular”.
- b) aquellas que todavía no han llegado a ese grado de sobrecarga corporal y que pueden ser objeto: bien de un trabajo que les lleve a continuar el proceso y terminarlo en forma expresiva y acaso catártica, bien recurriendo a diluir aquella sobrecarga energética, utilizando unas intervenciones más suaves y con más elementos cognitivos, acompañando el proceso hacia una fluidez desde un comportamiento más modulado.

- c) comportamientos que se muestran a través de la agitación verbal (verborrea) o corporal (agitación) o por la polaridad contraria (mutismo o inexpresividad extrema) que indican la presencia de emociones que no están apareciendo directamente, sino a través de estas defensas que diluyen el contacto del sujeto con su mundo emocional.
- d) emociones manifestadas que son la sustitución –adquirida por aprendizaje– de otras que están bajo las que se expresan. Se entiende (English, 1971, 1972; Ernst, 1973; Zalcman, 1993) que las primeras constituyen el disfraz permitido en la cultura familiar para aquellas emociones que estaba “prohibido” (por supuesto, en forma implícita) expresar, por resultar su manifestación amenazadora para el mundo interno de las figuras parentales.
- e) los diferentes niveles de conciencia emocional del cliente, para la oferta de una propuesta terapéutica acorde con el nivel asequible. Como señalan Lane y Schwartz (1993), se pueden distinguir –en concordancia con las etapas de desarrollo de Piaget– cinco niveles de conciencia emocional en el protagonista de la terapia (sensorimotor reflejo, sensorimotor enactivo, pre-operacional, concreto y formal) y señalan, a la hora de aplicar un tratamiento, tres principios a tener en cuenta:
 - Dirigirse al nivel en que el paciente funciona habitualmente. Si se hace en un nivel superior puede resultar una intervención fuera de tono o romper la alianza terapéutica. Si se sitúan por debajo pueden ser aburridas o equivocadas.
 - La intervención debería proceder de abajo arriba, ya que la experiencia emocional incorpora los niveles inferiores
 - Pueden añadirse modalidades adicionales orientadas a niveles superiores cuando las orientadas a niveles inferiores no se adaptan plenamente a resolver el problema, o el problema clínico es especialmente urgente o grave.

Aceptando plenamente este enfoque, tan sólo añadido que la meta de nuestro modelo es llevar a la persona hacia los niveles más altos de crecimiento que desee aceptar, más allá de la superación del problema patológico que aporta en la demanda inicial, ya que en la Psicología Humanista la línea entre psicoterapia y crecimiento personal no está definida. Por ello también, e independientemente de la presentación o no de psicopatologías, el trabajo con inteligencia emocional entra dentro de su campo con toda naturalidad.

Por último, diré que el terapeuta también cuenta con un determinado estilo en el manejo de la sesión terapéutica concreta en el que se dan:

- la utilización de sus propias emociones como pautas orientativas que suministran pistas de lo que está ocurriendo en la sesión
- el empleo de diferentes canales y metodologías (corporales, imaginarias, pictóricas, dramáticas, etc.) destinados a facilitar

la viveza emocional y la evitación de racionalizaciones.

- la atención a la aportación de herramientas para la expresión socialmente adecuada de la emoción genuina y para la autorregulación emocional, es decir: la búsqueda de un equilibrio entre el derecho y la necesidad de una persona a manifestar sus contenidos emocionales y el derecho del grupo en que dicha persona se encuentra a que semejante expresión se realice en forma no destructiva. En este sentido la intervención se orienta a ampliar y fortalecer el marco de libertad del individuo en relación con su mundo afectivo y emocional, ayudándolo a situar su comportamiento en un contexto determinado, animándolo a integrar la sinceridad emocional con el respeto y el cuidado de los vínculos.

EL TRABAJO CON LAS HABILIDADES DE INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PSICOTERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA

Si realizamos ahora un recorrido por los diferentes niveles de Inteligencia Emocional descritos por Mayer y Salovey, y su abordaje en el modelo de Psicoterapia Integradora Humanista, podremos observar los diferentes recursos que para cada uno de ellos se utilizan. Teniendo en cuenta que el modelo pone el énfasis en la creatividad de cliente y terapeuta para lograr un encuentro único, que ayude al cambio intra-sesión, aquí sólo podemos hacer mención de los procedimientos más habituales en relación con lo que en ése momento, y a la vista de la “señal del cliente” (Greenberg 1990, 1992) se utiliza habitualmente como propuesta del terapeuta en la sesión de terapia para provocar el cambio terapéutico.

Realizaremos, pues, el recorrido sucesivo, nivel por nivel, y dentro de cada uno de ellos nos ocuparemos de las diferentes subhabilidades que lo integran.

NIVEL 1. Percepción, valoración y expresión de las emociones.

- a) En relación con la subhabilidad más básica de este nivel, (“habilidad para identificar la emoción y sus implicaciones corporales, sentimientos y pensamientos asociados”) se suele utilizar un abordaje a partir de la dimensión corporal, para integrarla después con la dimensión cognitiva, mientras en algunos otros casos se realiza el proceso a la inversa. Este trabajo se realiza mediante:

- Ejercicios a partir de la observación de la propia sintomatología corporal en la que el movimiento emocional se manifiesta. Entre ellos, destacamos la utilización de la exageración del gesto y del movimiento, propuesta por Levitsky y Perls (1970/1973). Esta intervención basa su eficacia en que, más allá de la conciencia que el sujeto pueda tener acerca de la emoción que está experimentando,

Además de la función perceptiva y orientadora, dirigida hacia dentro, el cuerpo tiene una función activa, ejecutora, dirigida hacia el

ambiente, mediante la realización de los movimientos precisos que le van a permitir contactar con aquello que necesita para completar el proceso iniciado con la sensación. Pero antes de ello, ha puesto en marcha sus posibilidades expresivas: ya antes de contactar, el cuerpo ha realizado una serie de movimientos indicativos de su intencionalidad, que son una reacción a las sensaciones internas y que tienen como función intensificar el nivel de energía para lograr una acción eficaz. A veces la persona puede quedarse parada en la fase de sensación, sin poder ejecutar acción alguna porque le falta el paso intermedio: la conciencia clara, el “darse cuenta”, la aparición de una figura que manifieste qué está necesitando del ambiente. Para este momento, la exageración de los pequeños movimientos corporales involuntarios es otro de los juegos que permite hacer evidente lo implícito (Ibidem, pp. 150s.). El movimiento está apuntando en una dirección, pero su falta de determinación no permite barruntar dónde está la diana. El terapeuta puede entonces pedir al cliente que exagere y repita el gesto, apoyándose también en una profundización en la respiración, permitiéndole que se manifieste en toda su amplitud y dejando que aparezca el significado oculto.

La confrontación de la incoherencia del lenguaje verbal con el lenguaje no-verbal forma parte del aprovechamiento de la función expresiva del cuerpo para aumentar la conciencia del sujeto respecto a sus divisiones internas. Puede, por ejemplo, empezar confrontándose esta discrepancia y continuar descubriendo la falta de entrega total en la comunicación, o la existencia de una escisión interna que puede ser objeto de un diálogo gestáltico (Gimeno-Bayón, 2004, p. 171).

- En personas que tienen mucha dificultad para acercarse a su dimensión emocional a partir de la dimensión corporal, por estar muy disociadas de ésta (en general sujetos con trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo o esquizoide), utilizamos como medio de acercamiento un planteamiento más cognitivo, como puede ser la autoobservación a partir de un esquema (Gimeno-Bayón, 1996), previamente entregado y comentado con el terapeuta, en que se explica la función adaptativa de cada una de las emociones básicas, el estímulo específico correspondiente a cada una de ellas, el valor positivo de las mismas y las variantes de sus respuestas sanas y socialmente adaptadas. El comentario de este esquema sirve para tranquilizar al sujeto y alertarle de la carencia que significa la no percepción de las emociones. A continuación se le suele proponer la autoobservación cotidiana de su respuesta corporal, tras la exposición a los estímulos correspondientes, cosa que suele llevar a la sensibilización respecto al propio cuerpo y a compren-

- der el sentido de los síntomas emocionales que el mismo manifiesta.
- b) Para el desarrollo de la “habilidad para identificar emociones en otros, y en manifestaciones artísticas, a través del lenguaje, sonido, apariencia y comportamiento” existen muchos trabajos procedentes de técnicas de grupos de sensibilización o de la Psicoterapia de la Gestalt. Los trabajos se centran más en lo no verbal, por ser éste el canal más apto para la expresión emocional, y lo paralingüístico.

Muy frecuentemente se utilizan trabajos grupales, cuando ello es posible. En estos trabajos grupales se realizan tareas que implican la interacción no verbal de atención y desarrollo de la identificación de emociones ajenas, de las que ponemos ahora algunos ejemplos muy sencillos:

- por parejas, ponerse cada miembro en extremos opuestos de la sala, e irse acercando al otro atendiendo a la distancia que marca el compañero con el comportamiento no verbal, y que puede empezar con señales toscas para irse refinando y matizando y adquirir así percepción de la invitación a una proxemia concreta
- elegir una pareja entre los participantes, en forma no verbal, atendiendo a las señales de invitación o rechazo del otro
- mirar la expresión del otro y, mientras éste permanece en silencio, manifestar el tono emocional que en ese momento se supone que está viviendo, pudiendo luego el otro aclarar hasta qué punto ha captado su estado de ánimo

Otras propuestas pueden ser más complejas, como por ejemplo:

- el “juego de la camiseta”, elaborado por la autora en base al concepto de “camiseta”, o lema vital que se evidencia en el porte de la persona (Berne, 1973/1974). En él se parte del hecho de que la persona, con su comportamiento no verbal habitual, envía un mensaje general hacia los otros, como si llevara una consigna pintada en su camiseta (y que puede ser distinta en la parte de delante de la que ostenta en la parte de detrás). Aquí se le pide a cada miembro del grupo que se pasee ante el resto, con su porte habitual, y luego se le pide que se retire a un lugar aislado. Mientras, el grupo delibera sobre la impresión que reciben de este comportamiento no verbal habitual, y deciden por consenso la consigna que les parece recibir de ese participante en base a su lenguaje no verbal. A continuación dibujan la “camiseta” que perciben y piden al compañero que se acerque para enseñarle lo que leen de su postura.

Algunos ejemplos en que lo no verbal se mezcla con lo paralingüístico son los ejercicios de Stevens (1971/1978):

- “escucharse la voz” en el que por parejas se escuchan mutuamente durante unos minutos, retirando la atención del contenido verbal y dedicándola al tono, volumen, velocidad, ritmo y entonación, creando

una metáfora musical del habla del compañero y contrastando con él el tono emocional que identifican como subyacente a esos elementos.

- “pase una máscara” en el que todos los participantes elaboran una máscara exagerando alguna de sus expresiones habituales, y le añaden un ruido coherente, interaccionando con los otros sin palabras y elaborando posteriormente los contenidos –básicamente emocionales, puesto que la comunicación se reduce a expresión facial y sonidos– que parece comunidad cada uno de ellos.
- c) La tercera subhabilidad, o “habilidad para expresar emociones en forma apropiada y expresar necesidades relacionadas con estas emociones” no es frecuente que la posean la mayoría de personas, o que la posean en relación con toda la gama emocional. Según la cultura familiar en que han sido educadas, podrán dar una salida apropiada desde el punto de vista social a alguna de las emociones. Pero lo más corriente es encontrar que, al menos en relación con alguna de ellas, no tengan más opción en su haber psicológico que la de reprimir la conciencia de la emoción, reprimir la expresión de la misma o expresarla en forma incontrolada. En especial en relación con la rabia parece que nuestra cultura no ofrece soluciones excesivamente satisfactorias. Para ayudar a solventar este problema, hace tiempo (Gimeno, 1985) diseñé un ejercicio al que denominé “esculpiendo mis emociones”, que subsume las habilidades a) y b) ya mencionadas. Se trata de un ejercicio grupal en el que se utiliza la fantasía guiada y la expresión corporal. Se trabaja con cada una de ellas por separado, haciendo el siguiente recorrido:

En primer lugar -en posición de tumbados y tras una breve relajación- se evoca una situación de los últimos tiempos en la que haya estado presente uno de los estímulos incitadores de cada una de las emociones básicas que trabajamos (peligro para el miedo, daño para la rabia, pérdida para la tristeza y satisfacción para la alegría). Pedimos a la persona que visualice, como si se tratara de una película en la que el sujeto puede observarse a sí mismo y a los otros, el conjunto de la situación desde un momento antes en que apareciera ese estímulo. Luego deja que “la película” se desarrolle observando la aparición del estímulo, la reacción exteriormente observable ante el mismo, y la reacción de los demás frente a su reacción.

Después le pedimos que reproduzca en fantasía el proceso, pero ahora introduciéndose –imaginariamente– en su propia piel de aquél momento, y observando qué le ocurre a su cuerpo en esa situación: que partes se tensan, encogen, vacían, endurecen, etc. y qué clase de postura física y expresión facial habría adoptado si se hubiera permitido mostrar exteriormente su reacción interna. Una vez que la ha identificado, le pedimos que –con los ojos cerrados o casi cerrados– la represente con su propio cuerpo,

exagerándola si hace falta para notar bien sus sensaciones, convirtiéndose en una especie de escultura representativa de la emoción concreta. Ahí se le formulan las cinco preguntas que Perls hacía a sus clientes con frecuencia: ¿qué estás haciendo? ¿qué estás sintiendo? ¿qué desearías que ocurriera? ¿qué supones que ocurrirá? ¿qué estás evitando?.

Tras unos momentos de reflexión se les pide que, sin variar –en lo posible– su postura observen las otras “esculturas” del grupo, tomando nota de las que les atraen, por parecerles coherentes con el estímulo propuesto, y las que les sorprenden o provocan rechazo. A continuación se les pide que exploren esas dos polaridades adoptando la postura de la que les resulta más atractiva y la que más les repele, haciéndose nuevamente, en cada una de ellas, las cinco preguntas anteriores, imaginando cómo es la experiencia de vivir esa situación desde cada una de ellas, y las ventajas e inconvenientes que aporta.

Se les sugiere que, tras lo experimentado, den forma a una “escultura” que les convenza plenamente como adecuada internamente a la situación, que puede ser la inicial propia, alguna de las de los otros, o una mezcla de ambas. La inmensa mayoría de veces hemos podido experimentar que los participantes cambian su propia escultura o le introducen importantes matices. Una vez que la han encontrado, se les sugiere que busquen un sonido, o una o dos palabras, coherente con la escultura e interaccionen con los otros, dándose cuenta del tipo de relación que crean a partir de esa expresión.

Finalmente se les sugiere que busquen modos de interaccionar, sin palabras, y sólo con ruidos, cambiando la posición como deseen, de forma que obtengan de los otros lo que necesitan para la necesidad que en ese momento están viviendo.

El ejercicio termina con la elaboración verbal y retroalimentación por parte de todo el grupo.

Normalmente el ejercicio supone, en términos de esta tercera habilidad, un enriquecimiento de opciones apropiadas a la hora de expresar las necesidades a que responde cada emoción, al contrastar con los demás las reacciones que las distintas actuaciones suscitan, y al comprobar la amplia gama posible.

- d) Para fomentar la cuarta habilidad de este primer nivel o “habilidad para discriminar entre las expresiones de sentimientos que son apropiadas e inapropiadas, sinceras y falsas”, ejemplificaremos dos de los de instrumentos que se utilizan con frecuencia:

- Uno de ellos es de tipo cognitivo, y consiste en el conocimiento de la teoría de las “emociones parásitas” (también llamadas “emociones falsas”, “rebusques”, “*rackets*”) elaborada en el seno del modelo del

Análisis Transaccional (English, 1971, 1972, 1976; Ernst, 1973; Zalcman, 1993) entendiendo por tales la emoción o sentimiento, actividad mental o física (incluyendo las somatizaciones) que se superpone repetitivamente a una emoción genuina -que, por lo general, tenía prohibida su expresión en la infancia del sujeto- y que se exhibe con fines manipulativos inconscientes.

No es el momento aquí de extendernos, pero sí subrayar que el modelo berniano ha elaborado excelentes aportaciones en este terreno y que la información al sujeto de su proceso interno en relación con esta habilidad facilita en gran manera la discriminación en sí mismo y en los demás de lo que son comportamientos sinceros y comportamientos destinados al chantaje emocional.

- El otro es de tipo dramático. Con el fin de que la persona pueda distinguir qué expresiones suyas son apropiadas e inapropiadas, se utiliza la dramatización en diferente medida, según la sesión transcurre en un marco terapéutico individual o grupal.

En un marco terapéutico individual se insta a la persona a lo que se denomina habitualmente “diálogo gestáltico”. En él se coloca imaginariamente al interlocutor al que va dirigida la expresión emocional o que está presente durante la misma, y el sujeto va jugando con las diferentes opciones expresivas, juzgando, desde el interior imaginado del otro, su adecuación o no a la situación. En algunos casos en que la persona tiene claras dificultades para empatizar y desarrollar el papel del otro, es el propio terapeuta el que asume ese rol.

En un marco grupal, uno de los recursos empleados es utilizar a los demás componentes del grupo para que hagan sucesiva y alternadamente el papel del interlocutor, y el del protagonista, para que pueda ver desde fuera todo un abanico de opciones y reacciones en base a la apropiación o no de la expresión emocional.

- No queremos tampoco omitir, por la relevancia que tiene en la práctica terapéutica, la concepción de las somatizaciones como encapsulamientos físicos de emociones reprimidas. En este sentido, los trabajos corporales, bien en la línea de la Bioenergética, o de la Biosíntesis, tienen cabida con el fin de dejar que aparezca la emoción corporalmente reprimida. Igualmente el trabajo gestáltico denominado “diálogo con el síntoma” (Levitsky y Perls, 1970/1973) dramatizado también en forma de conversación del sujeto con el síntoma corporal concreto en que la somatización consiste, permite que aflore a la conciencia la emoción escondida en un dolor de cabeza, en un ardor de estómago, en una tensión cronificada o en cualesquiera otros procesos corporales que son de origen psicossomático.

NIVEL 2. Utilización de las emociones para facilitar el pensamiento.

- a) La primera de las subhabilidades propias de este segundo nivel, consiste en experimentar las emociones como instrumentos de jerarquización en la percepción de la realidad, de tal modo que “las emociones priorizan el pensamiento dirigiendo la atención de éste hacia la información más relevante”.

Podemos decir que, en tanto en cuanto el modelo concede una relevancia fundamental al estado emocional del sujeto, esta habilidad se va desarrollando a lo largo de todo el proceso terapéutico. Ello es así porque el propio terapeuta está focalizando la sesión en base al estado emocional que aporta el protagonista de la terapia, pues sabe que es su estado emocional el que está apuntando a lo que en ese momento ocupa el primer plano del mundo interior del sujeto: es ahí donde tiene colocado su interés. Y si ese primer plano no es tenido en cuenta, el contenido del mismo irá interfiriendo cualesquiera propuesta del terapeuta por trabajar en otra dirección. No habrá allí energía, implicación personal suficiente para comprometerse en la dirección sugerida si no está en concordancia con las emociones experimentadas. No podemos olvidar que una de las funciones de las emociones es la de seleccionar, de entre toda la gama de estímulos que recibimos en un momento dado, cuáles son más importantes para, en primer lugar, la supervivencia y, en segundo lugar, el crecimiento personal en base a unos valores propios.

Como ya dije antes, el mundo emocional, más allá de la función elemental que cumple en el ser humano, al igual que en el resto de los animales, de facilitar respuestas rápidas ante emergencias que amenazan o modulan los aspectos básicos de la supervivencia, está íntimamente ligado al mundo valorativo. Nos motivan y mueven (emocionan) la meta que para cada uno tiene valor. Por ello el terapeuta tiene en cuenta que tras la emoción que expresa el cliente o aquél intuye, hay algo valioso hacia lo cual se está orientando el proceso interno del sujeto. Tan valioso que salta por encima de las pretensiones de jerarquización desde el puro pensamiento abstracto dissociado del mundo afectivo. Y ello no significa que cualquier emoción tenga que ser considerada, como agudamente señalaba Berne, a propósito del juego “invernadero” (Berne, 1964/1976) una flor rara y exquisita que no se pueda tocar o analizar (discriminando, justamente como antes hemos visto entre las emociones y sentimientos sinceros y los falsos), sino que, simplemente, si el terapeuta intenta focalizar su trabajo fuera del área iluminada por la emoción, obtendrá pobres resultados en orden al logro de cambios.

En este sentido, el tratamiento que el terapeuta da a lo largo de todo el proceso a las emociones del cliente sirve de aprendizaje para éste respecto

al tratamiento que debe darles por su parte. Normalmente lo que se facilita con este estilo terapéutico es que el sujeto valore sus emociones como algo que le alerta, en su contacto con la realidad, acerca de las áreas a las que debe estar atento en un momento determinado, para aplicar su inteligencia en la detección del problema o la necesidad que allí se está moviendo (como el tirón del sedal indica que ha picado un pez) para darle la salida adecuada.

Un tratamiento muy específico de esta habilidad se realiza a través de práctica del *Focusing* de Gendlin. En él se conjuga la intuición con la escucha corporal de la disponibilidad interna para abordar o no un determinado problema, o para atender el sutil señalamiento interno de la necesidad de dar prioridad a un determinado aspecto que desde los esquemas cognitivos puramente abstractos podía quedar relegado y que sin embargo mantiene retenida, en forma no consciente, esa disponibilidad para otros asuntos.

- b) Pasamos ahora a fijarnos en la segunda habilidad (o subhabilidad) de este nivel, consistente en que para el sujeto “las emociones son lo suficientemente vívidas y asequibles que ayudan al juicio y la memoria en relación con los sentimientos”. Si atendemos al tratamiento que se da a las emociones en general, en todo el movimiento de la Psicología Humanista, se puede observar –como antes dije– como una de las características de la misma, la falta de recelo respecto a los contenidos y expresiones vívidas del mundo emocional. Más bien pecó de lo que Rowan llamaba la herejía “emocionismo” (Rowan, 1986), a propósito de la cual decía:

Uno de los mejores modos para entrar en el reino de la subjetividad en el que actúa la terapia es el de entrar profundamente en contacto con las emociones. Desgraciadamente todo esto se puede transformar fácilmente en un culto a las emociones fuertes por sí mismas, como si fuese un fin antes que un medio (Rowan, 1986, p. 38).

Pero, sin caer en esos extremos tópicos y tramposos, entendemos que son muy aprovechables los múltiples recursos que dentro de la Psicología Humanista se desarrollaron con el fin de provocar el cambio terapéutico aprovechándose de la fuerza insita en la emoción. El tratamiento que se le pretende dar en Psicoterapia Integradora Humanista es el de utilizarla coadyuvando a la orientación de la misma hacia la satisfacción de la necesidad o consecución de valor a que apunta mediante el incremento de la viveza de la misma hasta el nivel en que es preciso desde el punto de vista teleológico. Algunas de las intervenciones que se utilizan para reforzar esa capacidad de movilización son:

- La exageración del gesto, a la que ya hemos aludido varias veces a lo largo de este artículo, para ayudar a la identificación cognitiva del

proceso afectivo que está en proceso, con el fin de hacerlo asequible a la percepción y al juicio.

- Los trabajos con la respiración, íntimamente unida a la conciencia y expresión emocional. Estas intervenciones, algunas de ellas muy simples, permiten, a partir de una profundización en la respiración, un mayor impacto de los procesos curativos o movilizadores que la persona está llevando a cabo en un momento dado de la terapia, como ya comprobé experimentalmente con anterioridad (Gimeno-Bayón, 2003a).
- Las intervenciones con fantasía guiada referidas a momentos emocionalmente intensos del pasado, con el fin de reparar las consecuencias traumáticas de algunos de esos momentos o de revisar la vigencia de alguna de las decisiones inconscientes tomadas a raíz los mismos y que no son adecuadas para la realidad del presente. Ciertamente, para ayudar a que la imagen recordada no sea tan sólo un recuerdo pálido, sino un símbolo actuante en el presente, el modo en que se dan las instrucciones con que se guía al sujeto no es inocuo. Una suave relajación previa, la baja iluminación de la sala, el ritmo y tono de voz de las indicaciones del terapeuta, la atención al recuerdo a través de todos los canales sensoriales conjuntamente, la aplicación de las diferentes submodalidades que nos enseña la Programación Neurolingüística, la petición de introducirse imaginariamente en la piel del personaje que fue, con sus sensaciones corporales específicas, la evocación del entorno, son algunos de los elementos que contribuirán a una evocación más intensa de la emoción y a una memorización lo más clara y precisa posible. En nuestro modelo utilizamos este tipo de recurso en forma harto frecuente, pero más cuando se trata de identificar y comprender sentimientos repetitivos que aparecen no del todo coherentes con la situación del presente y que pueden responder a la cronificación de situaciones emocionalmente traumáticas del pasado. Algunas de las fantasías guiadas utilizadas con esta finalidad han sido elaboradas por la autora, como p.e. la fantasía del “Encuentro y paseo con un Padre Nutricio ideal” o “Despidiéndose del pasado” (Gimeno-Bayón y Rosal, 2002). Otras, como p.e. “El peor día de la infancia” (McNeel, 1982), proceden del modelo analítico transaccional.

Como criterio general diremos que en nuestro modelo se utilizan, en general, métodos multifactoriales, porque, como comprueba Lasa (2000), son los que tienen una mayor potencia a la hora de inducir emociones:

Lang resume los factores que determinan la activación emocional en tres puntos (Acosta, 1990):

- En general, cuando más completa y consistente sea la manera en que

la información de estímulo iguale al prototipo, más posibilidades hay de respuestas emocionales.

- Si el estímulo de entrada está degradado, (poco claro, difuso, etc.), se podrá tener acceso al prototipo más fácilmente si se estimulan de forma independiente otras proposiciones.

- El prototipo de respuesta de emoción puede activarse mediante instrucciones y/o descripciones de eventos en un lenguaje natural, como ocurre en las imágenes mentales emocionales (Lasa, 2000, pp.11s.)

- c) Señalan Mayer y Salovey como tercera habilidad de este nivel la de que “el humor oscila entre el pesimismo y el optimismo, cambiando la perspectiva individual, estimulando a considerar múltiples puntos de vista”.

Al desarrollo de este tipo de habilidad van destinadas algunas de las siguientes intervenciones:

- El trabajo con las “posiciones vitales” del Análisis Transaccional, en el transcurso del cual se ejemplifican los diferentes estilos básicos de abordar la comprensión de la realidad, así como la detección e identificación en uno mismo de lo que son estilos patológicos (claramente eufóricos o depresivos respecto a uno mismo, los demás o la vida), frente al llamado “estilo realista” que permite mantener la diferenciación entre la calidad agradable o desagradable de las situaciones concretas y la valía del sujeto. Es decir: ayudar a salir de la frecuente confusión que da lugar a un enfoque optimista o pesimista en base a criterios de autoestima, más que a criterios de realidad. La posibilidad de contemplar el malestar, el conflicto, o el fracaso, sin que ello dañe la autoestima, permite poder viajar con más tranquilidad de una perspectiva a otra, puesto que no está en juego en ello nada que amenace al núcleo de la persona.

Uno de los instrumentos elaborados por la autora para ayudar a identificar y salir de ese encajonamiento y rigidificación emotivo-cognitiva, es el denominado “Cinco ventanas para mirar la vida” (Gimeno-Bayón y Rosal, 2002).

- Todo lo que es el trabajo con lo que hemos llamado “emociones prohibidas” y “emociones parásitas” va destinado igualmente a eliminar obstáculos por los cuales la persona tiene interiormente impedido el contacto con todo tipo de emociones, especialmente las más básicas (que suelen ser las más coartadas en la infancia) y a reconocer como disfuncionales las llamadas “emociones parásitas” que le llevan a una visión monótonamente marcada por un tono emocional (humor) concreto.

- d) La última de las habilidades correspondientes a este nivel es la que hace referencia a que “los estados emocionales diferenciados estimulan un abordaje específico del problema, tal como la alegría facilita el razonamiento inductivo y la creatividad”. La formulación de Mayer y Salovey, en este caso, más que referirse a una habilidad, describe una realidad. Por nuestra parte, si queremos pasar de esa descripción a las habilidades relacionadas con la misma, entendemos que se trata de aplicar en la práctica las consecuencias que se derivan del hecho de que un determinado estado emocional determina la forma en que nos enfrentamos a los problemas cotidianos.

Podemos entonces hacer dos tipos distintos de trayectorias:

- 1^a La que nos lleva a comprender y aceptar las limitaciones que tendrá nuestra capacidad de afrontamiento de problemas, conflictos o situaciones, en base al estado emocional en que nos encontramos.
- 2^a La que nos lleva a descubrir caminos que nos llevan a crear o fomentar la emoción que más puede ayudar al enfrentamiento del problema concreto.

La primera de ellas nos remite a lo ya comentado a propósito de nuestra manera de entender la configuración del mundo emocional, y la transmisión al cliente de la función positiva que el mismo cumple de cara a la adaptación a la realidad. Especialmente importante es estimular al sujeto a dotarse interiormente de un amplio bagaje de emociones a desarrollar (y no sólo las básicas o pocas más), según los diferentes momentos que vaya atravesando, en base al trabajo con las emociones prohibidas y emociones parásitas al que antes hicimos referencia. Si el trabajo da su fruto, entendemos que la persona está preparada para asumir que el afrontamiento del conflicto puede estimular la presencia de una determinada emoción, y que eso es sano, por cuanto ésta es una movilización específica y correcta para generar el movimiento que lleva hacia su solución. Por el contrario, bien distinto es si la persona, por sus trabas internas, no tiene acceso a generar la emoción adecuada, y en lugar de ello no se moviliza o sufre una movilización distorsionada que desvía el proceso hacia una falsa solución del mismo.

Junto a ello, podemos señalar también que ya no se trata de que el problema a abordar genere una determinada emoción, sino que aparezca en un contexto afectivo en que se está dando en esos momentos una predominancia de otra emoción que no es coherente con la que el problema genera y que de alguna forma bloquea el proceso. A éste fenómeno es al que aludimos al hablar de los contemplados por nuestro modelo, como una forma de dispersión de la fase de identificación afectiva, bajo el nombre de “conflicto entre distintas emociones” (Gimeno-Bayón y Rosal, 2002). Seleccionamos aquí algunas de las sugerencias de tratamiento:

- La primera de ellas, procede de la Programación Neurolingüística.
Acaso los más típicos procedimientos de intervención respecto al conflicto entre diferentes emociones son los que utilizan medios de la Psicoterapia

Gestalt o de la Programación Neurolingüística (Andreas y Andreas, 1989/1991, cap. 13). Estos autores proponen un método de resolución de conflictos internos en situaciones de ambivalencia que incluye su desglose en tendencias opuestas, identificación de su intencionalidad positiva y fusión. Empieza la intervención de “Integración de Emociones en Conflicto” en este caso con la visualización de dos emociones contradictorias situando cada una de ellas –imaginariamente- en una mano, dejándoles que tomen una forma concreta. A continuación se afirma la convicción de que la intención de cada una de ellas es positiva y se anima a la persona que descubra –mediante el diálogo con cada una de ellas- cuál es esa intención. A continuación se sugiere al sujeto que afirme su acuerdo con cada una de esas intenciones (no en la forma de llevarlas a cabo) y agradezca a cada una de las partes el interés que demuestran por él. Después se propone un diálogo entre cada una de esas partes, observándose mutuamente y reconociendo el buen propósito de la otra y dándose ideas recíprocamente de cómo lograr eso de forma más aceptable para el sujeto. Éste, mientras tanto, va narrando el diálogo que está teniendo lugar, y visualiza cómo las dos partes se dan muestra de reconocimiento y aprecio. Cuando llega a este punto se le insta a que, mirando al centro para ver ambas partes simultáneamente, acerque sus manos y se vayan uniendo, mientras observa cómo esas partes, que habían estado tan separadas, ahora se funden de tal forma que esa función es positiva para ambas. Es probable que aquí se puedan observar respuestas fisiológicas que indican la intensidad del proceso. Una vez realizados estos pasos, siguiendo el ritmo que la persona necesite, se le estimula a dar el último paso: integrar la parte fusionada en el conjunto, mediante un gesto simbólico (como, p.e. acercar las manos al pecho), como si con ese gesto se expresara la aceptación de la fusión y de la asimilación del resultado de la fusión de las dos emociones ambivalentes (Gimeno-Bayón y Rosal, 2002, p. 373).

- Una segunda sugerencia procede de la Psicoterapia de la Gestalt, y es similar a la anterior en el sentido de que propone un diálogo imaginario entre las diferentes emociones, si bien aquí el sujeto no observa el diálogo desde fuera, sino que las sitúa sobre dos cojines en los que se sienta alternativamente, identificándose con cada una de ellas, y dejando salir libremente la expresión total de cada una de ellas hasta que logran un punto de encuentro y reconciliación.
- Una tercera posibilidad, cuando se trata de dos emociones opuestas (p.e. amor-odio, esperanza-desesperanza, etc.) es utilizar el sistema que propone Ferrucci (1981) desde la Psicósíntesis, y que denomina “síntesis de opuestos” (segunda modalidad). Su realización tiene lugar mediante

dibujos. En una primera fase, se realiza el dibujo en un folio de una de las emociones, y en la otra cada del mismo el dibujo de la emoción opuesta. Pasa entonces a imaginarse que entre ambas caras tiene lugar una interacción entre las emociones, y se dibuja esa interacción en otro folio. En sucesivos folios se va dibujando la evolución de esa interacción, hasta que se logra la fusión de las dos polaridades en una sola unidad simple. Posteriormente se pasa a elaborar conceptualmente el proceso que ha tenido lugar en el plano simbólico, y lo que significa de cara a su aplicación en la vida cotidiana.

En cuanto a la segunda trayectoria, la que lleva a capacitarnos para crear o fomentar una emoción concreta, se utilizan habitualmente métodos de fantasía guiada, meditación con imágenes, e intervenciones psicocorporales (mayoría de veces conjuntamente) de los que ya dimos cuenta ampliamente en nuestros trabajos dedicados exclusivamente a estos dos tipos de intervenciones en psicoterapia (Rosal, 2002; Gimeno-Bayón, 2003a).

NIVEL 3. Comprender, analizar y utilizar el conocimiento emocional

a) y b) Refiriéndome ahora conjuntamente a las dos primeras habilidades que comprende este nivel: etiquetar emociones y reconocer las relaciones entre las palabras y esas mismas emociones e interpretar el significado de las emociones de los demás, diré que a lo largo de las explicaciones relativas a los dos primeros niveles ha quedado claro que el aprendizaje de las habilidades más básicas ha conllevado una información que permite la integración cognitiva de la función, manifestación y valor positivo de las emociones en uno mismo y en los otros, así como los estímulos que producen algunas de ellas, refiriéndonos a las más básicas a través del diagrama de la autora (Gimeno-Bayón 1996) sobre la dinámica emocional, inspirado en buena parte en Moiso (1983). Normalmente, para la comprensión y análisis de las emociones más complejas utilizamos y ofrecemos a los clientes el mismo esquema didáctico para la comprensión de la dinámica del proceso, pero basados ahora en gran medida en las aportaciones de Lersch (1966/1971). Estas aportaciones del fenomenólogo alemán nos resultan sumamente matizadas para entender precisamente las emociones más peculiares y específicas del ser humano. Mas, normalmente, este paso llega en un momento avanzado del proceso terapéutico, porque –en general– en las primeras fases se trabaja más con las dificultades relacionadas con las emociones más primarias, que suelen ser las que han sido más reprimidas o distorsionadas o las que acarrearán más problemas en relación con la demanda inicial.

En cuanto a la interpretación del significado de las emociones en los demás, dado que frecuentemente se recurre al método del diálogo gestáltico, que supone la identificación con el otro, y con su mundo interior, en la mayoría de personas este método les permite acceder a una comprensión del mismo muy superior a la que

antes tenían. Mas ¿hasta qué punto se trata de auténticas intuiciones y hasta qué punto de proyecciones del propio mundo interno?. Nuestro modelo anima a que, juntamente con este juego de roles que puede servir, entre otras cosas, para una mayor comprensión del otro cuando éste no se encuentra disponible, se emplee la escucha empática del mismo cuando esto sea posible, y forma parte de su proceder la enseñanza de la metodología específica de la escucha empática en algunos casos, especialmente cuando la persona tiene carencias importantes a la hora de poder intuir el mundo afectivo de sus interlocutores.

c) Centrándonos ahora en la tercera habilidad de este nivel: “habilidad para comprender sentimientos complejos: amor y odio a la vez, o mezclas como el temor reverencial a modo de combinación de miedo y sorpresa”, parece que Mayer y Salovey se refieren aquí a la vivencia simultánea de dos emociones polares, o la experiencia de una emoción que es la síntesis de dos más simples. A los dos casos nos hemos referido con anterioridad.

Aquí, sin embargo, añadiremos que una de las actitudes a fomentar en el sujeto, para que pueda comprender sentimientos complejos en sí mismo es la de estimularle a “permanecer en la sensación”. Es decir: en lugar de buscar una manera rápida de salir de la misma (por ejemplo, mediante la descarga física de la misma), que constituye el primer impulso del sujeto, ya que –como bien mostraron los psicólogos de la Psicología de la *Gestalt*– la permanencia en la ambigüedad, sin una “figura clara” (en este caso la de una emoción simple y definida, que conformaría una “*gestalt* fuerte”) se le anima a soportar el malestar de la ambigüedad para permitir profundizar en las emociones y sentimientos que lo forman. Sólo así se podrá llegar a comprender no sólo el nombre de esas emociones y sentimientos, sino el significado de los mismos y el movimiento o movimientos (a veces opuestos) hacia el que se orientan.

d) A continuación describiré –en los aspectos que no hayan quedado incluidos en las descripciones anteriores– el modo de trabajar en la Psicoterapia Integradora Humanista con la última de las habilidades de este tercer nivel, o sea: la “habilidad para reconocer las transiciones probables entre emociones, como la transición desde el enfado a la satisfacción, o desde el enfado a la vergüenza” .

Cuando se trata de una transición entre dos emociones muy claras, como el enfado y la satisfacción que señalan Mayer y Salovey, no suele resultar difícil a la persona que ha desarrollado las habilidades anteriores el reconocer el cambio. Sí puede haber un problema cuando esta persona tiene “prohibida” (en el sentido de reprimida y no accesible a la conciencia) la emoción posterior, o cuando tiene como sensación “parásita” (en el sentido anteriormente explicado) la primera de las emociones. Aquí los recursos del Análisis Transaccional, especialmente el trabajo con los temas básicos del “guión de vida”, suelen solventar este tipo de problemas.

Más complicado es cuando se trata –como en el segundo ejemplo de Mayer y Salovey– de la transición del enfado a la vergüenza, porque ésta última es una

emoción más compleja que las emociones más básicas. Es más: a veces las transiciones se dan entre estados de ánimo o emociones muy sofisticados, y no por ello menos importantes. Citaremos algunas maneras de tratarlas.

Como antes he señalado, en una de las formas de ahondar en la experiencia se realiza pidiéndole a la persona que permanezca en la sensación que está viviendo en un momento dado, observando el proceso en que la misma deriva, y sugiriendo un ir y venir de la sensación a la identificación de la emoción y al movimiento que esta apunta para identificar su significado. A veces, se le puede proponer que responda a preguntas como: si ésta sensación tuviera voz ¿qué te estaría diciendo? ¿hacia dónde te está invitando o empujando a moverte? ¿a qué emoción corresponde? Es decir: se trata de captar la dinámica de la actuación conjunta e integrada de los diferentes subsistemas que interaccionan simultáneamente en la dinámica emocional. Al respecto, concordamos con el gestaltista Kepner (1987/1992) cuando, criticando la concepción de la persona como “partes”, señala cómo en la psicoterapia se puede caer muy sutilmente en una aplicación de las intervenciones que consoliden ese tipo de concepción. Así, -a propósito de la dimensión corporal, pero ampliable a las demás dimensiones- señala tres modalidades en las que se actúa, de hecho, en base a esa concepción escindida:

Una primera modalidad, en la que la psicoterapia se centra en uno sólo de los subsistemas que integran la persona, como puede ser. Escribe el autor:

La terapia común, sea psicoterapia o terapia física, ha mantenido tradicionalmente un enfoque singular hacia la persona en lo filosófico, en el método, o en ambos. Las terapias psicológicas como el psicoanálisis (Freud, 1938), la centrada en el cliente (Rogers, 1951), y la racional emotiva (Ellis, 1962; Ellis y Harper, 1968), utilizan intervenciones que son casi exclusivamente verbales. Los que las practican identifican el punto de cambio como procesos o estructuras mentales. Según el grado en que los procesos corporales se relacionen con los procesos psicológicos, como en los problemas psicósomáticos (fenómenos físicos causados por la mente), el proceso físico será visto como un epifenómeno, relacionado con los fenómenos mentales subyacentes, pero separado de ellos.

Igual de singulares en la forma son numerosas formas de terapias corporales, como la integración estructural (Rolf, 1977), la técnica Alexander (Alexander, 1971), y la técnica Feldenkrais (Feldenkrais, 1972). Estos y otros enfoque somáticos reconocen la contribución de los procesos psicológicos a la formación de la tensión corporal y de desbalances posturales. Sin embargo, no hay una metodología formal para trabajar con los procesos psicológicos relacionándolos explícitamente con el trabajo somático. Como los enfoques psicológicos tradicionales, los somáticos tratan lo físico como si estuviera esencialmente separado de lo mental (Kepner, 1987/1992, pp. 30s.).

Pero esa modalidad de enfoque singular no es la única que divide, de hecho, al sujeto de la terapia en “partes”. Existe una segunda modalidad –a la que denomina “enfoques terapéuticos alternativos”– que, aceptando la importancia tanto de la dimensión somática como de la psicológica, lo que hace es alternar la aplicación de métodos corporales y métodos verbales, bien en la misma sesión, bien en sesiones separadas, o incluso con diferentes terapeutas.

El problema con los enfoques terapéuticos alternativos es que, ya que permanece una clara separación entre el trabajo somático y el psicológico, se puede reforzar el sentido de una escisión. Hay trabajo físico y trabajo psicológico, y aunque se les relaciona, aún se trabaja con ellos como si estuvieran separados. La continuidad entre los procesos mentales y físicos no puede ser plenamente reflejada cuando el método de trabajo sólo mira un aspecto de la persona a la vez. El presente sentido de unidad del ser de uno es difícil de experimentar cuando el trabajo corporal ocurre en un momento y el trabajo psicológico en otro momento (Ibidem, pp. 33s.).

Todavía cita el autor un tercer modo de mantener esa división, si bien aquí se practica de una manera mucho más sutil, en la modalidad que él llama “enfoques estratificados”.

La estratificación parece a primera vista estar unificada. El terapeuta puede iniciar un diálogo con el cliente y desarrollarlo de un modo consistente con el trabajo de la terapia Gestalt sobre polaridades; por ejemplo, una conversación entre las partes del sí mismo. Simultáneamente, el terapeuta trabaja sobre la alineación del cuerpo del cliente y sus tensiones musculares para estimular su liberación. El trabajo es elegante, a modo de un dueto: dos voces paralelas pero diferentes forman una línea melódica común. Los métodos físico y psicológico permanecen como voces separadas, aunque trabajando juntos (Ibidem, p. 34).

Por contraposición a estos enfoques, señala el autor que un enfoque integrado ve a la persona como un todo y ve cada proceso

como parte de un todo mayor que incluye aspectos somáticos y psicológicos. [...] Cualquier problema psicológico [...] es parte de una Gestalt mayor que incluye la expresión física de ese dilema. [...] Cualquier síntoma somático, como una tensión crónica o una distorsión de la postura, es una expresión de un todo mayor que incluye un dilema psicológico y es parte de su expresión (Ibidem, p. 36).

Por nuestra parte, entendemos que al ser la Psicoterapia Integradora Humanista un modelo preponderantemente experiencial (como el resto de modelos encuadrados en el movimiento de Psicología Humanista), no nos queda sino aceptar que -en la experiencia- lo somático, cognitivo y emocional son un todo indisoluble, y si bien a la hora de estudiarlo distinguimos los diferentes subsistemas que lo integran, es, ante todo, a efectos didácticos. Nuestra concepción de la persona como

un sistema abierto, incluye la de entender los subsistemas también como “abiertos”, es decir, en interacción con los demás, en un juego de modificación y matización mutua.

Por ello, en la habilidad que ahora estamos contemplando, el ir y venir de un nivel a otro nos facilita ir reconociendo la implicación que cada uno de ellos tiene respecto a los demás, y cómo la modificación de uno de ellos (sensación, pensamiento, emoción) va introduciendo cambios también en el resto. El hecho de ir fenomenológicamente “rodeando la experiencia” con la autoobservación en todos ellos permite justamente captar este fluir de una emoción o estado de ánimo concreto a otro diferente. En muchas ocasiones, y dado que lo corporal es lo más obvio, el aprender a escuchar las sensaciones y conocer qué clase de síntomas corresponden a las diferentes manifestaciones emocionales, y cómo van cambiando, constituye un aprendizaje por el que las personas, especialmente las que están muy alienadas de su cuerpo, necesitan pasar para lograr el cambio terapéutico.

Muy especialmente, la metodología del *Focusing* de Gendlin (1981/1982, 1996/1999), que incorporamos desde nuestro modelo, ha creado intervenciones muy matizadas para acceder, desde la dimensión corporal, a la complejidad de la dimensión afectiva, y no tanto en relación con la emoción más evidente, sino con el sentimiento más profundo y vago del que emerge. Esta metodología está básicamente interesada y desarrollada para conocer las transiciones de un estado interior a otro, y es ese movimiento de cambio el que constituye el núcleo de su estudio. Afirma el autor que:

Toda experiencia y acontecimiento contiene movimientos implícitos posteriores. Toda experiencia puede ir más allá. Bajo la estimulación apropiada, se puede sentir un “matiz” de la experiencia que es más complejo de lo que podría jamás articularse en palabras o conceptos. Debemos prestar atención a estos matices porque los pasos del cambio surgen de ellos (Gendlin, 1996/1999, p. 37).

Tales cambios no tienen una secuencia lógica que podamos deducir a partir de lo que se tenía en un momento anterior y, sin embargo, estos cambios son genuinos y en ningún caso arbitrarios, y normalmente tienen más facetas en este momento que en su forma anterior (Ibidem, p. 36).

NIVEL 4. Regular las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual.

a) La primera habilidad de este nivel que describen Mayer y Salovey es la de “estar abierto a los sentimientos, tanto a los agradables como a los desagradables”.

Seguramente es una mayoría de personas que acude en demanda de un proceso terapéutico porque está experimentando sentimientos desagradables y no desea seguir con esa dolorosa experiencia. Precisamente en algunas de esas personas, el proceso terapéutico dejará al descubierto la dificultad que tienen para experimentar

sentimientos agradables, y ese será el principal contenido del trabajo terapéutico. Nuevamente aquí mencionaremos la importancia del trabajo con el tema de las emociones prohibidas, y con asuntos del constructo analítico-transaccional “guión de la vida” tales como la autoasignación en ella de un rol de Víctima.

En otras, el problema será que no sólo las personas están abiertas a un sentimiento desagradable, sino aferradas a él, como si de una valiosa posesión se tratara, y este aferramiento no le deja evolucionar. Además de trabajos del tipo citado anteriormente, se utilizan aquí otros como los que empiezan con un análisis de la funcionalidad o no de dicho sentimiento, y el reconocimiento por parte del sujeto de su disfuncionalidad y parasitismo. Puede seguir a esto un proceso de despedida del sentimiento parásito (por ejemplo, despedida de la tristeza), en el que normalmente se incluyen duelos gestálticos y dibujos. Dentro de este proceso uno de los puntos difíciles es el de proyectar en el futuro la visualización de la propia imagen viviendo sin ese sentimiento permanente, porque la persona suele tener dificultades en reconocerse en esa nueva situación: no pocas veces la persona se ha identificado tanto con ese sentimiento desagradable que el prescindir de él le supone prescindir de un elemento que forma parte de su identidad. En estos casos la advertencia de la sensación de extrañeza que le puede acompañar en el período siguiente el abandono del sentimiento desagradable favorito va acompañada de algún tipo de protección del trabajo realizado mientras se consolida esa nueva identidad en la que tengan cabida sentimientos tanto agradables como desagradables.

Una parte más pequeña de los clientes puede que acuda a terapia señalando como demanda la solución de sus problemas de relación. No pocas veces éstos se dan porque la persona no está abierta a los sentimientos desagradables, y para evitarlos intenta modificar al otro, lo cual produce los problemas subsecuentes.

Para este tipo de situación proponemos empezar trabajando a partir de los problemas de interacción mencionados: pronto aparecerán las emociones y sentimientos que envuelven dichas interacciones, si el terapeuta sabe ver a la persona como un todo, y no se limita al análisis de estrategias de comunicación superficial. Por el contrario, desde nuestro modelo animamos a ahondar en lo que hay bajo esos problemas de relación, y las emociones que tejen los hilos de los problemas. Aquí, una de las intervenciones que nos ayuda a que la persona se abra a experimentar sentimientos desagradables es, con frecuencia, el diálogo gestáltico con la persona respecto a la cual se experimentan problemas. El hecho de meterse imaginariamente en su piel, y que (cuando se encuentra identificada con ella) el terapeuta le ayude a contactar con los sentimientos de esta persona desde su misma situación, harán que, al recuperar su propia identidad, pueda experimentar nuevos sentimientos en relación con esta persona y con su propio comportamiento con ella.

En otras ocasiones la resistencia de la persona aconseja un acercamiento paulatino a los sentimientos desagradables. Aquí resulta de especial relieve tener en

cuenta:

- Que buena parte de los juegos y experimentos gestálticos suelen tener un “factor sorpresa” que confronta a la persona con aspectos suyos desconocidos que pueden asustarle cuando todavía no está preparada para asumirlos, por lo que no es raro que en esos casos se defiendan, los niegue o abandone el proceso.
- Que, al respecto, es importante en el manejo de los trabajos vivenciales o “experimentos” situarlos en un nivel que signifiquen un cierto reto para la persona, pero no un reto tan fuerte que le lleve a boicotearlos, a ejercitarlos en contra de su voluntad por sumisión al terapeuta, o a vivirlos con una angustia que acentúe sus aspectos fóbicos. El concepto de “graduación del experimento”, tal como lo describe Zinker (1977/1979), es una herramienta útil. Tal graduación comporta dirigir el experimento en dirección ascendente, introduciendo en forma intensa el material del yo distónico, o en dirección descendente, incluyendo una mayor presencia del yo sintónico para lograr la disminución de la ansiedad.

Por graduar entiendo ayudar al cliente a ejecutar un experimento en el nivel en que él está dispuesto a consumarlo en una determinada hora de terapia. Si no está en condiciones de intervenir en una exploración particular porque le resulta demasiado difícil, el terapeuta debe avenirse a rebajar de nivel la tarea, de modo que el cliente tenga mejores posibilidades de triunfar en sus esfuerzos (Zinker, 1977/1979, p. 111).

- Que el terapeuta se supone que tiene la obligación de conocerse a sí mismo lo suficiente como para saber cuándo, dentro de la sesión, está amortiguando la intensidad de sus intervenciones en base a su sensibilidad hacia el nivel que el cliente puede aceptar, y cuándo lo hace por temor a que él mismo haya de pasar por sentimientos desagradables .
- Que las intervenciones en que se ejerce una presión sobre el cliente para que se acerque a sentimientos desagradables más de lo que éste se encuentra dispuesto a hacer en ese momento, aparte de ser un ejercicio de crueldad, se trata de crueldad gratuita, porque el sujeto se defenderá endureciéndose o cerrándose a sus sentimientos. Por eso no es extraño encontrar en clientes que han vivido durante un tiempo prolongado este tipo de terapia (más si es en grupo) unos ciertos rasgos de dureza emocional que evocan aires ligeramente psicopáticos.
- Que suele ser muy fructífero, ante la persona que tiene dificultades para abrirse a sentimientos desagradables, iniciar ese acercamiento en forma protegida e ir estirando suavemente, conforme la persona va confiando en sí misma, en el terapeuta y en el proceso, de forma que cada vez pueda aceptar estar más cerca de esos sentimientos desagradables. Por ejemplo:

varias veces que una persona ha vacilado ante una propuesta de diálogo gestáltico con una persona querida ya muerta, para ayudarlo a resolver el duelo, he podido redefinirlo, pidiendo a la persona que simplemente visualice a esa persona, imaginando qué le gustaría decirle y que nunca le llegó a decir. Puedo pasar después a pedirle que se lo ponga por carta. Luego puedo pedirle que siga visualizando la reacción de esa persona al recibir la carta, e imaginar que le contesta con otra carta. A continuación, pedirle que escriba esa carta de contestación, desde el mundo interior de la otra persona, y luego que lea las dos cartas, imaginando delante al interlocutor. No es raro que desde ahí se pueda pasar al diálogo gestáltico. Y al igual que me refiero a la utilización de la respuesta escrita como una manera de amortiguar la ansiedad de hacerlo oralmente, puedo utilizar dibujos o fantasías en las que acerco o alejo el motivo de sentimientos desagradables, o graduar hacia arriba y llegar hasta la dramatización viva de una escena traumática o graduar hacia abajo y permitir que la persona se limite a un diálogo o monólogo en fantasía, sin verbalizar lo que está visualizando, salvo la escueta síntesis que necesita el terapeuta para continuar su trabajo.

b) Pasamos ahora a ver qué recursos utilizamos en nuestro modelo para desarrollar la “habilidad para regular inteligentemente una emoción, abordarla o despegarse de ella, dependiendo de si se la juzga útil o irrelevante”.

Entiendo que bajo esta descripción se está describiendo la capacidad para establecer la siguiente secuencia:

1. Capacidad para juzgar si una emoción es útil o irrelevante.
2. Una vez establecido el juicio, capacidad para abordarla (si es útil) o despegarse de ella (si es irrelevante).
3. Capacidad para regularla inteligentemente, en cuanto a la intensidad o expresividad de la misma, si se ha decidido no despegarse de ella.

Pues bien: en relación con el primer punto diré que, teniendo en cuenta todo lo dicho anteriormente, volvemos a recalcar que la Psicoterapia Integradora Humanista entiende que –en principio– las emociones son útiles porque nos ofrecen de una manera automática un dato de la realidad del presente, nos orientan hacia una meta coherente de acuerdo con ese dato, encaminada a preservar la vida o el desarrollo, y nos dotan de la fuerza suficiente para llevar a cabo el movimiento que sugieren. Además, y como señala Greenberg (2000), la emoción ha seleccionado, de toda la información existente en un momento dado, algunos aspectos que son relevantes para dirigir la atención hacia ellos.

Mas esa función positiva de las emociones, vale ante todo para lo que son “emociones genuinas”, tanto si son primarias (de las que poseen todos los seres humanos e incluso compartimos con los animales, como el miedo, la rabia, la tristeza y la alegría) como si son emociones más sofisticadas y peculiares de los

humanos, e incluso de unos humanos con un grado de madurez importante (sentimiento de admiración, asombro filosófico, artístico, etc.). Como señala Greenberg:

no son las emociones o las necesidades per se encarnadas en el esquema, las patológicas. Por el contrario, son los sentimientos o pensamientos secundarios acerca de las necesidades básicas los que constituyen la fuente más importante de disfunción (Greenberg, Rice y Elliot, 1993/1996, p. 114).

No puede decirse lo mismo de lo que hasta ahora hemos calificado de “emociones parásitas”, estructuradas, sobre todo, en base a un mal aprendizaje emocional o a alguna experiencia traumática. Estas emociones disfuncionales llevan a la persona a revivir una y otra vez como presentes algunas situaciones del pasado en ausencia del estímulo que las provocó, y confundiendo a la persona respecto a lo que es relevante en la actualidad. Por ejemplo: el sentimiento de culpa ante una situación de disfrute, o la experiencia de miedo o ansiedad repetitiva e intensa, cuando no hay ninguna amenaza presente. En ellas

lo que resulta disfuncional no son las necesidades o emociones primarias de la persona por lo general, ya que se las considera esencialmente adaptativas. A menudo, son otros aspectos de los módulos esquemáticos o del complejo sistema esquemático los que, en contextos específicos, generan necesidades y emociones defectuosas que requieren un cambio. Así pues, emociones como amor o ira, o necesidades como necesidad de apego o autonomía nunca son desadaptativas en sí mismas. Muy al contrario, la disfunción resulta de un aprendizaje y de la experiencia y expresión de ansiedad, relacionadas con las necesidades y las emociones primarias (Ibidem).

Partiendo de esa realidad de la ambivalencia de la experiencia emocional en el más puro sentido del término –(ambi=dos) (valencia=valores)– que pueden hacer de ella una riqueza o una fuente de engaño, ya hemos visto en la exposición anterior algunos de los instrumentos empleados para discriminar entre ambas. Tan sólo aquí añadiremos que esa discriminación se realiza desde diferentes frentes, sea el que sea el problema que se está tratando. Así, igualmente se ocupan de hallar la necesidad escondida bajo una expresión emotiva disfuncional el “análisis de los juegos psicológicos” del Análisis Transaccional, junto con la emoción adaptativa que respondería a aquella, como el “diálogo con el síntoma” de la Psicoterapia de la Gestalt ya aludido, o el trabajo de la Bioenergética con una coraza muscular o el Psicodrama al teatralizar una escena traumática del pasado.

Mas no olvidemos aquí que no sólo podemos hablar de disfuncionalidad ante la expresión de una emoción desadaptativa, sino también ante la ausencia de expresión de una emoción genuina cuando la situación requiere la experiencia y exteriorización de la misma. Por ello también el modelo se ocupa de la

disfuncionalidad de la falta de contacto o de expresión de las emociones genuinas, en el contexto adecuado y en forma socialmente congruente. A modo de pincelada obligatoria diremos que especialmente importante es, en situaciones como la que ahora nombramos, el trabajo grupal y la preocupación del terapeuta porque los integrantes del grupo tengan una buena retroalimentación respecto a como son percibidos por los demás, porque la intuición acerca de las emociones parásitas y genuinas en los otros o la represión emocional de los demás, suele ser bastante evidente en un conjunto de una docena de personas avezadas a tratar con este tipo de temas.

Refiriéndonos ahora al segundo punto (capacidad para abordarla si es útil, o para despegarse de ella si es irrelevante) constatamos ya que en la letra d) del nivel 2 nos referimos a alguno de los tipos de intervenciones destinadas a crear o intensificar una emoción concreta. Podemos pensar que, gracias al cruce de caminos que es el mundo emocional y a la capacidad de transitar del uno al otro por la cualidad abierta de los diferentes subsistemas implicados, hay modalidades para crear o intensificar una determinada emoción, que utilizan:

- El pensamiento. Si las propuestas del cognitivismo de que la emoción sigue al pensamiento son ciertas (y entendemos que parcialmente lo son, es decir que al menos a veces es así, aunque no siempre) se puede utilizar deliberadamente el dirigir la atención a un pensamiento concreto (más directamente asequible que la emoción misma), para producir o incrementar la aparición de ésta. Especialmente se aborda desde el tema de las llamadas “caricias” en el sentido de estímulos dirigidos hacia otros o dirigidos hacia sí mismo que, tal como señala y desarrolla el modelo analítico-transaccional, pueden contribuir, bien por el procedimiento de utilizar un tipo de comunicación que probablemente retorne un determinado tipo de estímulos, bien en base al autosuministro de determinados mensajes internos acerca de la propia valía, la de los demás o la vida, que pueden generar un clima afectivo concreto (Berne, 1973/1974; Steiner, 1971, 1974/1992). A veces se suele trabajar este aspecto mediante el instrumento denominado “cariciograma” que sirve para analizar y controlar el comportamiento de esta faceta en la vida cotidiana (Peterson, 1980; Snyder, 1980; Sprietsma, 1980).
- La imagen. A través de ella, bien mediante dibujos elaborados por el propio sujeto, la contemplación de láminas u objetos significativos para el individuo, o mediante una fantasía guiada, se puede estimular la evocación del pasado, para reproducir el tipo de emoción que en un determinado momento se vivió o se reprimió; hacia el futuro, a través de una fantasía guiada que imagine la producción de un hecho que estimule el desencadenamiento de una determinada reacción emocional; o la conexión con la emoción del presente que permanece aletargada u oculta. Así, por ejemplo,

en un ejercicio de duelo en el que la persona “esquía” por encima de la superficie de la tristeza podemos pedir que la persona aporte una foto o un objeto significativos de la persona o la relación rota. Podemos también evocar aquellos momentos de la infancia del sujeto en que éste vivió una situación dolorosa que quedó encapsulada, para darle la salida que necesita. Podemos estimular la esperanza proponiéndole la visualización de un futuro donde ha conseguido el logro que desea, como muestra Rosal (2002) en el experimento realizado con la fantasía del “Proyecto” (Ferrucci, 1982) procedente del modelo de la Psicosisntesis.

- El cuerpo. Bien lo sabían –siguiendo las observaciones de Darwin (1872-1965)– Levistky y Perls, (1970/1973) o autores de terapias reichianas o neoreichianas como Lowen (1975/1977) desde la Bioenergética, o Boadella (1987/1993) desde la Biosíntesis, cuando proponen la exageración del gesto o la adopción de una determinada expresión o postura corporal, o el ejercicio de un determinado movimiento (como golpear un colchón con una raqueta de tenis) para provocar la presencia de una reacción emocional intensa, y que el modelo integrador humanista no descarta como método de intervención en un momento dado.
- Desde una óptica muy diferente, también utilizamos la intervención a partir del cuerpo, similar a la que plantea Mitchell (1983) en lo que llama “injerto de Padre”, y en la que, en una primera fase, evoca una situación del pasado en la que el sujeto experimentó una emoción deseable y adaptativa frente a una situación similar a la que actualmente se reacciona desadaptativamente. En una segunda fase se procede a investigar en detalle la postura corporal, respiración y demás detalles de aquella situación, tal como las vivía en su interior el protagonista. En una tercera fase se pasa a adoptar todas esas actitudes corporales que acompañaban a la emoción y la respuesta funcional correspondiente y que aparecen como incompatibles con la respuesta desadaptativa del presente (p.e. sentimiento de confianza versus ansiedad, ilusión frente a desesperación, etc.).
- Una combinación de cuerpo y pensamiento, como ocurre en el sencillo experimento (Gimeno-Bayón, 2003a) en que nuestro cómo la repetición de determinadas frases elegidas por el sujeto y consideradas por él como positivas para su crecimiento personal, se vuelven más eficaces desde el punto de vista emocional si se acompañan de una respiración profunda.
- La dramatización de una situación. Precisamente una de las afirmaciones en que basa Moreno (1946-1969) toda su teoría de la psicoterapia psicodramática arranca de la diferencia entre contar un hecho y actuar dramáticamente el mismo, porque cuanto más implicado está el cuerpo en la acción, está disponible una mayor vivacidad emocional y una mayor posibilidad de utilizar la energetización que ésta supone para el cambio

terapéutico. Es ésta entonces una de las intervenciones que –especialmente en una situación grupal– utilizamos para provocar determinadas emociones que la persona está viviendo en tan baja intensidad que no le proporcionan la fuerza suficiente para el cambio. En la dramatización, especialmente en una situación grupal, se encuentra comprometida la fuerza que aporta el encuentro personal.

- La propia actitud y actuación del terapeuta, que puede llevarle a realizar determinadas acciones tendentes a estimular una determinada reacción emocional que parece estar necesitando el sujeto para realizar el cambio terapéutico (p.e. ponerle la mano en la espalda en un momento de vulnerabilidad, para “respaldar su corazón” y que se permita contactar con aquella y expresarla con el llanto; una ejemplificación de cómo gritar o cómo golpear un cojín, para invitarle a la desinhibición de la rabia, etc.)
- La utilización del *Focusing*, cuando se refiere a sentimientos sutiles y complejos, porque en esta metodología no se trata sólo de distinguir cómo y cuándo se producen las emociones, sino también aprender a producir el cambio que se desea. Muy claramente señala Gendlin:

Uno de los temas centrales de este libro tiene que ver con lo que se puede hacer para solucionar este tipo de puntos muertos en los que los contenidos emocionales se experimentan reiteradamente sin producirse ningún cambio: cómo podemos producir esos pequeños pasos, esos cambios experienciales que caracterizan el proceso psicoterapéutico cuando resulta eficaz (Gendlin, 1996/1999, p. 32).

c) Si nos centramos ahora en la tercera habilidad, entendida como capacidad “para regular en forma inteligente las emociones en relación con uno mismo y con los otros, como reconociendo cuan libres, típicas, influyentes o razonables son”, apuntaremos los siguientes extremos en relación con la Psicoterapia Integradora Humanista:

Con la propuesta de Mayer y Salovey entendemos que se está aludiendo a la utilización inteligente de las emociones en el contexto social en que se producen, es decir: a atinar con el punto en que la propia expresividad emocional debe armonizar su libertad con la adaptación al entorno, haciéndose cargo no sólo de la vivencia subjetiva de la emoción, sino también su valoración en base a criterios objetivos y a las consecuencias de experimentarla y expresarla sin límites.

No se nos escapa que dentro del movimiento de la Psicología Humanista se han dado (y acaso se dan aún) grupos en los que se opta por una expresividad emocional que no obedece a otras reglas que la necesidad del sujeto de desahogarse en un momento dado, independientemente del impacto que tal desahogo provoque en el entorno. Es más: no pocas veces hemos observado en estos ámbitos una especie de veneración –terapeuta incluido– de la expresión intensa de la emoción (aunque sea una emoción falsa, o con rasgos histriónicos o antisociales) por su intensidad

misma, más que por la adecuación a la situación y al entorno, como si aquella intensidad fuera la garantía de su sinceridad y de la libertad de la persona que lo expresa.

Por nuestra parte adoptamos ya, desde el inicio de la elaboración del modelo, un criterio en que claramente se distinguía entre lo que es propio de una catarsis terapéutica, a realizar en la sala de terapia, y un estilo antisocial de ejercitar la expresividad emocional, con independencia de las consecuencias en los vínculos del sujeto de la descarga.

Nos resultó siempre muy clarificadora la distinción por la que aboga el modelo analítico transaccional entre lo que es la experiencia interna emocional y su expresión externa. Dicho modelo propone como criterio de salud mental la toma de conciencia de la propia emoción, adecuada en calidad, intensidad y duración a la situación (Kertész e Induni, 1981), y por lo tanto no siempre en igual grado. Es más: estos autores proponen que se utilicen estos precisos criterios, para distinguir las emociones genuinas de las emociones y sentimientos parásitos. Añaden a ellos, eso sí, la reacción de un observador sano, que tiende a compartir la emoción auténtica y en cambio experimenta como artificial y exagerada la emoción parásita.

Pues bien: estos autores entienden que existe una relación entre los niveles de emoción y los grados de control parental (es decir, del poso limitador dejado por el aprendizaje de figuras parentales), en relación inversa a los grados de liberación emocional. Los grados que contemplan son:

- reprimir la emoción auténtica
- sentir, pero no expresar, esa emoción genuina que se experimenta
- expresar verbalmente, pero no actuar, la emoción auténtica
- actuarla en forma descontrolada
- manifestar la emoción genuina bajo el control de “estado del yo Adulto” (entendiendo por tal la faceta de la personalidad que se adapta a la realidad del momento, teniendo en cuenta la experiencia interna del sujeto y el contexto en que ésta se produce).

Estos grados se entiende que van del más profundo, donde el control parental es muy grave y la liberación emocional no se da, hasta el nivel en que no se da control parental, y se vive el máximo grado de liberación emocional.

Está claro que la actuación descontrolada no significa ni mucho menos la madurez emocional. Ésta se adquiere cuando la persona tiene clara conciencia de la emoción, y decide expresarla y actuarla o no, o hacerlo de una forma concreta y no de otra, en base a criterios de adaptación al contexto.

En nuestro modelo, a lo largo de todo el aprendizaje de inteligencia emocional, ese criterio está siempre presente. Flaco favor haríamos a una persona que ha inhibido siempre su expresividad emocional para conservar unos vínculos que ha elegido como prioritarios, si –en aras de una libertad emocional entendida al modo de un adolescente rebelde- le empujáramos a prescindir de cualquier límite social

y a romper esos vínculos que le son tan queridos y necesarios. Por ello en la sesión de terapia, tanto individual como grupal, los ensayos de comportamiento y otro tipo de recursos procedentes del modelo cognitivo-conductual que no tenemos empacho en aplicar, nos ayudan a encontrar la regulación adecuada que permita a la persona una vivencia auténtica y todo lo intensa que se merezca –y no más– de la emoción, a la vez que una actuación madura y socialmente aceptable y constructiva de esa emoción.

d) Llegamos ahora a la última de las capacidades relacionadas con la inteligencia emocional o “habilidad para gestionar las propias emociones en uno mismo y en los otros, a través de la moderación de las emociones negativas y subrayando las placenteras, sin reprimir ni exagerar la información que conllevan”

Podríamos decir que en parte es una condensación de las otras habilidades contempladas dentro de este mismo nivel. A la adecuación de las emociones a la realidad, sin reprimir ni exagerar la expresión, nos hemos referido en los párrafos anteriores. Ahora bien: aquí se añaden algunos matices porque se trata –por una parte- de no reprimir ni exagerar la información, es decir mantener igual nivel cognitivo, variando únicamente el nivel propiamente emocional a convenciencia; y de otra, porque se trata –además de lo anterior– de poner el énfasis en las emociones placenteras y limitar las negativas, en uno mismo y en los otros. Es decir: de realizar una buena inversión de la energía emocional, que no distancie de la realidad, y que la haga lo más llevadera posible. Es ese tipo de actitud que habitualmente se denomina “ser una persona positiva” (sin necesidad de incurrir en algunas actitudes maníacas promocionadas por determinados libros de supuesta autoayuda).

En el lenguaje de la calle, se habla frecuentemente de dos tipos de personas: “las que ven la botella medio vacía” y “las que ven la botella medio llena”. Con esa frase gráfica están haciendo alusión al poder que cada persona tiene para construir su mundo. Especialmente su mundo afectivo. Ciertamente, la botella está medio vacía y medio llena, y en eso estarán de acuerdo los dos tipos de personas. No es, por tanto, un problema cognitivo ni de falta de conexión con la realidad. Ambas están conectadas. Pero depende de cuál de los dos aspectos tienda a ocupar la mayor cantidad de atención de la persona, el tono emocional de la una o la otra será bien distinto. Con un pequeño matiz: que, como señala Covey (1989/1990) la persona proactiva, que centra su atención y su acción en lo que puede hacer, y no en los límites de lo que no puede hacer, con frecuencia ve cómo (¿misteriosamente?) se amplía su área de poder más allá de lo que inicialmente sospechaba. Y ello no puede tener otra explicación más que la que responde al funcionamiento de la creatividad, cuyo ejercicio consiste en fabricar opciones donde antes no las había.

Estamos pues, en una característica muy peculiar de la inteligencia emocional: que se encuentra, en su nivel más alto, indefectiblemente vinculada a la creatividad. Creatividad ¿de qué?. Tengo la sospecha que la respuesta es: de calidad de vida.

Más allá de las personas que espontáneamente acceden a este tipo de actitud,

en la Psicoterapia Integradora Humanista también se ofrecen algunos recursos que la potencien. Veamos algunos de ellos.

- Un primer recurso es la toma de conciencia del propio poder emocional. En este sentido, se trata de comprender que las emociones no son algo mecánico, y que a un determinado estímulo sucede, indefectiblemente y de forma automática, una determinada emoción. Al respecto, y dentro del proceso terapéutico, en bastantes ocasiones entregamos y comentamos un esquema (Gledhill, 1981) que hace referencia a algunas falsas creencias en torno a las emociones, tales como:
 - Yo puedo hacerte sentir bien porque soy responsable de tus pensamientos y sentimientos.
 - Tú puedes hacerme sentir bien porque eres responsable de mis pensamientos y sentimientos.
 - Tú puedes hacerme sentir mal porque eres responsable de mis pensamientos y sentimientos.
 - Tú puedes hacerme sentir mal, pero yo puedo hacerte sentir peor.

Normalmente, cuando aportamos estas afirmaciones como falsas creencias que rondan el mundo afectivo, aparecen fuertes resistencias a aceptar que, en definitiva, el sujeto es dueño y responsable de sus emociones, y las gestiona como desee hacerlo. A la vez que eso, ejemplificamos los diferentes postulados con frases o principios de la vida cotidiana que refuerzan esas creencias: “no puedo decirle lo que pienso, porque si se lo digo se hundirá”; “mis problemas se acabarán el día que encuentre una persona que me quiera”; “si no te comes la sopa, la mamá se pondrá triste (o se enfadará)”; “es que si no les caigo bien a todos, me siento culpable”, y lindezas semejantes...

Pero más allá de la comprensión teórica de estas afirmaciones, que conllevan aceptar que el sujeto, en definitiva elige sus emociones (lo cual no quiere decir que siempre sea sano elegir las placenteras y reprimir las desagradables) y puede decidir cuándo una emoción agradable es útil o al menos no le separa de la realidad y puede recrearse en ella; cuándo una emoción desagradable es útil y conviene experimentarla; cuándo ha acabado su utilidad y no es precisa (o al menos con esa intensidad) porque el mensaje que llevaba ya ha sido recibido; así como puede decidir cuándo una emoción –tanto agradable como desagradable– es inútil y es mejor dejarla de lado.

Ejemplificaré con dos situaciones algunos de los recursos del modelo:

- Uno de ellos consiste en un juego grupal, elaborado por la autora, que denomino “la fiesta del malestar”. La propuesta del mismo la hago cuando alguno de los miembros del grupo manifiesta que alguien cercano es un agente habitual de malestar, porque continuamente le lanza frases con las que logra que se sienta culpable, estúpido, desgraciado, o cualquier otro tipo de sentimiento desagradable. Lo más común es que, sin preguntar

nada la terapeuta, otros miembros del grupo destaquen que a ellos también les ocurre lo mismo con alguna persona concreta. Es entonces cuando considero que es importante introducir el juego.

En la primera fase del mismo ofrezco a cada uno un folio con las cuatro falsas creencias antes citadas y las comentamos. Ya he dicho que normalmente varios protestan alegando que “de falsas no tienen nada”, y suele haber un debate en el que finalmente aceptan que buena parte de los malos sentimientos habituales están ahí porque estamos dando poder a los otros, o a la vida, no sólo de ofrecernos determinados acontecimientos, sino de decirnos –de una u otra forma– cómo nos hemos de sentir a raíz de ellos. Después les pido a los miembros del grupo que pongan ejemplos en los que se sienten mal con frases o comportamientos de los otros, en forma reiterativa: “mi jefe me habla de mal humor y yo me siento mal, porque pienso que está de mal humor por culpa de un error que cometí el día anterior”. Abro la posibilidad (aunque sea teórica, porque se trata no tanto de adivinar la realidad concreta sino de admitir la posibilidad, y con ello deshacer el automatismo emocional) de que al jefe le duela una muela y el malhumor no tenga que ver con el sujeto, sino con algo del propio jefe. Unos cuantos ejemplos más, y pasamos a la segunda fase.

En ella les propongo un criterio relacionado con la responsabilidad en la comunicación: cada cual es responsable de la invitación (a sentirse bien o a sentirse mal) que lanza al otro a través de sus mensajes. El otro es responsable de acoger o rechazar semejante invitación. A partir de aquí, les pido que cada cual escriba con letra grande en una cuartilla una frase que diga: “invitación a la fiesta del malestar”.

Después les pido que se coloquen por parejas, e imaginen que el otro es una de esas personas que “le hace” (es decir, le invita a, que es todo lo que puede hacer) sentirse mal. Luego les pido que, alternando los papeles, incorporen el personaje que el otro les describe como fuente de problemas, y asumiendo el rol de éste, entregue muy amable y cortésmente al otro la invitación a “la fiesta del malestar”, o sea, a pasar un rato sintiéndose mal. La tarea del otro es rechazarla, por más que la persona que le entrega la invitación insista o culpabilice por no querer cogerla, hasta que la persona “invitada” coge fuerza suficiente como para no gastar energía en dudar en si tiene o no que rechazarla, y en si el otro se sentirá mal con su negativa.

- Una manera bien diferente es trabajar, desde la metodología del *Focusing* de Gendlin, con dos modalidades de utilizarla que pueden ser hilvanadas sucesivamente, y que permiten, en un primer paso, despegarse de las emociones negativas, y en un segundo paso, acceder y potenciar emociones positivas.

El método del *Focusing* propone una serie de seis pasos (no es el momento

de dedicar espacio a explicarlo) para obtener cambios terapéuticos vinculados a lo que llamo “escucha rogeriana del cuerpo”, o sea, a la receptividad respecto a los mensajes corporales sutiles, fruto de la expresión del mundo psíquico en el cuerpo, y descodificación intuitiva de los mismos para aprovechar su sabiduría y sus orientaciones.

El primero de los seis pasos del *Focusing* se denomina “despejar un espacio” y está destinado a crear un ámbito corporal y psicológico libre de cualquier interferencia y tensión. No se trata sólo de una relajación propiamente dicha –que puede realizarse para moderar emociones negativas, y de hecho así la empleamos, a veces- sino de aprender a desidentificarse de los propios problemas, a despegarse de ellos. Naturalmente esto lleva automáticamente a un desprendimiento o alejamiento de las emociones a ellos vinculadas. Sintetizando el método de éste primer paso (Gendlin, 1981/1982), se trata de imaginar simbólicamente las preocupaciones actuales instaladas espaciadamente en el interior del cuerpo. La persona no tiene otro objetivo, en un principio, que reconocer que están presentes -ya sean sumamente importantes, ya sean “teóricamente” irrelevantes- y dejarlas a un lado. El caso es comprobar su existencia y hacerles imaginariamente un lugar junto al cuerpo donde poder dejarlas durante un rato. Mejor dicho: no necesariamente junto al cuerpo. Uno por uno, el sujeto va recibiendo y saludando a sus problemas y decidiendo, en base a sus sensaciones corporales, cuál es la mejor distancia para cada uno de ellas, escuchando las reacciones cenestésicas ante las diferentes propuestas imaginarias, para otorgarles esa distancia que experimenta como idónea. Por supuesto que el “despejar el espacio” da como fruto casi incontestable la moderación de las emociones negativas, al separar a la persona de las preocupaciones que le producen emociones desagradables. Una y otra vez se repite “tengo problemas, pero no soy mis problemas” o frases similares que llevan a la persona a su desidentificación con éstos, lo que comporta también un descenso de ansiedad, puesto que puede “quitarse” cualquier emoción que “lleve puesta”. El aprendizaje del primer paso del *Focusing* es entonces uno de los métodos más fácilmente aplicables por el sujeto, más allá de la sala de terapia.

- Otro trabajo propio de este método, y que atañe a la segunda subhabilidad de este apartado, consiste en crear y regular emociones agradables a través del “trabajo con la cualidad positiva”. En él, y una vez “despejado el espacio”, la persona elige una cualidad positiva con la que quiera trabajar. Puede tratarse directamente de una emoción, como alegría, o esperanza; de un estado de ánimo: calma, paz, serenidad; de un símbolo: luz; de una meta, de un estímulo... Cualquiera de esas categorías sirve como detonante para un trabajo en el que la respiración y la interiorización de la sensación

inicial que ese estímulo interno produce van permitiendo ahondar y arraigar, en un proceso deliberadamente elegido para la creación o intensificación de una cualidad positiva, que puede, por supuesto, tratarse de una emoción agradable o que conlleva emociones agradables. Un aspecto interesante con el trabajo de *Focusing* es que cuida sobremanera el grado de intensidad que la persona desea para esa cualidad, o emoción en el caso del que estamos ocupándonos. No hay una norma prevista de que “cuanto más de lo bueno, mejor”, sino que remite idiográficamente al presente del sujeto y a lo que intuitivamente siente como lo mejor para él en ese momento, que no siempre será lo más intenso, al igual que ocurrió antes con la distancia elegida para despejar el espacio.

Llegamos ahora al final del análisis de recursos en relación con la inteligencia emocional, y tan sólo nos queda ahora referirnos a la habilidad para moderar las emociones negativas en los otros y subrayar las placenteras en los mismos. Por todo lo dicho al principio de este apartado, queda claro que desde nuestro enfoque no nos atribuimos el poder sobre la reacción emocional de los demás sino tan sólo sobre la propia. Si embargo sí subrayamos el poder que tenemos de invitar al otro a sentirse bien o a sentirse mal, que constituiría propiamente el objeto de esta última habilidad. ¿Qué recursos utiliza el modelo para desarrollarla?

En primer lugar diremos que a lo largo de toda la terapia se suelen explorar y aprender toda una serie de posibilidades, ligadas a la expresión socializada de la emoción, en el sentido referido a propósito del apartado A del nivel 3. Siguiendo a Moiso (1983) se propone como pauta general en ese esquema –que consideramos fundamental para nuestro trabajo con las emociones básicas– el cierre de la *gestalt* iniciada por el estímulo que desencadenó la reacción emocional mediante la expresión socializada de aquéllas, de tal modo que esa expresión sirva para neutralizar los estímulos destructivos o amenazantes, aceptar con serenidad las pérdidas, o disfrutar de las satisfacciones en forma solidaria. Ya se comprende que este esquema se utiliza en doble dirección, es decir: a la vez que se estimula a la persona a poner en marcha estas posibilidades que llevan a un buen cierre emocional en sí misma, se le estimula a complementar en igual forma los procesos emocionales de los otros y, por ello, ayudarles, si lo desean, a aliviar las emociones desagradables e intensificar las agradables.

Buena parte de este aprendizaje se realiza a través de los sucesivos diálogos gestálticos que a lo largo de todo el proceso realiza el cliente. El hábito de aprender a colocarse en el lugar del otro, va calando en el sujeto y haciéndole más sensible e intuitivo hacia personas con unos intereses y características diferentes a los suyos, y preparándole para dar respuestas empáticas que contribuirán a aliviar el malestar ajeno y tonificar los estados de ánimo agradables.

Otra parte de ese aprendizaje se realiza teniendo en cuenta las situaciones más difíciles de la relación interpersonal, acudiendo a métodos específicos de análisis

de un tipo determinado de relaciones, como ocurre en el trabajo con el “Desacuerdo racional” de Jongeward (1978/1980), o como en el caso del trabajo con los “juegos psicológicos” (Berne, 1964/1976), en el que la persona aprende a evitar procesos de interacción negativos y repetitivos, con una motivación inconsciente, evitación que suprimirá algunas de las dinámicas emocionales más dolorosas y desagradables que interfieren en la vida cotidiana.

En igual sentido, se trabaja con el concepto de “juegos de poder” (Steiner, 1981). También aquí se trata de aprender a manejar la interacción social de momentos conflictivos buscando la obtención de una buena sintonía emocional. En este caso, se trata de situaciones en que alguno de los implicados tiene como objetivo obligar al otro a realizar algo que no quiere hacer o a omitir algo que quiere hacer. Las propuestas de análisis y elección de respuestas cooperativas constituyen una ayuda para evolucionar desde una situación de enfrentamiento y hostilidad, hacia otra de colaboración y armonía afectiva.

No quiero acabar esta descripción sin señalar que, ante todo, es el trabajo grupal el que enseña al desarrollo de estas últimas habilidades. Un trabajo grupal en el que, si el terapeuta reúne la suficiente inteligencia emocional por su parte, es fácil que los participantes aprendan a respetar al distinto, a disfrutar de tener buenas relaciones con los demás sin perder la sinceridad (afrontando directamente el gran miedo que muchas veces existe, a perder la relación si se es honesto), a apoyarse mutuamente y adquirir la sabiduría que da prestar atención profunda a otro ser humano diferente a uno mismo.

Pero ¿y si el terapeuta no tiene suficiente inteligencia emocional?...

Tras una breve presentación del modelo de Psicoterapia Integradora Humanista (del que son creadores la propia autora y Ramón Rosal), y de sintetizar el papel y tratamiento que tienen las emociones en dicho modelo, el artículo aborda el constructo de la inteligencia emocional. Desde el enfoque que proponen Salovey y Mayer, el texto va ascendiendo uno por uno a través de los cuatro grandes niveles de este modelo de inteligencia emocional, y de las subhabilidades integrantes de cada uno de ellos. Conforme va avanzando en esta descripción sistemática, va apuntando algunas intervenciones psicoterapéuticas que se realizan desde la Psicoterapia Integradora Humanista para el aprendizaje de cada una de estas habilidades.

Palabras clave: inteligencia emocional, psicología humanista, psicoterapia, terapia de grupo, integración

Referencias Bibliográficas

- ALLPORT, G.W. (1963). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart and Winston (Trad. cast. *La personalidad. Su configuración y desarrollo* (5ª ed.). Barcelona: Herder, 1975).
- BAR-ON, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventori (EQ-i): A test of emotional intelligence*. Toronto: Multi-Health Systems.
- BERNE, E. (1964). *Games people play. The psychology of human relationships*. New York: Grove Press (Trad. cast. *Juegos en que participamos*. México: Diana, 1976).
- BERNE, E. (1973). *What do you say after you say hello?* New York: Grove Press (Trad. cast. *¿Qué dice usted después de decir "hola"?* Barcelona: Grijalbo, 1974).
- BOADELLA, D. (1987). *Lifestreams. An introduction to Biosynthesis*. New York: Routledge&Kegan (Trad. cast. *Corrientes de vida*. Buenos Aires: Paidós, 1993).
- COVEY, S.R. (1989). *The seven habits of highly effective people*. New York: Simon and Schuster (Trad. cast. *Los siete hábitos de la gente eficaz*. Barcelona: Kairós, 1990).
- DARWIN, C.R. (1872/1965). *The expression of the emotions in the man an animals*. Chicago: University of Chicago Press.
- EGAN, G. (1976). *The skilled helper*. Monterrey, C.A.: Books Cole.
- ENGLISH, F. (1971). The substitution factor: rackets and real feelings Part. I). *Transactional Analysis Journal*, 1:4, 27-32.
- ENGLISH, F. (1972). The substitution factor: rackets and real feelings Part. II). *Transactional Analysis Journal*, 2:1, 23-25.
- ENGLISH, F. (1976). Racketeering. *Transactional Analysis Journal*, 6:1, 78-81.
- ERNST, F. (1973). Psychological rackets in te OK Corral. *Transactional Analysis Journal* 3:2, 19-23.
- EUROPEAN ASSOCIATION FOR HUMANISTIC PSYCHOLOGY (1980). Presentación del Quatrième Congrès Annuel pour la Psychologie Humaniste (Ginebra, 27 julio-3 agosto).
- FERRUCCI, P. (1982). *What we may be*. Thorsons Pub. Group Ltd. (Trad. cast. *Psicosintesis*. Málaga: Sirio, s/f).
- GARDNER, H. (1983). *Frames of Mind: the theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.
- GENDLIN, E.T. (1981). *Focusing*. New York: Bantam Books (Trad. cast. *Focusing. Proceso y técnica del enfoque corporal*. Bilbao: DDB, 1982).
- GENDLIN, E.T. (1987). On emotion in therapy. En *The Focusing Folio*. Vol 6, nº 3, pp. 102-123.
- GENDLIN, E.T. (1996). *Focusing-Oriented Psychotherapy*. New York y Londres: The Guilford Press (Trad. cast. *El Focusing en psicoterapia. Manual del método experiencial*. Barcelona: Paidós, 1999).
- GIMENO, A. (1985). Esculpiendo mis emociones. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* 11, 63-66.
- GIMENO-BAYÓN, A. (1996). *Comprendiendo cómo somos. Dimensiones de la personalidad*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- GIMENO-BAYÓN, A. (2003a). *Un modelo de integración de la dimensión corporal en psicoterapia*. Barcelona: Autoedición del Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista.
- GIMENO-BAYÓN, A. (2003b). El tratamiento de las emociones en psicoterapia. En M. L. Amigo y M. Cuenca (Eds.). *Humanismo y Valores* (pp. 135-151). Bilbao: Universidad de Deusto.
- GIMENO-BAYÓN, A. (2004). *Comprendiendo la Psicoterapia de la Gestalt*. Barcelona: Autoedición del Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista.
- GIMENO-BAYÓN, A. y ROSAL, R. (2002). *Manual de Psicoterapia Integradora Humanista*. Bilbao: DDB.
- GLEDHILL, C. (1981). Seminario presencial dictado en Barcelona, durante el mes de marzo.
- GREENBERG, L. S. (1990). La investigación sobre el proceso de cambio. *Revista de Psicoterapia* 4, 57-71.
- GREENBERG, L. S. (1992). Analysis of therapeutic events. III *International Conference on Constructivism in Psychotherapy*, celebrado en Barcelona, en el mes de septiembre.
- GREENBERG, L.S., RICE, L.N. y ELLIOT, R. (1993). *Facilitating emotional change: the moment-by-moment process*. New York y Londres: The Guilford Press (Trad. cast. *Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto*. Barcelona: Paidós, 1996).
- GREENBERG, L.S. y SAFRAN, J.D. (1987). *Emotion in Psychotherapy*. New York y Londres: The Guilford Press.
- HOYT, M.F. (1989). Psychodiagnosis of personality disorders. *Transactional Analysis Journal*, 19:2, 101-113.
- JONGEWARD, D. (1978). *Choosing succes*. New York: John Wiley & Sons, Inc. (Trad. cast. *En busca del éxito*. México: Limusa, 1980).

- KEPNER, J. (1987). *BodyProcess*. New York: Gardner Press, Inc. (Trad. cast. *Proceso corporal*. México: Manual Moderno, 1992).
- KERTÉSZ, R. e INDUNI, G. (1981). *Manual de Análisis Transaccional*. Buenos Aires: Conantal.
- LAMMERS, W. (1995). Les réactions kinesthésiques du thérapeute en tant qu'outil de traitement. *Actualités en Analyse Transactionnelle*, 74, 52-58.
- LANE, R. y SCHWARTZ, G. (1993). Niveles de conciencia emocional: implicaciones para la integración en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 16, 21-38.
- LASA, A. (2000) Métodos tradicionales vs. multidimensionales en la inducción de emoción. *R.E.M.E.* (5), 10. On line: <http://reme.uji.es/articulos/alasa4011505102/texto/html>.
- LERSCH, P. (1966). *Aufbau der Person* (8ª ed.). München: Johan Ambrosius Barth (Trad. cast. *La estructura de la personalidad*, 8ª ed., Barcelona: Scientia, 1971).
- LEVITSKY, A. y PERLS, F. (1970). *Gestalt Therapy now. Theory, techniques, applications*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books (Trad. cast. *Las reglas y juegos de la terapia gestáltica*. En J. Fagan e I. Shepherd (Eds.): *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica* (pp. 144-152). Santiago de Chile: Amorrortu, 1973).
- LOWEN, A. (1975). *Bioenergetics*. New York: Penguin Books (Trad. cast. *Bioenergética*. México: Diana, 1977).
- MAYER, J.D. y SALOVEY, P. (1990). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17, 433-442.
- MAYER, J.D., SALOVEY, P. y CARUSO, D. (2000). Emotional intelligence as Zeitgeist, as personality and as mental ability. En R.J. Sternberg (Ed.) *Handbook of intelligence* (pp. 396-421). New York: Cambridge University Press.
- McCOY, M.M. (1977). A reconstruction of emotion. En D. Bannister (Ed.) *New perspectives in personal construct theory* (pp. 93-124). Londres : Academic Press.
- MITCHELL, A. (1983). Parent Grafting: a second chance at utter reliability. *Transactional Analysis Journal*, 13:1, 25-27.
- MOISO, C. (1983). *Teoría psicológica y neurofisiológica de los sentimientos y proceso terapéutico*. Seminario dictado en Barcelona, durante el mes de noviembre.
- MORENO, J.L. (1946-1969). *Psychodrama*. (Vols. 1-39 Beacon, N.Y. : Beacon House).
- PETERSON, L. (1980). La fiche d'analyse des caresses. *Actualités en Analyse Transactionnelle*, 15, 127-128.
- ROSAL, R. (2002). *El poder psicoterapéutico de la actividad imaginaria y su fundamentación científica*. Barcelona: Autoedición del Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista.
- ROWAN, J. (1986). A la caza de la herejía en la Psicología Humanista. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* 14/15, 36-40.
- SALOVEY, P. y MAYER, J.D.(1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- SALOVEY, P. y MAYER, J.D. (1997). What is Emotional Intelligence?. En P. Salovey y D.J. Sluyter (Eds.) *Emotional development and emotional intelligence. Educational implications* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- SNYDER, L. (1980). Un outil por l'analyse des schémas des caresses. *Actualités en Analyse Transactionnelle*, 15, 124-126.
- SPRIETSMA, L. (1980). Le caressoscope: un diagramme por l'analyse des caresses. *Actualités en Analyse Transactionnelle*, 15, 118-123.
- STEINER, C.M. (1971). The stroke economy. *Transactional Analysis Journal*, 1:3, 9-15.
- STEINER, C.M. (1974). *Scripts people live*. New York: Bantam (Trad. cast. *Los guiones que vivimos*. Barcelona: Kairós, 1992).
- STEINER, C. M. (1981). *The other side of power*. New York: Grove Press.
- STEVENS, J.O. (1971). *Awareness: exploring, experimenting, experiencing*. Moab, U.T.: Real People Press (Trad. cast. *El darse cuenta. Sentir, imaginar, vivir*, 2ª ed.. Santiago de Chile: Cuatro Vientos, 1978).
- ZALCMAN, M. (1993). Analyse des jeux psychologiques et analyse du racket: vue d'ensemble, critique et perspectives d'avenir. *Actualités en Analyse Transactionnelle*, 65, 21-39.
- ZINKER, J. (1977). *Creative process in Gestalt Therapy*. New York: Brunner Mazel Inc. (Trad. cast. *El proceso creativo en la terapia gestáltica*. Buenos Aires: Paidós, 1979).

LAS EMOCIONES COMO CONSTRUCTO TEÓRICO Y COMO PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA. EL CASO DE LA PSICOTERAPIA INFANTIL

Barbara Sini y Lino Graziano Grande
Università di Torino. E-mail: sini@psych.unito.it

Psychotherapy is an "extra-ordinary" field of experience in which the psychotherapist is requested to have the ability to manage emotions in order to enhance the patient's skills to regulate his or her emotions. This is beyond the ordinary experience because in this kind of setting, it is not only the patients who recall their emotional events happened in the past, requiring the therapist to be empathic, but they also elicit, continuously and frequently, emotional reactions in the psychotherapist, especially in sessions where both are deeply involved. In this kind of deep relationship something happens that is somatic and kinetic and not only cognitive, especially when psychotherapy is applied to children or adolescents. This kind of psychotherapeutic session is a precious occasion to learn how to express, understand, and manage emotions. This article presents some different theories on emotion, which explain in different ways the factors that elicit emotions in everyday life and which processes are involved. The description of psychotherapeutic sessions with three different preadolescents tries to show how the therapist's concept about the specific model of emotions affects their relationship and enhances Emotional Competence.

Key words: emotions, psychotherapy, children, adolescents, psychotherapist's reactions.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo es un intento de unificar los datos procedentes de dos ámbitos distintos de la psicología, entendida como ciencia del comportamiento del ser humano: los que emergen de la investigación básica y los que proceden de la práctica psicoterapéutica. Con este objetivo, el fenómeno de las emociones se puede concebir como un interesante constructo conceptual que recientemente ha captado la atención tanto de los investigadores de la psicología general, como de los psicoterapeutas pertenecientes a distintas orientaciones y abordajes. Debido a las dificultades que plantea la investigación en el ámbito de las emociones, la psicología experimental ha desatendido esta área durante largo tiempo, lo que ha llevado

la psicología básica a presentar el ser humano como sujeto que razona, percibe y memoriza, pero difícilmente como individuo que siente, vive y experimenta emociones y sentimientos.

Al contrario, la psicología clínica, desde siempre, ha dirigido su interés hacia los procesos emocionales, y ha generado muy diversas interpretaciones sobre las emociones referidas por los pacientes.

Sin embargo, a menudo los planteamientos asumidos como fundamento de la disciplina psicoterapéutica no están contrastados por estudios e investigaciones que pongan las bases para modelos teóricos compartidos y unánimes sobre qué se entiende por emoción.

Debido a que el paciente en tratamiento experimenta una sucesión constante de eventos, el psicoterapeuta se encuentra en una situación privilegiada para revivir con él las emociones generadas durante el curso de su historia, y para observar en el *aquí y ahora* los sucesos emocionales propuestos por la situación transferencial. El psicoterapeuta se hace partícipe tanto de la causa como del efecto de la experiencia emocional subjetiva del paciente.

Los fenómenos descritos se hacen todavía más patentes en la psicoterapia con niños, que, en el contexto de la relación con el adulto, viven y proponen y a través del juego su propia manera de experimentar las emociones, facilitando que el psicoterapeuta las comparta con ellos de forma empática.

El investigador científico ocupa, en comparación, una posición de desventaja, dado que no tiene la posibilidad de observar la manifestación de las emociones en el mismo momento en que el sujeto las vive, a causa de los problemas deontológicos que no consienten su evocación en el marco experimental.

Por ello, la mayoría de las veces se tiene que conformar con el estudio de algunos de los componentes específicos de la emoción, como sus correlatos fisiológicos, la expresión facial o su representación conceptual a través de los relatos verbales, –los *self-reports*– que se remiten a las experiencias pasadas de los sujetos.

La emoción, sin embargo, es algo distinto y algo más de su simbolización. En efecto, se mueve en un plan totalmente distinto de la representación mental y consciente de la experiencia, que es, en esencia, de tipo conceptual. (Galati, 1993).

Es indudable que la vivencia emocional en el marco psicoterapéutico no consigue reproducir ni de lejos la multiplicidad de las situaciones y de los acontecimientos experimentada en general por un individuo en el transcurso de su experiencia cotidiana. En el contexto psicoterapéutico, sin embargo, la cualidad de la experiencia emocional vivida en la relación, así como la intensidad de las emociones evocadas, se pueden considerar algo más que una simple representación conceptual del conocimiento de las emociones propias y ajenas. Efectivamente, lo que permite el cambio en el proceso psicoterapéutico, no es tanto la narración de las experiencias emocionales que se desencadenan en la vida diaria del paciente/

cliente, sino la posibilidad que se le ofrece de experimentarlas en el contexto de una relación que, si bien se integra a la vida cotidiana, se distingue de ella por su carácter “extraordinario”, que la diferencia de lo rutinario, de lo habitual y de la vida de cada día. La experiencia “extraordinaria” de la psicoterapia consiste en “vivir las emociones con” el psicoterapeuta, en una relación que, por un lado, permite que se reproduzcan las modalidades relacionales que el paciente emplea habitualmente con el mundo externo; por el otro, las supera, por medio de un trabajo de “re-lectura” de los significados adquiridos por las dinámicas relacionales en ese contexto. Las emociones en el encuadre terapéutico (*setting*), pues, se generan a partir de la compleja interacción entre la “*Weltanschauung*” del paciente y la “*Weltanschauung*” del terapeuta, en un proceso que, por un lado, abarca los numerosos significados de vivir las emociones en el marco de una relación, y, por el otro, brinda múltiples posibilidades para modificar los parámetros de evaluación de la propia experiencia relacional externa.

De aquí surge la necesidad de emprender proyectos de investigación en psicoterapia, en general, y sobre las emociones, en particular. Si se considera, pues, el trabajo psicoterapéutico como un proceso de cambio que implica, ante todo, el conocimiento del mundo emocional del paciente, resulta necesario, más que nunca, emprender un estudio válido y fiable que responda a unos interrogantes fundamentales: ¿Qué emociones afloran con más frecuencia en el ámbito de la relación psicoterapéutica? ¿Con qué modalidad? ¿Qué relación guardan estos fenómenos con el cuadro psicopatológico del paciente? ¿Qué funciones desempeñan estas emociones en la relación psicoterapéutica? ¿Qué significado tiene el hecho de que en sesión el paciente siempre evoque determinadas experiencias emocionales más que otras? ¿De qué forma y por qué en psicoterapia se considera útil trabajar en la línea de ampliar la gama de emociones vividas por el paciente en su propia vida cotidiana? ¿Cómo acoger y manejar las emociones agradables o desagradables que el paciente experimenta hacia el terapeuta? ¿Y por qué es importante manejarlas cuidadosamente?

No se puede responder a estas preguntas sin antes conocer algunos modelos teóricos de la psicología básica que aclaran la función y la naturaleza de las emociones, sobre la base de datos procedentes de la investigación empírica. Sólo de esta manera, probablemente, se puede poner en marcha proyectos de investigación en el ámbito de la psicoterapia con el objetivo de alcanzar un acuerdo general sobre lo que se entiende por emoción y cuál es su finalidad. Y, por último, ¿es posible hablar de teleología en las emociones (Grandi, 2003)? Como afirma Carnap, aun que no se alcance una definición totalmente unánime de la emoción, podría ser útil, de todas formas, explicitar a qué modelo teórico se hace referencia para definir este objeto y las relaciones que pudiera tener con otros objetos u otros conceptos relacionados como, por ejemplo, el concepto de cambio, de bienestar, de relación interpersonal armónica, de interés social, etc.

En el presente trabajo se intentará, pues, ofrecer una breve descripción de los diferentes modelos teóricos que gozan de mejor consideración por estar mejor sistematizados y fundamentados sobre datos empíricos. Aun cuando no ofrezcan una explicación unívoca del fenómeno emoción, sería deseable que pudieran representar un motivo de reflexión para el lector, para que pueda identificar a qué conceptos de emoción hace referencia en su práctica de la psicoterapia. En particular, se explorarán y se cotejarán las opiniones más acreditadas sobre el qué y el cómo de la génesis de las emociones, especialmente sobre los que la literatura del área de la Psicología de las emociones define como “antecedentes situacionales de las emociones” (*emotion-eliciting situations*).

Para acotar ulteriormente el ámbito extremadamente amplio y fascinante de la psicoterapia, en que tales conocimientos de las emociones pueden encontrar una aplicación útil, hemos preferido detenernos únicamente en la psicoterapia infantil. Para ejemplificar los conceptos explorados teóricamente, presentaremos unos casos de terapia de tres sujetos entre los 11 y los 13 años, que aportan unas claves de lectura para la comprensión de las emociones.

La elección de esta franja de edad se debe a la convicción que la comunicación de las emociones experimentadas en el contexto de la relación, en estos casos, es más directa y espontánea. Entre los 11 y los 13 años, es decir, en la edad de la pubertad, las capacidades cognitivas para poder expresar verbalmente los contenidos de la propia experiencia subjetiva en general ya están adquiridas, si bien de forma sumaria y poco precisa; así mismo, debería estar consolidada la habilidad para identificar el motivo y el agente de la acción o de la situación que elicitó la emoción, capacidad que aparece a partir de los 8 años (Camras y Allison, 1989; Harter y Whitesell, 1989). Sin ser adultos, los chicos de esta edad son especialmente hábiles en provocar en el terapeuta las emociones que ellos mismos experimentan y, con tal de conseguirlo, y siendo más libres de condicionantes en comparación con la mayoría de adultos, inventan mil juegos, mil situaciones, mil oportunidades de intercambio, en que se implican también corporalmente.

1. LOS ANTECEDENTES SITUACIONALES DE LAS EMOCIONES (*EMOTIVE-ELICITING SITUATIONS*).

El estudio de las emociones, hasta los años sesenta, había ocupado un lugar marginal en la investigación psicológica. Esto se debía, en parte, a la falta de un modelo teórico unitario de referencia, y, por encima de todo, a la dificultad de identificar una metodología de investigación experimental en una disciplina que pretendía definirse científica.

De hecho, a partir de los años sesenta, el interés por el argumento se ha reavivado y ha dado lugar a una proliferación de investigaciones cuyos resultados han influido notablemente en la dirección tomada por el estudio de las emociones hasta nuestros días. Se trata de investigaciones que han abordado este tema

centrándose, sobre todo, en aspectos específicos, que han restringido la atención alrededor de componentes particulares como las expresiones faciales, el lenguaje y los aspectos fisiológicos. En cambio, los aspectos subjetivos y difíciles de investigar, como los que se refieren a los antecedentes emocionales, es decir, las situaciones normales del transcurso de la vida cotidiana que tienen la capacidad para suscitar emociones, han sido desatendidas casi por completo.

¿Qué es lo que provoca emociones?

En una conocida compilación coordinada por Ekman y Davidson (1994) con el título: “*The nature of emotion: fundamental questions*”, se aborda el problema de cuáles puedan considerarse los aspectos universales de los antecedentes situacionales. Del debate emerge una tendencia al acuerdo entre autores sobre la existencia de algunos aspectos universales, cuya definición descansa en el papel de los componentes tanto biológicos como culturales.

Todos concuerdan en que la elicitación de la emoción depende no tanto de los estímulos mismos sino de su evaluación. Más allá de estos puntos de encuentro general, se aprecian diferencias substanciales que están a la base de modelos teóricos incluso muy diferentes.

El modelo teórico de Ekman (1994) se sustenta fundamentalmente en las observaciones que el autor llevó al cabo sobre las expresiones faciales. Sobre esa base dedujo, en un primer momento, que los eventos que podían suscitar emociones se aprendían socialmente y que, por ello, eran específicos para cada cultura, a diferencia de las expresiones faciales de las emociones que son innatas, universales y específicas de la especie. Sin embargo, las evidencias empíricas del trabajo transcultural de su alumno Boucher (Boucher y Brandt, 1981) sobre los antecedentes situacionales no parecían apoyar su hipótesis. De hecho, los datos de la investigación pusieron de manifiesto aspectos compartidos incluso por poblaciones muy distintas, que llevaron a Ekman a reformular su propia teoría y a admitir que, en un plan abstracto y conceptual, junto a características específicas, pueden coexistir algunos elementos comunes a varias culturas, que hacen suponer la existencia de unos aspectos universales en los antecedentes. Según Ekman, queda irresuelto el problema de determinar qué parte se hereda por filogénesis y cuál se aprende por ontogénesis. El autor afirma que se pueden identificar estímulos antecedentes que pueden elicitar emociones básicas (rabia, miedo, alegría, tristeza, asco y sorpresa) de forma universal, y presenta para cada uno de ellos un listado con cierto número de eventos. Por ejemplo, para la rabia serían cinco: frustración como consecuencia de la interferencia en una actividad emprendida, amenaza física, insulto, ver alguien que quiebra las normas, percibir la rabia de otra persona hacia uno mismo. Éstos serían consecuencia de la evolución filogenética y reflejarían los eventos más importantes, o más frecuentes, que nuestros antepasados se encontraron, y tuvieron como consecuencia el desencadenarse inmediato de una respuesta emocional según un modelo (*pattern*) que responde a necesidades adaptativas. Las

respuestas de este tipo equivaldrían a las que Ekman llama “evaluaciones automáticas” (*automatic appraisals*), es decir, respuestas del organismo a un acontecimiento que provoca, en pocos milisegundos, una cascada de cambios emocionales que no siempre conllevan la conciencia de lo que está ocurriendo. Se diferencian substancialmente de las que denomina “evaluaciones extensas” (*extended appraisals*), que entrañan una actividad más parecida a la resolución de problemas (*problem solving*) que a un comportamiento reflejo. Un evento se evalúa y se valora antes de poner en marcha la respuesta emocional. En ese proceso de evaluación los aspectos ontogenéticos desarrollan un papel prominente en comparación con los componentes filogenéticos. Ekman, pues, reconoce que los procesos de evaluación de naturaleza cognitiva también pueden desencadenar respuestas emocionales, sin embargo, considera que su explicación en términos de “evaluación extensa” (*extended appraisal*) no es adecuada para describir la rapidez de algunas respuestas emocionales que sólo se explica por la transmisión genética. A su parecer, debe de existir un número limitado de acontecimientos capaces de desencadenar respuestas automáticas específicas para cada una de las seis emociones definidas por él como primarias (ver el ejemplo anterior sobre la rabia), y una cantidad relativamente más amplia de eventos que, en cambio, pueden ser aprendidos. El aprendizaje puede ser más o menos rápido, según el parecido de los acontecimientos con uno de los eventos heredados filogenéticamente para esa emoción. El mismo Ekman reconoce la dificultad de recoger observaciones empíricas que sustenten esta hipótesis, sin embargo, considera que la medición de la latencia de las reacciones emocionales en respuesta a tales eventos específicos podría proporcionar datos útiles para la comprobación de sus formulaciones teóricas.

El modelo elaborado por Frijda también prevé la existencia de *eventos-tipo* capaces de elicitar universalmente, o casi, un estado afectivo (1994). Se trata de estímulos para los cuales los seres humanos son emocionalmente sensibles de forma innata. Desde cierto punto de vista se podría decir que estos eventos-estímulo poseen de forma intrínseca una característica de agrado o de desagrado. Lo que se desencadena a raíz de estos eventos, sin embargo, no se puede considerar estrictamente como una emoción, antes bien se trataría de afectos positivos o negativos que se ubican en un nivel de generalización distinto al de las emociones propiamente dichas; Frijda denomina este nivel de generalización de la “valencia”.

Para que un evento suscite una emoción determinada es necesario que sea relevante para uno o más intereses (*concerns*) del sujeto. En la teoría de Frijda (1986) los intereses del individuo coinciden con los aspectos subjetivos que podríamos definir “elementos disposicionales”, es decir, el conjunto de motivaciones o de razones por los cuales el sujeto se esfuerza, sea por mantener u obtener el estado afectivo provocado por el evento (en caso de que provoque un estado afectivo positivo, como el vínculo, la perspectiva de vida, la autoestima y la preferencia por lugares desconocidos, entre otros), sea por esquivar ese evento o

para prevenirlo (en caso de que suscite un estado afectivo negativo, como, por ejemplo, la amenaza a la supervivencia, la inquietud ante los lugares desconocidos, etc.).

Desde esta perspectiva sólo se puede hablar de emoción cuando los eventos constituyen un *“reto a las capacidades del individuo para hacer frente a un acontecimiento dotado de una valencia afectiva”* (Frijda, 1986). La toma en consideración y la evaluación de las características y las implicaciones del evento-estímulo, y su comparación con las condiciones de satisfacción de los intereses, se pueden concebir como funciones desarrolladas por los procesos de evaluación (*appraisal patterns*). En efecto, por medio de los mecanismos de evaluación, los eventos-estímulo se transforman en eventos-código, o en la que Frijda denomina *“estructura de significado situacional”*, que es la que finalmente desencadena las emociones. Para citar una frase del mismo Frijda (1986): *“Los estímulos emocionales son los que el sujeto ve, o la manera en que los ve”*, puesto que nada puede provocar emociones de forma desligada de los intereses (*concerns*) del individuo.

Desde ambas perspectivas la emoción es presentada como elemento mediador entre el organismo y el ambiente, dada su capacidad para provocar acciones (Ekman), o tendencias a la acción (Frijda), dirigidas a la satisfacción de las necesidades orgánicas, en primer lugar la de la supervivencia y de la protección de la especie. Asimismo, la emoción media en la apreciación de las demandas o de las normas ambientales y en la necesidad de mantener positiva la autoimagen (Scherer, 1984). Precisamente del intento de explicar la relación entre aspectos biológicos, presumiblemente heredados filogenéticamente, y elementos relacionados con la variabilidad cultural, más vinculados con el desarrollo ontogenético, surge la descripción de Lazarus (1994) de su modelo teórico. En la exposición de su aproximación teórica utiliza cinco proposiciones que aclaran cuales son los aspectos de los antecedentes situacionales que se pueden considerar innatos, y cuáles aprendidos. Lazarus empieza por observar que (primera proposición) *“todo animal mamífero tiene la capacidad biológicamente fundada de monitorizar continuamente lo que ocurre en el entorno y de ponerlo en relación con su propio bienestar”*. Gracias a este proceso de evaluación (*appraisal*) el individuo sabe responder selectivamente a las situaciones que traen un significado de daño y amenaza (o beneficio) para el propio bienestar, y, por consecuencia, sabe afrontarlas de forma adaptativa (o, en caso de beneficio, procura que no se interrumpen).

“El proceso de appraisal (segunda proposición) siempre hace referencia a un significado relacional”. El hecho que un evento adquiera un significado de daño, amenaza o beneficio para el propio bienestar depende de la relación recíproca entre las condiciones presentes en el entorno y los objetivos, las metas y los recursos personales de adaptación. Esta relación, para Lazarus, es específica para cada emoción, dado que para cada grupo de respuestas emocionales se identifican núcleos de significado relacional, *Core Relational Themes* (CRT), con capacidad específica para elicitar cada una de las emociones. Los CRT se pueden concebir

como configuraciones prototípicas que definen el daño-clave o el beneficio-clave que comporta la relación entre individuo y entorno. Lo que puede ser “*innato es (tercera proposición) la conexión entre CRT y la emoción específica*”. En particular, si se considera esa conexión como una forma de razonamiento del tipo “si-entonces”, podemos afirmar que “si” una persona evalúa la propia relación con el entorno de esa forma específica, “entonces” siempre seguirá esa emoción específica, es decir, la emoción vinculada a ese modelo (*pattern*) de evaluación específico. En cambio, “si” dos individuos evalúan el significado de dos eventos distintos de la misma manera, “entonces” reaccionarán inevitablemente con la misma emoción.

“*Las capacidades del individuo (cuarta proposición) para afrontar el evento, es decir, las capacidades de coping, cambian la emoción, puesto que modifican el proceso de evaluación (appraisal)*”. Dado que la capacidad de afrontamiento (*coping*) pertenece a todas las especies, se puede considerar universal, sin embargo, el afrontamiento humano se basa también en el conocimiento y en los valores adquiridos.

Esta proposición incluye, pues, aspectos tanto biológicos como culturales, por cuanto las capacidades de afrontamiento son el resultado de ambos componentes, el universal y el variable.

“*Por último, la variabilidad en los procesos de respuesta emocional a los eventos, (quinta proposición) descansa en el principio ontogenético: las diferentes formas de evaluación (appraisal) de la relación persona-entorno dan lugar a distintos procesos emocionales*”. Tales variaciones son debidas a la personalidad de cada individuo, que, mirada tanto en su dimensión individual como por su procedencia cultural, repercute en lo que hemos llamado “si” en la fórmula de causalidad lineal “si-entonces”. Esto crea una interrelación funcional entre los principios psicobiológicos y los ontogenéticos: los universales biológicos vinculan, por así decirlo, los “sís” a los “entonces”, mientras que las fuentes de variabilidad cultural intervienen exclusivamente en los “sís” ejerciendo su influencia en la evaluación personal del significado de lo que ocurre, tal vez a través de las capacidades de afrontamiento.

En síntesis, la posición de Lazarus está fundada en el supuesto que el proceso de génesis de una emoción se desencadena por un mecanismo innato que vincula un núcleo de significado relacional (CRT) con una emoción específica. Cuando se realiza la evaluación del CRT adecuado, se genera la emoción de rabia, de ansiedad, de orgullo, o de otra clase, conjuntamente a la tendencia innata a la acción que la acompaña.

Las ideas que Lazarus parece apenas mencionar en su teoría sobre la evaluación de los antecedentes situacionales de las emociones, confluyen en una más amplia elaboración realizada por los teóricos que tratarán más específicamente las teorías de la evaluación (*appraisal theories*) (Smith y Ellsworth, 1985; Roseman, 1984; Scherer, 1984, 1993).

Éstos tienen el mérito de haber formalizado unos modelos explicativos que describen los procesos de evaluación de los eventos emocionales. Para más brevedad y claridad únicamente describiremos el modelo procesual-componencial elaborado por Klaus Scherer (1984, 1993), cuya sistematización ha encontrado el consenso más general de todas, incluso entre los demás teóricos de las evaluaciones (*appraisals*), y que constituye un punto de referencia fundamental entre las teorías cognitivas de las emociones.

Scherer sostiene que en el estudio de las emociones no se debe desatender los aspectos que se refieren a su función adaptativa, ni tampoco hay que renunciar a la investigación sobre sus orígenes filogenéticos. En efecto, este autor concuerda con Ekman en que el ser humano se halla a menudo delante de situaciones que se pueden considerar análogas a las que podrían presentarse en la vida de cualquier otra especie animal (Scherer, 1994). Hay algunas clases de situaciones que comportan un estado de emergencia del organismo, como, por ejemplo, los casos de frustración de las necesidades, de peligro por la supervivencia, o de pérdida de un pariente o de un compañero. Dada la posibilidad, pues, de hallar estructuras de antecedentes situacionales que requieren mecanismos de adaptación equivalentes en el ser humano y en los animales, tanto más probable debería ser encontrar un alto grado de universalidad entre los antecedentes situacionales de las emociones en las más diversas culturas, al menos en el ámbito de “estructura profunda”. Las investigaciones realizadas por el autor sobre los eventos que pueden elicitar emociones, por medio de cuestionarios administrados en 47 países de los 5 continentes (que se describirán en detalle más adelante), han llevado a la conclusión que las diferencias registradas entre los antecedentes situacionales de las emociones son debidas sólo por un tercio al efecto del tipo de emoción. Esta importante línea de investigación emprendida por Scherer muestra que los antecedentes situacionales son universales por lo que concierne las características estructurales más profundas, y, asimismo, culturalmente específicos, por cuanto se refiere a los valores, las costumbres, la historia, los modelos de interacción, los aspectos demográficos, el clima, la economía y la estructura social que caracterizan los distintos países. Lo que elicita las emociones, según este modelo teórico, no son tanto los eventos-estímulo *per se* como su evaluación cognitiva (*appraisal*). En la sistematización teórica de Scherer, las evaluaciones (*appraisals*) se pueden concebir como un conjunto (*set*) de dimensiones evaluativas. De la comprobación de la existencia de similitudes transculturales en la evaluación de los eventos-estímulo resultaría que tales dimensiones son universalmente compartidas. El modelo procesual-componencial propuesto por el autor prevé que las razones necesarias y suficientes para explicar como se produce la elicitación de cada una de las emociones se hallan en cinco controles evaluativos del evento (*Stimulus Evaluation Checks*, SECs) que siempre se suceden uno tras otro según el mismo orden jerárquico (componente procesual del modelo) y que se producen conjuntamente a modificaciones en los cinco subsistemas

(cognitivo, neurofisiológico, motivacional, expresivo-motor y subjetivo) que componen el individuo en su globalidad (vertiente componencial del modelo).

La definición de emoción como mediador entre individuo y ambiente generado por un proceso de evaluación en que se tienen en cuenta tanto las necesidades biológicas como las socio-culturales, constituye, pues, su función adaptativa. Para una mejor comprensión de las dimensiones evaluativas como componentes universales de los antecedentes situacionales, hay que mencionar el hecho que la valoración se produce en forma de controles y subcontroles evaluativos a lo largo del complejo proceso de mediación entre individuo y entorno. Scherer propone que todo individuo al acercarse a cualquier evento de la vida cotidiana realiza cinco controles evaluativos del estímulo, siempre en el mismo orden:

1. **Control de la novedad.** Determina si hay algún cambio en la forma de los estímulos internos o externos, y, en particular, si ha ocurrido algún acontecimiento nuevo o se espera que ocurra.

2. **Control del agrado intrínseco.** Determina si un evento es agradable o desagradable: en el primer caso, induce tendencias a la aproximación, en el segundo, al alejamiento. Este tipo de control se basa tanto en asociaciones aprendidas como en sistemas innatos de medición de la valencia intrínseca al evento o al objeto.

3. **Control del significado del estímulo para las metas y las necesidades.** Este control en concreto se lleva al cabo por medio de subcontroles, que son: determinar si el estímulo es relevante para con importantes objetivos o necesidades del organismo (*relevance subcheck*), averiguar si el resultado del evento es congruente o discrepante con respecto al estado esperado para ese momento en la secuencia objetivo-plan (*expectation subcheck*), y, por último, evaluar si ese evento favorece o obstaculiza el logro de un objetivo o la satisfacción de una necesidad (*conduciveness subcheck*).

4. **Control del propio potencial para afrontar el evento (*coping potential*).** También esta dimensión se lleva al cabo por medio de subcontroles, en concreto, desempeña las siguientes funciones: identificar la causa de un evento-estímulo (*causation subcheck*), monitorizar las capacidades potenciales del organismo disponibles en ese momento para poder hacerle frente, y, de manera específica, verificar el grado de control sobre el evento o sobre sus eventuales consecuencias (*control subcheck*), cuantificar el poder relativo del organismo para ejercer una acción dirigida a modificar el curso del evento o a evitar su desenlace por medio del ataque o la huida (*power subcheck*), y, por último, comprender qué potencialidades posee el individuo para adaptarse al resultado final a través de una reestructuración cognitiva interna (*adjustment subcheck*).

5. **Control de la compatibilidad con las normas internas y externas.** Determina si el evento, en concreto, la acción propia o ajena, es congruente con las normas sociales, culturales y convencionales, o con las expectativas de las personas

significativas hacia el sujeto (*external standards subcheck*), y comprueba la conformidad del evento con las normas o los estándares interiorizados como partes del concepto del sí mismo o del yo ideal (*internal standards subcheck*).

La secuencia jerárquica de los controles mencionados conlleva un sentido tanto ontogenético como filogenético: el primer control evaluativo del estímulo, el de la novedad, es también el primero que aparece en el curso del desarrollo del individuo, y es el que se halla en los animales inferiores. El segundo también es arcaico y está presente en las especies inferiores, dado que se encuentra estrechamente vinculado con las propiedades intrínsecas del objeto o con los eventos dotados *per se* de una valencia afectiva percibida de forma innata como positiva o negativa. Sin embargo, a medida que se progresa hacia estadios superiores de elaboración cognitiva del estímulo, se requiere mayor desarrollo cognitivo individual y estructuras corticales más complejas para la especie. El último control evaluativo del estímulo ciertamente tiene en cuenta la variabilidad cultural y, por ello, requiere la posibilidad de llevar al cabo una comparación entre los eventos y los estándares sociales. Este control evaluativo del estímulo aparece, pues, en último lugar en el curso del desarrollo ontogenético, y está presente exclusivamente en la especie humana. En efecto, el ser humano está dotado de “autoconciencia” y posee los requisitos necesarios para monitorizar constantemente el entorno y para evaluar las normas que regulan el contexto en que se encuentra.

Dentro de este marco explicativo parecen hallar una ubicación clara tanto los elementos biológicos como los culturales. Según el modelo teórico de Scherer, el individuo genera emociones como resultado de un proceso cognitivo que se puede considerar a varios niveles como un instrumento fundamental de adaptación al entorno. En efecto, al acercarse a los eventos que caracterizan la vida cotidiana, el individuo dispone de forma innata de los medios necesarios para evaluar los acontecimientos, y puede valerse del conocimiento de sus emociones como señales inequívocas de su propio bienestar.

Hemos presentado algunos de entre las más destacadas perspectivas que, hasta el día de hoy, han caracterizado el debate sobre el tema de los antecedentes situacionales de las emociones. Para finalizar esta breve reseña, puede ser interesante mencionar lo que había señalado Averill (1994) abriendo el debate alrededor de la pregunta si existen o no elementos universales en cuanto a “qué” provoca las emociones. El autor había contestado que el abordaje de esta pregunta implicaba responder al menos a otras tres preguntas: a) ¿Existen emociones universales? b) Si las hay ¿presentan antecedentes universales? c) Si se hallan antecedentes universales ¿cómo podemos explicarlos?

Algunas investigaciones empíricas han demostrado que ciertos aspectos del comportamiento y determinadas situaciones se asocian, por lo general, con algunas emociones específicas. Sin embargo, al llegar a esta conclusión, hace falta establecer qué se entiende por “emoción específica”. Por ejemplo, al hablar de la emoción

de rabia, a menudo se emplea este término como sinécdoque, es decir, una figura del discurso en la que se utiliza una categoría subordinada para referirse a una categoría supraordenada. Del mismo modo que la palabra “pan” en la frase “el pan es el sustento de la vida” es una sinécdoque que representa el término más general “alimento”, la palabra “rabia” a menudo se emplea en referencia a un grupo de emociones que incluye también vocablos similares pero no análogos, como molestia, irritación, frustración, venganza, desprecio y envidia (Schaver, Schwartz, Kirson y O’Connor, 1987). Para responder a la primera pregunta es entonces necesario, según Averill, remitirse al significado más amplio del concepto para cada emoción específica. Una vez explicitado el nivel de generalización al que se quiere hacer referencia en el estudio de las emociones, aún falta aclarar en qué ámbito se van a poder identificar los antecedentes capaces de elicitarlas. En efecto, la universalidad de las respuestas emocionales, puesta de manifiesto por el estudio de sus componentes expresivos, nada dice sobre si el origen de la respuesta se debe buscar en la evolución biológica, en las condiciones sociales, en la experiencia individual o en los tres niveles.

Por cuanto al terreno de los universales biológicos, y siguiendo con el ejemplo de la rabia, podríamos preguntarnos si ésta consiste en el impulso innato para defendernos de una agresión. De entre las condiciones de elicitación que se podrían considerar universales, la más reconocida es el estímulo doloroso (Berkowitz, 1990). Sin embargo, afirmar que el ser humano está biológicamente predispuesto para la agresión es una pura conjetura ideológica.

En la esfera de los universales sociales, la rabia se puede concebir como el intento de reforzar las normas sociales. La sociedad establece unas normas para regular la interacción entre individuos del mismo grupo y para diferenciar un grupo de otro. En la esfera interpersonal, la rabia sería, por consiguiente, un mecanismo de refuerzo de las normas, y su violación se podría considerar como un antecedente universal.

Por lo que concierne a los universales ambientales, la rabia se podría conceptualizar, por ejemplo, como una respuesta a la frustración. Ningún entorno es tan benigno como para satisfacer las necesidades individuales de forma inmediata, así que la frustración, y el intento para superarla, son inevitables. Sin embargo, estas intenciones no necesariamente se tienen que heredar, sino que también se pueden aprender.

¿Cómo evoluciona la experiencia emocional?

La aproximación a la experiencia emocional como fenómeno evolutivo, a lo largo del ciclo vital, no ha suscitado un especial interés hasta los últimos 15 años. Entre finales de los ochenta y principios de los noventa hemos asistido a una proliferación de trabajos sobre las emociones, especialmente en la edad evolutiva. Las investigaciones sobre el conocimiento y la representación de las emociones en

la infancia (Borke, 1971; Lewis y Michalson, 1983; Stein y Jewett, 1986; Stein y Levine, 1989; Harris, 1989; Saarni y Harris, 1989; Thomson, 1989) son numerosas, en cambio no son tan frecuentes los estudios sobre cómo se desarrolla la experiencia emocional cotidiana con el paso de la infancia a la adolescencia. Con tal de entender, antes que nada, “si”, y luego, “de qué manera” cambia la experiencia emocional en la edad del desarrollo, es importante aclarar, sobre todo, la función atribuida a las emociones y a la variabilidad de los procesos emocionales en el curso de la evolución del individuo. Según la DET (Differential Emotions Theory, DET, Izard, 1971) las emociones son la fuerza principal alrededor de la cual se organizan el pensamiento y la acción humanas (Tomkins, 1962, 1991). Los componentes emocionales de la conciencia y de la experiencia serían los que aportan riqueza y dan significado a la vida individual y a las relaciones interpersonales, por consiguiente, la calidad de la vida a lo largo de la ontogénesis se puede explicar por un principio que apoya la continuidad de la experiencia y de la expresión emocional a lo largo de todo el ciclo vital (Barrett y Campos, 1987; Emde, 1980). Desde esta perspectiva cada una de las emociones, definidas como discretas y distintas, entendiéndose por discretas categorías bien definidas e independientes, es decir, que no existe la posibilidad de pasar de una emoción a la otra en virtud de matices de significado que permitan cambiar de un dominio semántico a otro, se puede concebir como un subsistema motivacional de la personalidad. Existe, pues, un número limitado de emociones fundamentales para las motivaciones humanas que constituyen sistemas motivacionales independientes. Éstos se identifican con las emociones de interés, alegría, rabia, tristeza, miedo, sorpresa y asco, que aparecen en las primeras fases del desarrollo y permanecen como parte estable del más amplio repertorio de las emociones humanas.

Este modelo teórico supone que el núcleo del estado vivencial de cada emoción discreta es constante a lo largo de todo el ciclo vital (Izard y Malatesta, 1987). La constancia de la experiencia emocional es el fundamento de la estabilidad del sentido del sí mismo y de la personalidad. Gracias a algunos datos empíricos se ha demostrado que eventos significativos similares tienden a elicitar emociones similares en el curso del tiempo y más allá de las situaciones de vida que se presentan (Malatesta y Kalnok, 1984; Malatesta y Izard, 1984); de aquí se deduce que los individuos poseen una estructura de referencia estable a la que recurren para interpretar y afrontar las contingencias de la vida cotidiana. Más evidencias empíricas que proceden de las investigaciones realizadas en el ámbito clínico-neurológico apoyan ulteriormente la existencia de vivencias emocionales estables en el tiempo, que se consideran cruciales para orientarse en el mundo complejo de las relaciones sociales e interpersonales: cuando a causa de insultos e injurias repetidas se produce un estado de agotamiento de los substratos neuronales responsables de los procesos emocionales, el denominado “agotamiento nervioso”, las competencias sociales también se alteran, y las relaciones se vuelven tensas y se

deterioran (Damasio, 1994). Estas evidencias empíricas señalan de forma muy poderosa la importancia del papel desempeñado por las emociones en la organización, la motivación y la guía estructurada y consistente de los comportamientos cognitivos y sociales.

Poseer un sistema estable de experiencias emocionales dentro de un continuum de millares de aspectos cambiantes a lo largo de la vida, y poder hacer referencia constantemente a una estructura motivacional que no varía, sobre la base de la cual responder a las distintas contingencias de las fases de la vida, es extremadamente útil a fines adaptativos. En efecto, sólo la estabilidad y la continuidad de estos sistemas garantizan que las situaciones peligrosas evoquen siempre emociones de miedo y que la experiencia subjetiva invariable de este tipo de emoción lleve el individuo a desplegar comportamientos eficaces para garantizar su propia supervivencia.

Un cambio en la vivencia subjetiva, característica de cada emoción, llevaría a una alteración de las estructuras afectivo-cognitivas implícitas en esa emoción específica, sin embargo, la teoría diferencial de las emociones considera este tipo de estructuras como si fueran los “ladrillos del edificio” de la personalidad (Izard, 1993). Si la experiencia de la alegría cambiara radicalmente a lo largo de la vida, también cambiarían las conexiones entre emociones y pensamiento presentes en la emoción de alegría. Esto podría significar, por poner un ejemplo, que las situaciones sociales que entrañan un significado positivo para un individuo con una personalidad extravertida, pueden elicitar emociones con una valencia incluso opuesta respecto de la alegría que siente normalmente. Emociones de esta clase ya no motivarían las conductas sociales típicas de una personalidad extravertida, y, en consecuencia, la variación en la experiencia subjetiva llevaría necesariamente a un cambio en los rasgos de personalidad (se piense, por ejemplo, a la estructuración de una depresión).

Por último, si se tiene en cuenta la alta correlación entre la relación interpersonal y la fiabilidad de la comunicación de los sentimientos y de los estados emocionales (Hobson, 1993), unas variaciones de la cualidad de la experiencia subjetiva concerniente las emociones discretas en función de la edad, haría imposible comunicar y compartir significados explícitos y la relación interpersonal se vería abocada al fracaso.

La posibilidad de compartir la tristeza, por poner un ejemplo, es una de las bases de la empatía y del soporte recíproco. La tristeza sentida como consecuencia de la pérdida de una persona querida adquiere la función de motivar el refuerzo de los vínculos familiares e interpersonales en general (Averill, 1968). Si la experiencia emocional de tristeza variara con la edad no podría desempeñar este tipo de función social fundamental. Otra gran ventaja que deriva de la estabilidad de las vivencias emocionales consiste en la capacidad de aprender y de generalizar a partir de la experiencia personal.

El modelo diferencial de las emociones prevé que se produzcan variaciones evolutivas en el curso del ciclo vital, pero éstas únicamente interesan las estructuras afectivo-cognitivas, que pueden incrementarse en número y hacerse paulatinamente más complejas. Al aumentar la edad, una emoción específica, como la alegría, el miedo o la vergüenza, puede asociarse a un número potencialmente ilimitado de imágenes y de pensamientos. En efecto, a partir de la segunda infancia y de la preadolescencia los individuos desarrollan estructuras de complejidad cada vez más elevada, entre otros motivos, también por las habilidades cognitivas más evolucionadas. Existe, pues, un acuerdo generalizado, también sobre la base de los datos de las investigaciones llevadas al cabo sobre este argumento, sobre el hecho que la valencia afectiva de una emoción concreta, asociada a una imagen o a un pensamiento, está significativamente influenciada por la experiencia individual y por el aprendizaje social (Izard, Nagler, Randall y Fox, 1965; Niedenthal, Setterland y Jones, 1994). En consecuencia, se ha formulado la hipótesis que las relaciones entre situación y emoción, es decir, los antecedentes situacionales de las emociones, cambian con la edad, y que, como consecuencia del incremento de las capacidades cognitivas intrínsecas al desarrollo, la activación de la emoción tiene orígenes múltiples y cada vez más diferenciados. Una persona, por ejemplo, puede experimentar el mismo nivel de alegría tanto si contempla una puesta de sol como por su simple recuerdo, aunque en la memoria se puede asociar a una serie de otras emociones, como la melancolía, la nostalgia, etc.

En resumen, la teoría diferencial de las emociones establece la hipótesis de que el desarrollo emocional se caracteriza por un conjunto de elementos estables y constantes, y por elementos en proceso de cambio continuo y de progresiva diferenciación.

2. LA TEORÍA DE LOS PROCESOS DE AUTORREGULACIÓN DE LA EXPERIENCIA EMOCIONAL.

Labouvie-Vief y colaboradores sostienen que la regulación de las emociones está altamente correlacionada con el nivel de desarrollo cognitivo del individuo. Según esta teoría, al avanzar con los años, los sujetos refieren más experiencias emocionales diferenciadas sobre la base de la adquisición de unas competencias específicas, a saber, una mayor comprensión del lenguaje emocional, el desarrollo de procesos de monitoraje de las emociones cada vez más complejos, y la posibilidad de establecer con más precisión unos criterios de referencia para la regulación de la propia experiencia emocional, la denominada “autorregulación”. La teoría de Labouvie-Vief se fundamenta en los supuestos de la teoría piagetiana, según los cuales el desarrollo del sistema cognitivo transforma el repertorio de habilidades para el afrontamiento de las situaciones de cada individuo, y, en consecuencia, se modifican las reacciones emocionales frente a los distintos acontecimientos de la vida cotidiana. Sin embargo, la autora advierte que el

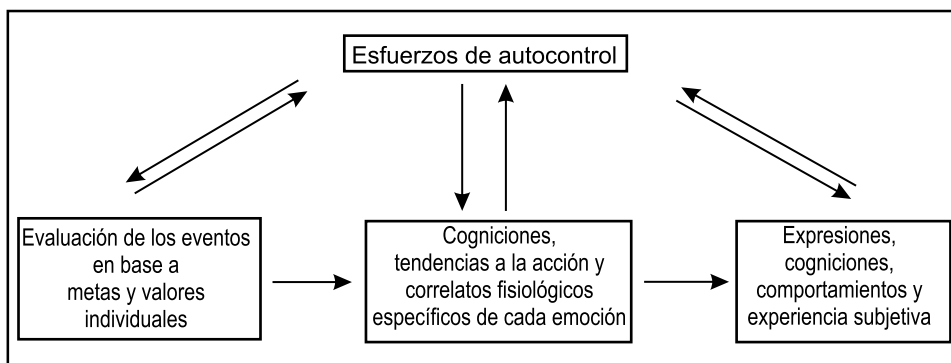
incremento de la complejidad de las vivencias emocionales y la cada vez más articulada capacidad para efectuar abstracciones conceptuales, que se producen con el desarrollo, no siempre resultan adaptativos. Con la edad, pues, cambia la manera de experimentar las emociones y de reaccionar a las situaciones elicitoras. Con tal de apoyar empíricamente el modelo teórico, se han efectuado investigaciones dirigidas a identificar la influencia mantenida por el desarrollo cognitivo en la experiencia emocional subjetiva (Labouvie-Vief, DeVoe e Bulka, 1989; Labouvie-Vief, Hakim-Larson, DeVoe y Schöberlein, 1989).

A partir de la interpretación de los datos recogidos por las investigaciones de Labouvie-Vief en su conjunto (Labouvie-Vief, DeVoe e Bulka, 1989; Labouvie-Vief, Hakim-Larson, DeVoe y Schöberlein, 1989), es posible describir de qué manera se produce la regulación del proceso emocional. Según la autora, a un primer nivel la regulación emocional comporta cierto grado de dependencia del entorno, en el sentido que durante la infancia la regulación se lleva al cabo por medio de agentes externos. Durante la adolescencia y las primeras fases de la vida adulta se pasa a un nivel en que la aproximación a la experiencia emocional se caracteriza por una regulación de tipo interno que, sin embargo, queda altamente dependiente de una estructura de normas y pautas impuestas desde fuera. En la madurez se accede a un nivel en que se desarrollan controles y evaluaciones internas de lo que ocurre en la realidad externa, y en que se realizan intentos dirigidos a optimizar el equilibrio entre afectos irracionales y afectos idiosincrásicos procedentes de la oscilación constante entre el mundo interno y el externo.

El modelo de los prototipos emocionales.

La teoría de los prototipos (Rosch, 1973, 1978) y especialmente el modelo de las emociones que se basa en ella (Shaver, Schwartz, Kirson y O'Connor, 1987), llega a una definición de la estructura de los episodios característicos para cada emoción. Shaver y colaboradores parten del supuesto que *“experimentar repetidamente eventos similares lleva a construir representaciones mentales generales según las cuales las personas, sin necesidad de instrucciones específicas, construyen unos prototipos emocionales y los utilizan implícitamente en el testimonio y en el relato de los episodios que les han producido emociones particulares”*. El modelo de los prototipos emocionales prevé la existencia de un nivel intermedio de representación de las emociones que se estructura en cinco categorías emocionales llamadas básicas (rabia, tristeza, miedo, alegría y amor), que contribuyen a organizar la experiencia emocional alrededor de unos ejemplos típicos de cada una de estas emociones. A su vez, estos ejemplos se pueden describir como formas básicas de la experiencia emocional, algo similar a guiones (*scripts*) emocionales, específicos para cada emoción básica, que proceden directamente del concepto de guión tal como lo concibió Abelson en 1981. En uno de los dos estudios se pidió a 60 sujetos universitarios que describieran detalladamente algún acontecimiento

realmente ocurrido en su vida en que habían experimentado las cinco emociones básicas, es decir, las que se ponían en evidencia en el estudio preliminar sobre el léxico, citado anteriormente. A otro grupo de 60 sujetos, en cambio, se pidió que describieran detalladamente los eventos que consideraban más característicos cuando se elicitaban las mismas emociones. Un análisis de contenido de los relatos permitió a los autores identificar, para cada emoción básica, entre 23 y 29 categorías de episodios, que estaban presentes en al menos el 20% de las narraciones concernientes tanto la experiencia subjetiva como los eventos típicos. Esta investigación, pues, puso de manifiesto la existencia de verdaderos guiones (*scripts*) emocionales considerados prototípicos para cada emoción, que siempre se desarrollan según un preciso modelo dinámico descrito por los autores según el diagrama que sigue:



Este diagrama pone de manifiesto que los episodios emocionales prototípicos siempre tienen lugar a partir de una evaluación del evento como bueno o malo, favorable o desfavorable, congruente con metas y valores o no congruentes. La interacción de este tipo de evaluaciones cognitivas determina qué clase de emoción se elicitará. Una vez elicitada la emoción, se desencadenan casi automáticamente las tendencias a la acción y sus correlatos cognitivos y fisiológicos, independientemente de los eventuales esfuerzos llevados al cabo para controlarlos, que pueden intervenir en cualquier momento del proceso. El resultado de la experiencia emocional se hace patente por medio de las cogniciones, de las conductas, de las distintas formas de expresión y de las vivencias subjetivas.

EMOCIONES EN PSICOTERAPIA. HISTORIA DE LA PSICOTERAPIA DE ANABEL, MÓNICA Y ÓSCAR A TRAVÉS DE LAS EMOCIONES COMPARTIDAS.

La comunicación de la experiencia emocional.

Desde los tiempos de la tragedia griega, evocar y compartir las propias emociones ha tenido un significado de liberación, de aligeramiento y de verdadera

purificación (*catarsis*) de los estados de ánimo intensos y dolorosos provocados por las emociones negativas. Investigaciones recientes han demostrado que la evocación de las emociones negativas no necesariamente lleva a aliviar el malestar, antes bien lo acentúa y lo intensifica. El control de las manifestaciones emocionales, al contrario, permite obtener una auténtica disminución o “absorción” de las emociones negativas (Lanzetta, Cartwright-Smith y Kleck, 1976; Zuckerman et al., 1981). Si bien la evocación de las emociones agudiza y acentúa el malestar asociado a las emociones negativas, se ha demostrado que, a largo plazo, la emoción no compartida de alguna forma se convierte en un importante factor de riesgo para la adaptación física y psicológica del individuo. Las investigaciones realizadas en sujetos definidos como “represores” según la escala de evaluación de represión-sensibilidad de Byrne (1964), han demostrado que las personas que tienden a inhibir los aspectos subjetivos de la experiencia emocional, es decir, que tienden a no compartir con los demás las reacciones emotivas generadas por los eventos, muestran mayor propensión para ciertos trastornos de salud, como la hipertensión arterial e incluso el cáncer (Blackburn, 1965; Davies, 1970; Kissen, 1966).

Por lo tanto, se puede concluir que la evocación de una emoción negativa provoca de forma inmediata un estado doloroso para el individuo, pero a largo plazo le protege de las posibles consecuencias negativas de una experiencia emocional no compartida (Pennebaker y Beall, 1986).

Compartir una emoción se puede, pues, entender como la evocación de una experiencia, tanto en su vertiente subjetiva, como en su vertiente fisiológica, con el fin de comunicar a los demás las propias vivencias subjetivas. La posibilidad de evocar la propia experiencia emotiva subjetiva y de enriquecer la información sobre el evento con la descripción de los sentimientos y de las emociones experimentados, es lo que mayormente contribuye, a largo plazo, a incrementar la capacidad de adaptación física y psíquica al entorno. ¿Cómo se puede transmitir una experiencia tan global, intensa y privada como la emocional por medio de un código y lenguaje socialmente compartido, que permita al otro participar verdaderamente en las vivencias de una persona?

En la descripción verbal de las emociones que se produce en el encuadre psicoterapéutico, las emociones experimentadas y las situaciones a que se refieren se traducen en un código lingüístico regulado por normas compartidas, que permiten la estructuración de la experiencia en términos espacio-temporales, según reglas lógicas y secuenciales, es decir, en un formato que cualquier interlocutor podría comprender.

Sin embargo, surge la sensación que si detuviéramos nuestro conocimiento del funcionamiento emocional humano en este punto, no podríamos comprender a fondo lo que ocurre en la evaluación de la realidad, ni tampoco podríamos entender según qué línea directriz se mueve el sujeto en su experiencia cotidiana (Adler, 1947).

La descripción del mundo emotivo a través de la palabra se basa únicamente

en el sistema cognitivo, es decir, en el conjunto de procesos que sólo elaboran las dimensiones que podríamos definir geométrico-técnicas de la experiencia, como los elementos espaciales y temporales, pero no los aspectos dinámicos, los movimientos internos del individuo y la predisposición para lograr el bienestar que van más allá de la lógica y de la no contradicción de los conceptos. Acceder a este segundo sistema, que podríamos definir somato-motor, sólo es posible gracias a un contexto de relación profunda como el de la psicoterapia en general, y de la psicoterapia infantil, en particular. Efectivamente, acceder al sistema somato-motor en la edad evolutiva es sin lugar a duda más fácil debido a que la expresión de las emociones se produce principalmente a través del juego, por lo tanto, por medio del cuerpo. Explorar las emociones tal y como surgen en la relación psicoterapéutica es imprescindible, dado que son los intentos de compartir profundamente la experiencia emotiva con el paciente que ofrecen al psicoterapeuta oportunidades para poner en marcha procesos de integración de los dos sistemas, el cognitivo y el somato-motor, universos que atendidos por separados no permitirían ningún proceso de cambio.

Se presentarán aquí los casos de tres niños, un varón y dos hembras, de edad comprendida entre los 11 y los 13 años, en tratamiento psicoterapéutico según un modelo integrador de psicoterapia que tiene en cuenta principalmente el modelo adleriano, matizado y actualizado por un modelo epistemológico contextualizado y más acorde con los tiempos. (Grandi, 2005).

Se describirán brevemente las experiencias emocionales manifestadas en el transcurso de algunas sesiones psicoterapéuticas, conducidas por uno de los autores con la supervisión del otro. Estos relatos permitirán aclarar si y cómo se pueden modificar las modalidades en que el niño evalúa la situación, de forma que surjan determinadas emociones en lugar de otras, es decir, que en respuesta a los acontecimientos cotidianos, prevalezcan las emociones que permiten movilizar energía vital útil para el camino del crecimiento, más que las emociones que bloquean e impiden la acción, y obstaculizan el normal proceso de desarrollo individual.

Los tres sujetos, que llamaremos Anabel, Mónica y Oscar, habían emprendido un proceso psicoterapéutico de duración superior a los dos años. En el momento de la observación los niños tenían la edad de 11 años y 5 meses (Anabel), 12 años y 1 mes (Mónica) y 13 años y 10 meses (Oscar). Dada la naturaleza multicomponental de las emociones, se puede decir que la cantidad de variables que pueden intervenir en psicoterapia en la manera de vivir, expresar y compartir las emociones es inconmensurable. Por lo tanto, en lugar de intentar aislar y simplificar las variables relevantes, se decidió tomar en cuenta tres casos que tenían como elemento común de la propia existencia una fuente de sufrimiento parecida e igual de intensa: la pérdida de los padres.

En el caso de Anabel, una niña de 11 años y 5 meses, los padres habían

fallecido. La madre, ex toxicómana, había muerto de SIDA cuando la niña tenía 6 años, y el padre, por la misma causa, alrededor de un año después. Sin embargo, éste era casi un desconocido para la hija, dado que le habían alejado siendo ella muy pequeña, porqué se consideró inadecuado para cuidarla. La niña había de todas formas vivido siempre con la abuela, con quien todavía vive. En su vida había experimentado varias veces el duelo, después de la muerte de los padres: por el abuelo, marido de la abuela que siempre la había acogido y con quien vive aún ahora, por el tío, marido de la hermana de la madre, que para ella había sido la única figura paterna, gracias a los primos que le habían proporcionado una experiencia de familia y a los cuales siempre había estado vinculada.

En el caso de Mónica, una niña de 12 años y 1 mes, había sido un Tribunal de Menores que, cuando tenía alrededor de 8 años, había dictaminado el alejamiento de los padres, que se consideraban inadecuados para cubrir las necesidades de la niña y de la hermana, un año mayor, actualmente acogida por otra familia. Mónica fue llevada junto a la hermana a una comunidad residencial de urgencias, por la policía del Estado, en plena noche. La niña presentaba líneas de desarrollo menos preocupantes que las de la hermana, una personalidad que se iba estructurando más hacia características neuróticas que en dirección psicótica, como era el caso de la hermana, que, como ella, era atendida en el Instituto Adleriano de Psicoterapia.

En cuanto a Oscar, un niño de 13 años y 10 meses, los padres biológicos le habían abandonado a la edad de 2 años, según la información recogida por el orfanato en el cual había vivido hasta los 4, edad en que fue adoptado por la familia en que aún ahora vive. Por lo que resulta de los relatos del orfanato, durante mucho tiempo Óscar estuvo sádicamente privado de los estímulos adecuados: fue obligado a quedarse en la oscuridad por largos períodos, padeció graves violencias psíquicas, como exponerle a ruidos repentinos e intensos y permanecer atado en total ausencia de los cuidados primarios, como el alimento y el contacto físico. Estas privaciones provocaron el inevitable desarrollo de una grave forma de psicosis con una base de vivencias muy intensas de ansiedad de fragmentación y de dispersión del yo. Después del abandono de los padres, alrededor de los dos años de edad, transcurrió dos años más en un instituto religioso católico, luego fue adoptado por su familia. A las dificultades mencionadas se añade el déficit sensorial que afecta a la visión y dificultades de la motricidad fina. Presenta, además, ecolalia y graves dificultades de comprensión.

ANÁLISIS DE ALGUNAS EMOCIONES SURGIDAS EN EL TRANCURSO DE LAS SESIONES PSICOTERAPÉUTICAS DE LOS TRES SUJETOS ESTUDIADOS.

La alegría en las sesiones de psicoterapia con Anabel

Difícilmente Anabel mostraba sus emociones positivas en las sesiones psicoterapéuticas, antes bien tendía a evocar emociones de miedo, de rabia y de

tristeza, y no parecía recabar placer ni satisfacción de lo que hacía y vivía: el grado de control emocional siempre era muy alto.

A la terapeuta no le quedaba claro cómo habría recibido la noticia de su boda inminente y de la breve interrupción de las sesiones por su viaje de boda, teniendo en cuenta su experiencia de vida cotidiana, donde las ocasiones de duelo y de separación de las personas queridas habían sido numerosas. De acuerdo con el supervisor, la psicoterapeuta estableció que tal noticia se debía transmitir con cierta anticipación, para darle la posibilidad de elaborar las vivencias provocadas por el evento. En realidad, ambos esperaban que suscitara emociones de alegría, dado que el evento estaba cargado de significados de vida y bienestar, al contrario de los numerosos acontecimientos caracterizados por significados de muerte y de pérdida que la vida le había proporcionado hasta ese momento. Las expectativas se confirmaron.

En ocasión de la noticia de la boda de la psicoterapeuta, Anabel puso en “escena” una situación agradable y alegre en que representaba los momentos felices de la fiesta de su primera comunión

Hasta la sesión anterior, Anabel había jugado a la niña discapacitada, falta de todo recurso que promueve la autonomía y el bienestar. Delante de la noticia de la boda reaccionó con una amplia sonrisa y con una exclamación de alegría: “¡Qué bonito!” y el deseo de jugar al “día de su primera comunión”. En primer lugar, pidió a la terapeuta que le hiciera un recogido “elegante”, utilizando un pequeño aro de tul de un obsequio. Una vez comprobado que estaba especialmente cuidada en su aspecto, pidió que se le hiciera un vestido con el papel que normalmente cubría la camilla del ambulatorio médico-psiquiátrico en que tenían lugar las sesiones. Terminada la preparación, dijo que podía simular que estaba en el restaurante en el momento de la recepción, en consecuencia, se puso de pie encima de la silla y agradeció todos los invitados imaginarios por su presencia en la ceremonia de su primera comunión. Pidió a la terapeuta que le sacara unas fotos y asumió todas las poses más sofisticadas y atractivas posibles, mostrándose contenta de poder eternizar este momento de especial felicidad y de satisfacción. Al final, hizo un dibujo con un cuidado desconocido en sus dibujos precedentes: utilizó colores claros, procedió con calma y concentración, contrariamente a los trazos rápidos y nerviosos con que realizaba normalmente los dibujos, y consiguió unas proporciones adecuadas: el dibujo representaba una niña con un vestido azul cielo y el pelo rubio, con flores a su alrededor, y su cara se caracterizaba por una expresión feliz y relajada. El juego tuvo una duración adecuada, al contrario de las otras sesiones en que el juego se interrumpía bruscamente por aburrimiento e insatisfacción manifiestos.

En este caso la situación está invertida: Anabel muestra participar en la alegría

de la psicoterapeuta, es ella la que comparte las emociones del otro. Casi pareció que precisara alguien que le dijera: “¡Ya!”, para poder expresar de lleno un sentimiento de satisfacción en sí misma, para manifestar su necesidad de estar al centro de la atención (las fotos, subir a la silla), para ser causa y motivo de la alegría de los demás (los invitados de la fiesta) sin sentirse culpable por mostrarse demasiado. En el curso de las sesiones ya no volvió a ocurrir que Anabel se sintiera tan libre, aunque varias veces puso en escena el hecho de que la aplaudieran por “saber hacer” algo concreto: volteretas, piruetas, verticales, pero nunca por el mero hecho de ser ella misma, como en ese caso. Éste representó un paso importante en la adquisición de la conciencia de poder significar algo para alguien, sobre todo para sí misma.

En las sesiones posteriores a la mencionada, Anabel hizo referencia, cada vez más frecuentemente, a acontecimientos de la vida cotidiana en que había tenido la ocasión de sentirse aceptada por como era. Casi pareció que pudiera basarse en relaciones interpersonales satisfactorias como antecedente situacional de emociones positivas, como los demás chicos y chicas de su edad.

El miedo en las sesiones de psicoterapia con Mónica.

Las emociones de miedo, según la teoría procesual-componencial de Scherer (1984), provendrían de la pérdida de control sobre la situación, de la conciencia que los propios recursos son insuficientes para afrontar los hechos, que se valoran como peligrosos y se consideran como obstáculos para el logro de los objetivos personales. Es justo lo que ocurrió en la situación de juego puesta en práctica repetidamente por Mónica, en el curso de un año de psicoterapia.

En muchas sesiones Mónica pidió que la psicoterapeuta construyera un laberinto con los cubos-cojines de la psicomotricidad. Ese laberinto no era otra cosa que una estructura constituida por muchas aberturas que permitían entrar y salir corriendo sin ser capturados. El juego consistía, de hecho, en la atribución del papel de bruja a la terapeuta, y del de niña especialmente lista, alerta e inteligente, a Mónica. Su propuesta era que yo la persiguiera y la capturara, mientras ella entraba y salía del laberinto que se encontraba en el medio de la habitación. Las normas no me permitían entrar en el laberinto, sólo la podía capturar cuando estaba fuera, y, de todas formas, no la podía considerar capturada hasta después de la tercera vez que conseguía tocarla.

Durante una de estas sesiones, el juego se alargó durante toda la hora, en la búsqueda agotadora de reglas que impidieran su captura. De nada sirvieron mis intentos de cogerla, se escapaba cada vez, corría y se refugiaba dentro del laberinto, impidiendo por mucho tiempo su captura. De hecho, el tiempo de la sesión se acabó justo cuando estaba a punto de cogerla, y ella consiguió eximirse de la captura, con evidente satisfacción. Por muchas sesiones sucesivas Mónica volvió a proponer este mismo

esquema, hasta que el juego se volvió agotador, cansado e insatisfactorio para ambas partes. La psicoterapeuta percibía la frustración de no poder finalizar nunca el juego que la niña controlaba rígidamente. Se abrió paso la hipótesis que la idea de ser capturada la espantara muchísimo, casi como si hallarse en una situación sin salida pudiera representar para ella, simbólicamente, la evocación de experiencias de grave amenaza y de peligro para su incolumidad física y psíquica. La hipótesis pareció confirmarse cuando la terapeuta, cansada ya de tantas excusas para no considerar válida la captura, decidió capturarla igualmente, también por indicación del supervisor. La reacción se pareció a la que se podría observar en un animalito indefenso y muy espantado. Forcejeó y gritó: “¡No vale, no vale, déjame, no!”. La emoción que expresó fue verdaderamente muy intensa, y la terapeuta también sintió la misma sensación de alarma que la niña debía estar experimentando. Sin embargo, le transmitió la necesidad de quedarse en el ámbito simbólico del juego y de que la terapeuta se mantuviera en el papel relativamente rígido de bruja que ella misma le había asignado, con tal de crear dudas acerca del control que podía ejercer sobre la situación. La estrategia fue suficiente para permitirle la expresión de todo el miedo que efectivamente sentía, si bien trasladado a la situación de juego. El contexto simbólico provocó una reacción de defensa agresiva (mordiscos y arañazos) de especial intensidad. Averiguar que la terapeuta podía tolerar un ataque defensivo de esta envergadura le permitió tranquilizarse mucho, y, en las numerosas sesiones sucesivas en que volvió a proponer el juego y la psicoterapeuta lo manejó de la misma manera, Mónica tuvo la oportunidad de elaborar, también conscientemente, su manera de reaccionar agresivamente, que se producía por las emociones de miedo y por la sensación de amenaza que percibía en la relación con el mundo externo.

Experimentar este papel una y otra vez tuvo un importante significado para Mónica, que, a partir de entonces, pudo tolerar mejor la incertidumbre de las relaciones interpersonales: esta vivencia pareció serle útil, en particular, para organizar lo que ocurría en su interior en el contexto de las relaciones interpersonales, cuando no era posible prever, controlar y compartir las acciones del interlocutor. Como consecuencia de esta experiencia emocional de profundo miedo por la incertidumbre y la imprevisibilidad de las conductas ajenas se pudo pasar a juegos caracterizados por una confianza extrema, como ser manipulada y movida por la terapeuta, fingiendo que era un títere indefenso. Compartir las fuertes reacciones emotivas fue la clave para que la psicoterapeuta pudiera entender auténticamente lo que sentía Mónica y cómo evaluaba la realidad, con el fin de identificar los instrumentos terapéuticos capaces de contener el sufrimiento provocado por el miedo.

La tristeza en las sesiones de psicoterapia con Anabel.

En el proyecto terapéutico con Anabel un objetivo fundamental siempre había sido el de identificar una manera de fomentar la expresión de la propia emoción de tristeza y de duelo por las muertes que habían caracterizado su vida. Excepto la ocasión en que Anabel, durante el juego, había fingido enterrar a la psicoterapeuta, y le había transmitido toda la angustia promovida por la sensación de pérdida y de abandono, nunca se había referido a las personas significativas perdidas. Su malestar, sin embargo, se había renovado cuando, al acabar el año escolar pasado, la abuela materna, por la cual había sido acogida por sentencia del Tribunal de Menores, decidió que Anabel no debía continuar asistiendo a las sesiones de psicoterapia. Percatándose de la urgente necesidad de aprovechar un espacio de libre expresión de sus sentimientos, Anabel ideó, más o menos conscientemente, una estrategia que alertara la abuela y le hiciera comprender cuánto necesitaba todavía la terapia para resolver unos problemas fundamentales en su vida.

Al principio del nuevo año escolar, Anabel planteó explícitamente a la abuela la demanda de explicarle el motivo de la muerte de la madre y de confirmarle la sospecha que hubiera muerto a causa de la drogodependencia. Dado que la abuela nunca le dijo toda la verdad, la petición repetida que se aclarara este dilema la sumió en un período de profunda crisis, que motivó el reanudarse de las sesiones terapéuticas. La situación propició que la abuela decidiera explicar a la nieta la versión correcta de los hechos. Junto a la neuropsiquiatra que llevaba el caso de la abuela de Anabel, se decidió que la sesión de psicoterapia podría ser un buen encuadre para que la abuela pudiera por fin desvelarlo todo. Así es como se desarrollaron los hechos en esa importante sesión, en presencia de Anabel y de la abuela.

Anabel entró en la habitación y la psicoterapeuta le dijo que sabía que la noche anterior había pedido explicaciones sobre la muerte de su madre. La reacción de Anabel fue en todo distinta de la distancia que aparentaba usualmente: lloró a lágrima viva, y la terapeuta a duras penas consiguió consolarla y retomar su discurso. Le dijo que la abuela había pedido podérselo explicar todo en su presencia, porque se le hacía muy difícil afrontar sola este discurso que la hacía sufrir tal y como ella estaba sufriendo en ese momento. La abuela estaba dispuesta a explicarlo todo también en referencia a la toxicomanía de la madre. Anabel siguió llorando, estaba visiblemente postrada, las lágrimas brotaban abundantemente, y la terapeuta, a pesar de los sentimientos dolorosos e intensos que compartía con ella, le propuso ir a buscar la abuela que, como de costumbre, se encontraba en la planta baja, a la entrada del servicio en que se desarrollaban las sesiones. Parecía no conseguir hallar las fuerzas para ir a buscarla, y, en particular, reveló que no tenía suficiente valor para plantear la pregunta a la abuela de forma explícita; la psicoterapeuta

la tranquilizó, diciendo que ella misma podía hacer de portavoz. El viaje en el ascensor estuvo cargado de tensión pero no insostenible, y la abuela fingió que no sabía nada, aunque la psicoterapeuta le había dicho a Anabel que estaban de acuerdo sobre el hecho de llamarla en el curso de la sesión. La psicoterapeuta hizo lo que había prometido y formuló la pregunta de la siguiente forma: “A. le pidió hace unas noches si su madre hubiera muerto a causa de la dependencia de las drogas. Tal vez, la otra noche no consiguió decirle cómo habían sucedido las cosas verdaderamente. Puede hacerlo ahora, si desea, así Anabel entenderá cómo fueron realmente las cosas”. La abuela no consiguió ni empezar la frase, ya que Anabel volvió a romper a llorar desconsoladamente. La psicoterapeuta se encontraba al lado de Anabel, ambas estaban sentadas en una butaquita, y la abuela estaba al otro lado de la mesa. Le explicó en breve la verdad, diciendo que la culpa de que la madre fuera toxicómana la tenían enteramente las malas compañías. No consiguió decir que la madre había muerto de SIDA, y, tal vez, en un pueblecito es demasiado duro admitir esta realidad aún marginadora y poco comprendida. Dijo que había muerto por un tumor al hígado, que era una versión no totalmente incorrecta, dado que la inmunodeficiencia lleva a descompensaciones orgánicas de naturaleza varia. Anabel escuchó muy atentamente, siguió llorando y frotándose los ojos, y la abuela le pidió que intentara sobreponerse, subrayando la necesidad de reaccionar con control y no de manera estúpida. El rol de la terapeuta en ese momento fue el de llamar la atención sobre la necesidad de expresar las emociones libremente, tanto más si son congruentes con la situación. En este caso, se trataba de la reacción de llanto y de desesperación por la evocación del duelo por la madre, evento innegablemente desestabilizador para la niña, que hasta ese momento nunca había tenido la oportunidad de expresar esa clase de vivencias emocionales con tanta espontaneidad. A la abuela también se le llenaron los ojos de lágrimas, en el fondo estaban hablando de su propia hija, pero aguantó. Anabel se sintió de todas formas muy aliviada, pidió a la terapeuta que hiciera salir la abuela y, después de este momento emocional tan intenso, expresó el deseo de jugar un poco a pelota antes del final de la sesión.

Creo que la descripción no requiere ningún comentario. Sólo puede ser útil notar como, al lado de una psicoterapeuta, Anabel pudo dar libre curso a las emociones reales vividas, sin intentar, como siempre, reprimir y negar el dolor y el sufrimiento.

La rabia en las sesiones de psicoterapia con Mónica.

Además de expresar agresividad para defenderse del miedo a la incertidumbre, Mónica alguna vez manifestó, aparentemente sin motivo, una rabia incontenible y

destructiva.

Mónica se estiró en el suelo, lo que a menudo hacía cuando explicaba su vida en la comunidad y los problemas que se producían en la relación con las educadoras, y se quejó por el hecho que nadie la comprendía ni la quería. En estas ocasiones pedía más o menos explícitamente, que la terapeuta se sentara a su lado de forma que pudiera apoyar la cabeza en sus faldas y ésta le hiciera mimos y caricias. Esto la hacía sentir acogida, y ella conseguía expresar sus propias vivencias emocionales. De repente, sin ningún motivo aparente, fingió hacer también una caricia, pero enseguida, con el rostro sombrío, pellizcó la terapeuta con la intención de provocarle un dolor bastante intenso. La terapeuta se quitó de su alcance y para reconducirla a las reglas del encuadre le recordó la necesidad que no se hicieran daño durante las sesiones de psicoterapia, pero ella contestó: “Ya lo sé, sólo quería hacerte sentir lo que yo siento”.

En este episodio ciertamente estaba presente la necesidad de comunicar simbólicamente un sufrimiento que no era físico, sino psicológico, y que no se puede experimentar sino en este plan de la experiencia. Sin embargo, también estaba la inquietud de no saber cómo comunicar del todo sus sensaciones y, en último análisis, la rabia por sentirse impotente. En este caso, efectivamente, el episodio ocurría después de una queja por la rabia hacia los educadores, que, según su versión de los hechos, le habían impuesto unas normas sin posibilidad alguna de negociar. También el hecho de ser consciente de haber infringido una norma bien conocida, la sutil incomodidad del momento en que había admitido que sabía que había hecho algo incorrecto, todos ellos son elementos que parecen dirigidos a suscitar en el interlocutor lo que normalmente se experimenta cuando no se tolera la norma y se tiene que quebrantarla, y, al tiempo, vivir la emoción que se genera. Según los resultados de la investigación sobre las emociones en niños de la edad de Mónica, a esta edad la rabia se puede desencadenar no sólo por el hecho de haber sido tratados injustamente, como ocurre en la mayor parte de los casos en los adultos, sino también por la amenaza procedente de la continuidad del vínculo con la persona con la cual se produce el conflicto, en este caso concreto, con los educadores.

La rabia en las sesiones de psicoterapia con Óscar.

Óscar era un chico extremadamente pacífico y juguetón. Excepto en los momentos de crisis, era difícil verle enfadado. En sesión, sin embargo, había ocurrido que dirigiera su agresividad hacia un gran muñeco de trapo a forma de pingüino, al que él llamaba “doctor”.

Óscar atribuyó el papel de doctor al gran muñeco un día en el gimnasio del centro de la Unión Ciegos donde se desarrollaban las sesiones de psicoterapia. En primer lugar, Óscar estructuró un juego agradable que

cortó el ritmo de las numerosas sesiones en que no se hacía nada más que juegos repetitivos acompañados, también, por muchas ecolalias. En esta última ocasión, aprovechando el hecho que tenía muy buena puntería, propuso a la terapeuta que jugaran a los bolos. El juego era satisfactorio, golpeaba varias veces los bolos con la pelota, y esto le producía una gran diversión. En un momento dado, mientras recogía un muñequito con el que solía jugar, lo arrojó con fuerza y dijo que hacía falta llevarle al doctor. Más de una vez durante el recorrido imaginario en coche arrojó repetidamente el muñequito al suelo, la terapeuta tenía que ir a recogerlo, hasta que decidió que habíamos llegado a destino. Ante el que Óscar había decidido que sería el doctor, el gran pingüino de trapo, Óscar escenificó simbólicamente su preocupación acerca de su propio problema de hipovisión, que nunca antes se había puesto de manifiesto: dijo que el “bebé”, es decir, el muñequito que había arrojado tantas veces al suelo, tenía que someterse a una visita a los ojos. Oscar, en el papel del doctor, arrojó una vez más el muñequito con fuerza y dijo: “Este bebé hay que tirarlo, porque no ve bien”. La situación estaba muy cargada emocionalmente, y Óscar pudo expresar toda su rabia y su resentimiento por su propia discapacidad visual.

Por primera vez, Óscar expresaba un sentimiento personal referido a su déficit sensorial. De hecho, su capacidad visual le permite moverse muy autónomamente en el espacio. Sus dificultades mayores se deben más al déficit intelectual y al trastorno psíquico que a la hipovisión. Sin embargo, en esta ocasión, Óscar ofrecía una clave de lectura de su tendencia a arrojar con fuerza los personajes protagonistas de sus juegos. Es posible que Óscar ya haya llevado a su conciencia el hecho de ser, en parte, diferente de los iguales, de no ver tan bien y de no hacer todo lo que hacen los demás, y esto puede que le produzca rabia. Lo cierto es que, mientras su reacción a la incomodidad y a la marginación sea una emoción de rabia, querrá decir que la evaluación de sus propias potencialidades frente al mundo externo será la de considerarse suficientemente equipado para afrontar la situación. De haberse quedado con las reacciones emocionales de miedo o haberlas convertido en tristeza, se hubiera producido un bloqueo de la acción, una huida o una total retirada de la realidad. La reacción de rabia, en este caso, parece consentir un pronóstico menos grave sobre la posibilidad de poder acceder a sus recursos internos para afrontar los sentimientos de inferioridad y de malestar.

CONCLUSIONES

En el último ejemplo explicado, la emoción de rabia se puede considerar un instrumento de medida del bienestar y del potencial de adaptación al entorno por parte de Óscar. El mismo significado lo podemos atribuir a la rabia de Mónica por tener que ubicarse en la realidad y afrontar una situación de incertidumbre. Permitir

que estos niños dispongan de un lugar para expresar sus emociones, donde encuentren una persona con quien compartir sus estados de ánimo, significa darles la posibilidad de crecer y madurar con valor.

La persona que se puede definir “sin valor” en los términos empleados por Adler, a menudo es presa de un complejo de inferioridad: “un sentimiento normal de inferioridad, que lleva forzosamente a la búsqueda de fáciles compensaciones y de satisfacciones ficticias, y que, al mismo tiempo, bloquea el camino que conduce a emprender acciones exitosas, magnifica las dificultades y debilita las reservas de valor del individuo” (Adler, 1930). Se trata de la sensación de no poder, de no estar a la altura de las situaciones, en otras palabras, como diría Scherer (1984), se evalúa el propio potencial para hacer frente a un evento o a un obstáculo como insuficiente y nunca como adecuado a las demandas del mundo externo. Según el modelo procesual-componencial de las emociones, este tipo de evaluación del estímulo provoca una emoción de miedo. Desde la teoría adleriana también podemos afirmar que quien afronta el mundo externo desanimado por su propio sentimiento de inferioridad siempre tendrá miedo al afrontar las situaciones. Lo que se escapa a una interpretación de este fenómeno, desde una perspectiva puramente cognitivista (Scherer), es la posibilidad de que, al cambiar el proceso de evaluación cognitiva de la situación, se rebaja la intensidad del miedo en el afrontamiento de la situación-estímulo. También se podría decir que la posibilidad de evaluar las propias potencialidades como cada vez más adecuadas debería rebajar la probabilidad que se desencadenen emociones de miedo.

En efecto, en la práctica psicoterapéutica, el intento consiste en ofrecer una experiencia que permita cambiar la perspectiva con que se afronta la realidad. Por parte de un niño, este intento sólo parece posible si se comparten las vivencias internas con un psicoterapeuta, un “amigo que sabe algo más” y acompaña el pequeño paciente hacia una evaluación más adecuada de sus propios recursos frente a los retos propuestos por el entorno. Desde este punto de vista, es posible entender el paso de un miedo invencible que bloquea, a un miedo vivido, compartido, y facilitador de un sentimiento de confianza en sí mismo y en el otro, y que permite superar obstáculos (ver el caso de Anabel). De este mismo modo, el niño puede vivir el miedo angustioso por la amenaza de la integridad física y psíquica, como contenible y menos destructor, cuando el psicoterapeuta a través del juego, espacio en que la realidad se transforma, se manipula, se “apercibe” y se disfruta de mil maneras diferentes, consigue devolver una imagen de la realidad mejor y menos amenazante.

Para comprender más fondo los mecanismos que se ponen en juego en psicoterapia, puede ser interesante describir brevemente las conceptualizaciones de un estudioso e investigador contemporáneo de las emociones, Bernard Rimé (1983, 1984, 1985), que ha sintetizado su posición sobre la experiencia de compartir las emociones en un ensayo italiano sobre la psicología de la emoción (D’Urso y

Trentin, 1988).

Como se ha mencionado anteriormente, se pueden identificar dos áreas distintas de información, la del sistema cognitivo y la del sistema somato-motor. Nos hemos referido ampliamente al sistema de evaluación cognitiva al citar la teoría de Scherer (1984; 1993) y desde esta perspectiva hemos interpretado en términos de controles evaluativos del estímulo los datos de la investigación y las experiencias emocionales en la vida cotidiana de los pequeños clientes-pacientes en psicoterapia.

La descripción de las vivencias emocionales surgidas durante las sesiones psicoterapéuticas, en cambio, ha puesto en evidencia el papel mantenido por los procesos motores en las operaciones de percepción de la realidad, dado que en nuestro caso se trata de sesiones de psicoterapia infantil, en las que se juega con el cuerpo, al contrario de lo ocurre en la psicoterapia de adultos, donde se privilegia el intercambio verbal.

El aparato muscular contribuye de varias maneras a la elaboración de nuestras representaciones de la realidad: a) nuestro sistema sensorial está anclado al movimiento de forma bidireccional, por ejemplo, para mirar, giramos la cabeza; b) en la vida cotidiana se producen continuamente respuestas motoras de tipo imitativo, como acompañar con el movimiento la visión de una película o de un partido; c) Las reacciones emotivo-afectivas a los estímulos a menudo son de naturaleza motriz además de fisiológica y verbal, por ejemplo, reaccionamos antes que nada por medio de la expresión facial y con ajustes posturales a los acontecimientos que ocurren.

Los procesos motores, pues, juegan un papel central en nuestro encuentro con los eventos de la vida cotidiana.

Las configuraciones musculares activadas en distintas situaciones, incluso en fases muy tempranas del desarrollo, cuando el sistema cognitivo no posee aún las características necesarias para la elaboración cortical de la información, tienen la propiedad de combinar, organizar e integrar series enteras de informaciones distintas en un solo sistema, el somato-motor. Éste recoge informaciones procedentes de varios niveles: el sensorial, el afectivo-relacional y el adaptativo-conductual.

Por lo que concierne el nivel sensorial, nos referiremos a lo que Saraceni señala como base de la construcción del sí mismo y de sus límites (1996/1997). El Sí Mismo es, para Saraceni, *“ese lugar en que la experiencia psicológica se superpone a la somática y le da forma”*. La construcción del “límite del Sí Mismo” se basa en algunas experiencias que se encuentran a varios niveles biológicos, como, por ejemplo, el “sentimiento de rítmica”, es decir, la experiencia subjetiva que proviene de los ritmos fisiológicos vitales del organismo: sueño/vigilia, latido cardíaco, respiración, etcétera. La percepción del ritmo es, pues, una percepción sensorial del Sí Mismo que puede llegar a ser representada a nivel somato-motor en un período incluso muy temprano del desarrollo, y que, en cambio, sólo alcanza en fases evolutivas sucesivas su representación cognitiva.

En cuanto al área afectivo-relacional, Trevarthen (1984), basándose en los resultados de numerosas investigaciones conducidas sobre la relación entre madre y bebé, ha llegado a la conclusión que cada individuo, ya desde las primeras semanas de vida, inicia un proceso de estructuración de sí mismo y de la propia individualidad, a través de la comunicación con la madre. En efecto, en la interacción madre-hijo cada uno adapta los tiempos (variaciones cinemáticas), las formas (variaciones fisiognómicas), y la energía (variaciones energéticas) de las propias expresiones motoras, con el fin de sincronizarse con el otro. De esta manera se alternan momentos armónicos y se desarrolla una complementariedad de sentimientos recíprocos que llevan a un emparejamiento (*partnership*) emocional o en “confluencia”. Los intercambios positivos conseguidos y eficaces, entre la madre y el bebé, son, pues, altamente dinámicos y generan modelos (*patterns*) expresivos regulares y ciclos temporales en que se suceden las anticipaciones de una cierta gama de posibles reacciones emotivas en la pareja (*partner*): de esta manera se forman principios de control intersubjetivo en que se expresan y se completan las motivaciones comunicativas del recién nacido.

Por último, en el ámbito adaptativo-conductual, en los individuos se pueden identificar modelos (*patterns*) de respuesta que también se encuentran en especies inferiores, y, por lo tanto, se pueden considerar filogenéticamente heredados, por la rapidez con que permiten al ser humano adaptarse a las apremiantes demandas del entorno (Ekman, 1978; Plutchik, 1980).

En la mayor parte de situaciones, la información que procede de todas las áreas mencionadas es infinitamente más compleja de lo que podemos imaginar.

Se puede decir que el sistema cognitivo actúa de forma paralela a través de una reelaboración de la información disponible en el momento de producirse el evento generador de emoción. Parece un tanto improbable que el sistema cognitivo intente convertir la enorme cantidad de informaciones procedentes de distintos niveles en sistemas conceptuales y racionales, dado que no tendría la potencia ni la rapidez necesarias.

Esto lleva a la conclusión que unas representaciones de origen motora *sui generis* siguen transmitiendo al individuo informaciones que se refieren a elementos esenciales de significado de los acontecimientos vividos. El sistema motor parece ser el instrumento más adecuado para construir impresiones globales e intensas experimentadas como núcleo de las propias representaciones personales (ver también el concepto de marcadores somáticos, *somatic-markers*, introducido por Damasio, 1999).

Si bien el sistema cognitivo-conceptual consiente la organización lógica y conceptual de los elementos generados en la interacción física y social del individuo con el entorno, se puede afirmar, y parece haber sido ampliamente demostrado por las observaciones de las sesiones, que las modalidades primitivas de percepción de la realidad siguen proporcionando una contribución irrenunciable a la relación con

el entorno en cada una de sus fases. Sin embargo, en la vida cotidiana, este nivel de experiencia se sustituye más a menudo por las elaboraciones realizadas por las áreas cognitivas. Como es obvio, en los niños esto ocurre en menor medida: el contexto psicoterapéutico facilita que, a través del juego, de la implicación corporal, y de la completa confianza en el terapeuta que contiene y protege, el sistema cognitivo conceptual afloje y deje espacio a la expresión del sistema somato-motor. Estas condiciones, según Rimé (1985), favorecerían la posibilidad de compartir las emociones, en un proceso más cercano a un contagio emotivo que a una simple comunicación de las propias vivencias.

Podemos considerar, pues, que cualquier proceso de cambio sólo puede producirse cuando se alcanza este profundo nivel comunicativo. Por medio de la participación emocional del psicoterapeuta, es decir, gracias al hecho de experimentar directamente lo que realmente vive el sujeto en su esfera emocional profunda, el niño consigue experimentar, en una situación protegida y de contención, como la del encuadre psicoterapéutico, los posibles resultados de una vivencia emocional muy intensa. El terapeuta tendrá que procurar que la experiencia y la evocación de las emociones más características y profundas del individuo se produzcan conjuntamente con la aprehensión intensa del sistema somato-motor y con una sistematización por parte del sistema cognitivo-conceptual. La interacción siempre creciente entre el sistema somato-motor y el sistema cognitivo, y la diferenciación cada vez mayor de la intensidad emocional, según sus elementos situacionales específicos, permiten una real evolución de la vida emotiva. Se puede, pues, concluir que el tratamiento sistemático de la experiencia emocional según los principios descritos, es decir, que ponga énfasis no sólo en el sistema cognitivo, sino también y ante todo en el sistema somato-motor, es el solo que promueve una evolución efectiva de las posibilidades del individuo de adaptarse al entorno con serenidad y armonía, a pesar de que la vida presenta en casos como los de los niños mencionados una gran cantidad de eventos que producen emociones negativas de malestar y de sufrimiento.

En otras palabras, podríamos decir que en el encuadre de la psicoterapia, y especialmente en la relación terapéutica con niños, hace falta sentirse sumergido en el mar de las sensaciones que se generan en los pacientes y en nosotros mismos por el hecho de contactar con las emociones, para que la brújula de los datos de la investigación nos aclare en qué aguas navegamos, qué rumbos ha emprendido nuestro pequeño paciente, y en qué playas llegará o no llegará a desembarcar. Así será posible descubrir que las olas de este mar no son otra cosa que el fruncido de un amplio corte de seda: son el tejido abigarrado de sus emociones, del que habrá que recabar, junto con el niño, un traje que le envuelva perfectamente y se adapte a su conformación, con la esperanza de que la confección que se lleva al cabo conjuntamente posibilite la realización de movimientos amplios, le proteja del calor y del frío y revele el valor de la persona que lo lleva.

La psicoterapia es un campo de experiencia "extra-ordinaria", en el cual el psicoterapeuta debe tener la habilidad de tratar con emociones, con el objetivo de mejorar las habilidades del paciente de regular sus propias emociones. Esto está más allá de la experiencia ordinaria, porque en este tipo de setting, no sólo los pacientes recuerdas sus experiencias emocionales del pasado, exigiendo empatía por parte del terapeuta, sino también evocan en él, continuamente y frecuentemente, reacciones emocionales, especialmente en sesiones en las cuales las dos partes están profundamente implicadas. En esta forma de relación profunda, algo pasa que no sólo es cognitivo, sino también kinético y somático, especialmente en la psicoterapia con niños y adolescentes. Esta forma de sesión terapéutica es una preciosa ocasión para aprender a expresar, comprender y tratar con las emociones. Este artículo presenta algunas teorías sobre emociones, que explican de diferente manera los factores que evocan emociones en la vida cotidiana y qué procesos están implicados. La descripción de sesiones terapéuticas con tres preadolescentes intenta mostrar como el concepto del terapeuta sobre el modelo específico de las emociones afecta su relación con el paciente y como aumenta la competencia emocional de éste.

Palabras clave: emociones, psicoterapia, infancia, adolescencia, reacciones del terapeuta

Traducción: María Monini

Referencias Bibliográficas

- ABELSON, R. P. (1981). Psychological status of the scripts concept. *American Psychologist*, 36, 714-729.
- ABU-LUGHOD, L. (1986). *Veiled sentiments*. Berkley: University of California Press.
- ADLER, A. (1947). *Prassi e Teoria della Psicologia Individuale*. Roma: Astrolabio
- ADLER, A. (1929). *La psicologia individuale nella scuola*. Roma: Newton Compton.
- ADLER, A. (1993). *Psicologia dell'educazione*. Roma: Newton Compton.
- ADLER, A. (1993). *Psicologia del bambino difficile*. Roma: Newton Compton.
- ADLER, A. (1994). *La conoscenza dell'uomo nella psicologia individuale*. Roma: Newton Compton
- AVERILL, J. R. (Tr. it. 1968). Grief: Its nature and significance. *Psychological Bulletin*, 70, 721-748.
- AVERILL, J. R. (1994). It's a Small World, But a Large Stage. In P. Ekman, y R. J. Davidson (Eds.) *The Nature of Emotions. Fundamental Questions* (pp. 143-145). Nueva York y Oxford: Oxford University Press.
- BARONE, L., & MATARAZZO, O. (1998). *Antecedenti situazionali delle emozioni. Un confronto tra adolescenti e adulti*. Resúmenes del Congreso Nacional de la Sección de Psicología Experimental, Florencia.
- BARONE, L., GALATI, D. & MARCHETTI, Anabel (1992). Le occasioni di tristezza e rabbia in età evolutiva. *Età Evolutiva*, 41, 27-40.
- BARRETT, K. C. & CAMPOS, J. J. (1987). Perspectives on emotional development II: A functionalist approach to emotions. En J. D. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (pp. 555-578). Nueva York: Wiley.
- BENZECRI, J. P. (1973). *L'analyse des données*. Paris: Dunod.
- BERKOWITZ, L. (1990). On the formation and regulation of anger and aggression. *American Psychologist*, 45, 494-503.
- BLACK, P. (Ed.) (1970). *Physiological Correlates of Human Emotion*. Nueva York: Academic Press.
- BLACKBURN, R. (1965). Emotionality, repression sensitization and maladjustment. *British Journal of Psychiatry*, 111, 399-404.
- BORKE, H. (1971). Interpersonal perception of young children: egocentrism and empathy. *Developmental Psychology*, 5, 263-269.
- BOUCHER, J.D. (1983). Antecedents to emotions across cultures. En S.H. Irvine, & J.W. Berry (Eds.), *Human Assessment and Cultural Factors*. Nueva York: Plenum Press.

- BOUCHER, J.D., & BRANDT, M.E. (1981). Judgment of emotion: American and Malay antecedents, *Journal of Cross-cultural Psychology*, 12, 272-283.
- BRANDT, Mónica E., & BOUCHER, J. D. (1985). Judgments of emotions from the antecedent situations in three cultures. En I. R. Lagunes, & Y. H. Poortinga (Eds.), *From a different perspective: Studies of behavior across cultures* (pp. 348-362). Lisse, Holanda: Swets en Zeitlinger.
- BRIGGS, J. L. (1979). *Never in anger: Portrait of an Eskimo family*. Cambridge, MA Harvard University Press.
- BYRNE, D. (1964). Repression-sensitization as a dimension of personality. En B. Anabel Maher (Coord.), *Progress in experimental Personality research*. Nueva York: Academic Press.
- CAMRAS, L. A. & ALLISON, K. (1989). Children and Adults' Belief About Emotion Elicitation. *Motivation and Emotion*, 13, 53-70.
- CARSTENSEN, L. L. (1987). Age-related changes in social activity. En L. L. Carstensen, & B. A. Edelman (Eds.), *Handbook of clinical gerontology* (pp. 222-237). Nueva York: Pergamon Press.
- CARSTENSEN, L. L., LEVENSON, R. W., & GOTTMAN, J. M. (1995). Emotional behavior in long-term marriage. *Psychology and Aging*, 10, 140-149.
- COHEN, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- COURTIAL, J. P. (1978). A Propos de l'Analyse des Données. *Revue française de Sociologie*, 19, 585-592.
- DAMASIO, Anabel R. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain*. Nueva York: Putnam.
- DAVIES, M. (1970). Blood pressure and personality. *Journal of psychosomatic Research*, 14, 89-104.
- DOUGHERTY, L. M., ABE, J. Anabel, & IZARD, C. E. (1996) Differential Emotions Theory and Emotional Development in Adulthood and Later Life. En C. Magai, & S. H. McFadden, (Eds.), *Handbook of emotion, adult development, and aging*. (pp. 27-41). San Diego, CA: Academic Press.
- D'URSO, V., & TRENTIN, R. (1988) (Coord.). *Psicologia delle emozioni*. Bologna: Il Mulino.
- EKMAN, P. (1994). Antecedent Events ad Emotion Metaphors. En P. Ekman, & R. J. Davidson (Eds.), *The Nature of Emotions. Fundamental Questions*. (pp. 146-149). Nueva York y Oxford: Oxford University Press.
- EKMAN, P., & Davidson, R. J. (1994). Afterword: How is Evidence of Universals in Antecedents of Emotion Explained? En P. Ekman, & R. J. Davidson (Eds.), *The Nature of Emotions. Fundamental Questions*. (pp. 176-177). Nueva York y Oxford: Oxford University Press.
- EKMAN, P., & FRIESEN, W. V. (1971). Constants across Cultures in the Face and Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17, 124-129.
- EKMAN, P., & FRIESEN, W. V. (1978). *The Facial Action Coding System (FACS): A technique for the measurement of facial movement*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- EIBL-EIBESFELDT, I. (1970). *Ethology: The biology of behaviour*. Nueva York: Holt Rinehart and Winston. [trad.it.: *I fondamenti dell'etologia*. Milano: Adelphi].
- ELLESWORTH, P. C., & SMITH, C. Anabel (1988). Shades of joy: Patterns of appraisal differentiating pleasant emotions. *Cognition and Emotion*, 2, 301-331.
- EMDE, R. N. (1980). Levels of meaning for infant emotions: A biosocial view. En W. Anabel Collins, (Ed.), *Development of cognition, affect and social relations: Minnesota Symposia on Child Psychology* (Vol. 13, pp. 1-38). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- ERCOLANI, Anabel P., ARENI, Anabel, & MANNETTI, L. (1990). *La ricerca in psicologia. Modelli di indagine e di analisi dei dati*. (pp. 234-274). Roma: La nuova Italia Scientifica.
- FOLKMAN, S., & LAZARUS, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.
- FRIJDA, N. H. (1994). Universal Antecedents Exist, and are interesting. En P. Ekman y R. J. Davidson (Eds.), *The Nature of Emotions. Fundamental Questions* (pp. 155- 162). Nueva York y Oxford: Oxford University Press.
- FRIJDA, N. H., KUIPERS, P., & TER SCHURE, E. (1989). Relation among emotion, appraisal, and emotional action readiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 212-228.
- FRIJDA, N.H. (1986). *The Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press. [Trad. it.: *Emozioni*. Bologna: Il Mulino, 1988].
- GALATI, D. (1993). Occasioni di emozione nell'infanzia e nell'età adulta. *Giornale Italiano di Psicologia*, 20, 69-96.
- GALATI, D., MICELI, R., & SINI, B. (1996) Judging and measuring emotional facial expressions of congenitally blind children. En N. Frijda (Ed.), *ISRE '96 - Proceedings of the IX Conference of the International Society for Research on Emotions*. Toronto: I.S.R.E Edition. (pp. 334-338).

- GALATI, D., & SINI, B. (1998a). Echellonnement multidimensionnel des termes du lexique français des émotions. Une comparaison entre trois procédés d'analyse. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 37, 76-96.
- GALATI, D., & SINI, B. (1998b). Les mots pour dire les émotions: recherche sur la structure du lexique émotionnel italien. *Revue de Sémantique et Pragmatique*, 4, 139-161.
- GALATI, D., & SCIACKY, R. (1995). The representation of antecedents of emotions in northern and southern Italy: A textual analysis. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 26, 123-141.
- GALATI, D., GUIDA, S., MICELI, R., & SINI, B. (1998). L'espressione facciale delle emozioni nei bambini ciechi congeniti. Codifica e riconoscimento delle espressioni facciali di un gruppo di soggetti tra il terzo ed il quinto anno di vita. *Ricerche di Psicologia*, 22, 45-79.
- GALATI, D., SINI, B., TINTI, C., & MICELI, R. (in corso di pubblicazione). L'espressione facciale delle emozioni in bambini ciechi congeniti di età compresa tra gli 8 e gli 11 anni. Osservazione e decodifica dell'espressione delle emozioni. *Ricerche di psicologia*.
- GALATI, D., MASSIMINI, F., & SINI, B., (In corso di pubblicazione). Il lessico emozionale nelle lingue neolatine: un confronto tra catalano e castigliano. En B. Cattarinussi (Ed.) *Emozioni e sentimenti nella vita sociale*. Milán: FrancoAngeli.
- GALATI, D., & SINI, B. (en prensa). Vita quotidiana ed emozioni nell'infanzia e nell'adolescenza. En O. Matarazzo (coord.) *Emozioni e adolescenza*. Nápoles: Liguori.
- GALATI D., SINI B., SCHMIDT S., & TINTI, C. (in corso di pubblicazione). Spontaneous facial expression of emotions: Comparing congenitally blind and sighted children. *Emotion*. (MS: E00-41)
- GALATI, D., MICELI, R., & SINI, B. (en prensa). Coding and Judging the Facial Expression of Emotions in congenitally blind children. *International Journal of Behavioral Development*. (MS IJBD/198/040373).
- GEHM, T. L., & SCHERER, K. R. (1988). Relating situation evaluation to emotion differentiation: Non-metric analysis of Cross-cultural questionnaire data. En K. R. Scherer (Ed.). *Facts of Emotion: Recent Research* (pp. 61-78). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- GRANDI, L. G. (2003). *Viaggio nell'uomo: per una Psicologia del benessere e del servizio. Volume 1*. Turin: Ideanet.
- GRANDI, L. G. (2003). *Viaggio nell'uomo: per una Psicologia del benessere e del servizio. Volume 2*. Turin: Ideanet.
- HARRIS, P. L. (1989). *Children and Emotion. The Development of Psychological Understanding*. Oxford: Basic Blackwell Ltd. (Trad. it. coord. por G. Gilli e Anabel Marchetti. *Il bambino e le emozioni*. Milán, Cortina, 1991.)
- HARTER, S., & WHITESELL, N R. (1989). Changes in understanding of emotion concepts. In C. Saarni, & P. L. Harris (Eds.). *Childrens' Understanding of emotion*. Cambridge: Cambridge University.
- HOBSON, P. (1993). The emotional origins of social understanding. *Philosophical Psychology*, 6, 227-249.
- IZARD, C. E. (1993). Organizational and motivational functions of discrete emotions. En M. Lewis, & J. Haviland (Eds.). *Handbook of emotions* (pp. 631-641). Nueva York: Guilford.
- IZARD, C. E., & MALATESTA, C. Z. (1987). Perspectives on emotional development, I: Differential emotions theory of early emotional development. En J. D. Osofsky (Ed.). *Handbook of Infant Development* (2nd ed., pp. 494-554). Nueva York: Wiley.
- IZARD, C. E., NAGLER, S., RANDALL, D. & FOX, J. (1965). The effects of affective picture stimuli on learning, perception and the affective values of previously neutral symbols. En S. S. Tomkins & C. E. Izard (Eds.). *Affect, cognition, and personality*. Nueva York: Springer.
- IZARD, C.E. (1971). *The Face of Emotion*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- IZARD, C.E. (1979). *The Maximally discriminative facial movement coding system(Max)*. Newark, Delaware (DE) University of Delaware Office of Instructional Technology.
- KEELER, W. (1983). Shame and stage fright in Java. *Ethos*, 11, 152-165.
- KISSEN, D. M. (1966). The significance of personality in lung cancer in men. *Annals of the New York Academic Science*, 125, 820-826.
- LABOUVIE-VIEF, G., & DEVOE, M. (1991). Emotional regulation in adulthood and later life: A developmental view. En K. W. Schaie (Ed.). *Annual review of gerontology and geriatrics* (pp. 172-194). Nueva York: Springer.
- LABOUVIE-VIEF, G., DEVOE, M., BULKA, D. (1989). Speaking about feelings: Conceptions of emotion across the life span. *Psychology and Aging*, 4, 425-437.
- LABOUVIE-VIEF, G., HAKIM-LARSON, J., DEVOE, M., & SCHOEBERLEIN, S. (1989). Emotions and self-regulation: A life span view. *Human Development*, 32, 279-299.

- LANZETTA, J., CARTWRIGHT-SMITH, J., & KLECK, R. (1976). Effects of nonverbal dissimulation on emotional experience and autonomic arousal. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33, 354-370.
- LAWTON, M. P., KLEBAN, M. H., RAJAGOPAL, D., & DEAN, J. (1992). Dimensions of Affective Experience in Three Age Groups. *Psychology and Aging*, 7, 171-184.
- LAZARUS, R. (1994). Universal Antecedents of the Emotions. In P. Ekman, & R. J. Davidson (Eds.) *The Nature of Emotions. Fundamental Questions* (pp. 163-171). Nueva York y Oxford: Oxford University Press.
- LAZARUS, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- LAZARUS, R. S., & FOLKMAN, S.: (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer.
- LEBART, L., MORINEAU, A., BECUE, M. & HAEUSLER, L. (1993). *SPAD-T: Système Portable pour l'Analyse des Données Textuelles*. Saint-Mandé: Centre International de Statistique et d'Informatique Appliquées.
- LEBRA, T. S. (1983). Shame and guilt: A psychocultural view of the Japanese self. *Ethos*, 11, 192-209.
- LEVY, R. I. (1973). *Tahitians: Mind and experience in the Society Islands*. Chicago: University of Chicago Press.
- LEWIS, M., & MICHALSON, L. (1983). *Children's emotions and moods*. Nueva York: Plenum Press.
- MAGAI, C. & MCFADDEN, S. H. (Eds.) (1996). *Handbook of emotion, adult, development, and aging*. San Diego, CA: Academic Press.
- MALATESTA, C. Z., & IZARD, C. E. (Eds.). (1984). *Emotion in adult development*. Beverly Hill, CA: Sage.
- MALATESTA, C. Z., & KALNOK, M. (1984). Emotional experience in younger and older adults. *Journal of Gerontology*, 39, 301-308.
- MARRADI, A. (1989). Presentación. En E. Amaturio (Ed.). *Analyse des données e analisi dei dati nelle scienze sociali*. (pp. VII-VIII). Turín: Centro Scientifico Editore.
- MAURO, R., SATO, K., & TUCKER, J. (1992). The role of appraisal in human emotions: A cross-cultural study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 301-317.
- MESQUITA, B., & FRIJDA, N.H. (1992). Cultural variations in emotions: a review. *Psychological Bulletin*, 112, 179-204.
- MURRAY, A. D. (1979). Infant crying as an elicitor of parental behavior: An examination of two models. *Psychological Bulletin*, 86, 191-215.
- NIEDENTHAL, P. M., SETTERLUND, M. B., & JONES, D.E. (1994). Emotional organization of perceptual memory. En P.M. Niedenthal, & S. Kitayama (Eds.). *The heart's eye: Emotional influences in perception and attention* (pp.87-113). San Diego, CA: Academic Press.
- PENNEBAKER, J. W., & BEALL, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: towards an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 274-281.
- PLUTCHIK, R. (1980). *Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis*. Nueva York: Harper & Row.
- REISENZEIN, R., & HOFMANN, T. (1993). Discriminating emotions from appraisal-relevant situational information: Baseline dates for structural models of cognitive appraisals. *Cognition and Emotion*, 7, 325-355.
- REISENZEIN, R., & SPIELHOFER, C. (1994). Subjectively salient dimensions of emotional appraisal. *Motivation and Emotion*, 18, 31-77.
- RIMÉ, B. (1988). La comunicazione dell'esperienza emotiva. En V. D'Urso & R. Trentin (Eds.). *Psicologia delle emozioni* (pp. 289-303). Bologna: Il Mulino.
- RIMÉ, B. (1983). Non verbal communication or non verbal behavior? Towards a cognitive-motor theory of nonverbal behavior. En W. Doise & S. Moscovici (Eds.). *Current issues in european social psychology*. Cambridge: University Press.
- RIMÉ, B. (1984). Language et communication. En S. Moscovici (Ed.). *Psychologie Sociale*. París: Presses Universitaires de France.
- RIMÉ, B. (1985). "Do you see what I mean?" The process of sharing representations in interpersonal communication. En Actas del Congreso: *The social constitution of meaning in interpersonal communication*. The Werner-Reimers Foundation, Bad-Homburg, Alemania, 4-7 de diciembre.
- ROSCH, E. (1973). On the internal structure of perceptual and semantic categories. En T. E. Moore (Ed.). *Cognitive development and the acquisition of language* (pp. 27-48). Nueva York: Academic Press.
- ROSCH, E. (1978). Principles of categorisation. En: E. Rosch, & B. B. Lloyd (Eds.) *Cognition and Categorisation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- ROSEMAN, I. J. (1984). Cognitive determinants of emotion: A structural theory. En: P. Shaver (Ed.), *Review of Personality and Social Psychology* (Vol 5, pp. 11-36). Beverly Hills, CA: Sage.
- ROSEMAN, I. J., Spindel, M. S., & Jose, P. E. (1990). Appraisal of emotion-eliciting events: Testing a theory of discrete emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 899-915.

- RUSSELL, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 1161-1178.
- RUSSELL, J.A., & MERHABIAN, A. (1977). Evidence for three-factor theory of emotions. *Journal of Research in Personality*, 11, 273-294.
- RUTH, J. E., & VILKKO, A. (1996). Emotion in the construction of autobiography. En C. Magai & S. H. McFadden (Eds.). *Handbook of Emotion, Adult Development, and Aging* (pp. 167-181). San Diego, CA: Academic Press.
- SAARNI, C., & HARRIS, P. L. (Eds.) (1989). *Children's Understanding of Emotion*. Cambridge: Cambridge University Press.
- SARACENI, C. (1997). Seminario de psicopatología. Curso de especialización para la formación profesional del psicoterapeuta, Escuela Adleriana de Psicoterapia de Turín, 1996-1997.
- SCHERER, K. R. (1993). Neuroscience projections to current debates in emotion psychology. *Cognition and Emotion*, 7, 1-41.
- SCHERER, K. R. (1994). Evidence for Both Universality and Cultural Specificity of Emotion Elicitation. En P. Ekman, & R. J. Davidson (Eds.). *The Nature of Emotions. Fundamental Questions* (pp. 172-175). Nueva York y Oxford: Oxford University Press.
- SCHERER, K. R. (1997). Profiles of Emotion Antecedent Appraisal: Testing Theoretical Predictions across Cultures. *Cognition and Emotion*, 11, 113-150.
- SCHERER, K. R., & WALLBOTT, H. G. (1994). Evidence for universality and cultural variation of differential emotion response patterning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 310-328.
- SCHERER, K. R., Summerfield, A. B., & Wallbott, H. G. (1983). Cross-sectional research on antecedents and components of emotion: A progress report. *Social Science Information*, 22, 355-385.
- SCHERER, K. R., WALLBOTT, H.G. & SUMMERFIELD, A. B. (Eds.) (1986). *Experiencing emotion: A cross-cultural study*. Cambridge: Cambridge University Press.
- SCHERER, K.R. (1984). Emotion as a multicomponent process: A model and some cross-cultural data. En: P. Shaver (Ed.) *Review of Personality and Social Psychology* (Vol.5, pp. 37-63). Beverly Hills, CA: Sage.
- SCHERER, K.R., WALLBOTT, H.G., MATSUMOTO, D. & KUDOH, T. (1988). Emotional experience in cultural context: A comparison between Europe, Japan, and the USA. En K. R. Scherer (Ed.), *Facets of emotion: Recent research*. (pp. 5-30). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- SHAVER, P., SCHWARTZ, J., KIRSON, D., & O'CONNOR, C. (1987). Emotional Knowledge: Further Exploration of a Prototype Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1061-1086.
- SINI, B. (2000). *Emozioni e vita quotidiana. Metodi di osservazione e di misurazione dell'esperienza emotiva nel ciclo di vita*. Tesis doctoral, A.A.1999-2000.
- SMITH, C. A., & ELLSWORTH, P.C. (1985). Patterns of cognitive appraisal in emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 813-838.
- STEGAGNO, L. (Ed.) (1991). *Psicofisiologia. Vol.2: Correlati fisiologici dei processi cognitivi e del comportamento*. Turín: Bollati Boringhieri.
- STEIN, N. L., & JEWETT J. (1986). A conceptual analysis of the meaning of negative emotions: Implications for a theory of development. En: C.E. Izard, P. Reas (Eds.). *Measuring Emotion in Infant and Children, vol. 2*. Cambridge: Cambridge University Press.
- STEIN, N. L., & LEVINE, L. J. (1989). The causal organization of emotional knowledge. A developmental study, *Cognition and Emotion*, 3, 343-378.
- TESSER, A. (1990). Smith and Ellsworth's appraisal model of emotion: A replication, extension, and test. *Personality and Social Psychology bulletin*, 16, 210-223.
- THOMPSON, R. A. (1989). Causal attribution and children emotional understanding. En: C. Saarni, & P. L. Harris (Eds.). *Children's Understanding of Emotion*. Nueva York: Cambridge University Press.
- TOMKINS, S. S. (1962) *Affect, Imagery, Consciousness. Vol. 1. The Positive Affects*. Nueva York: Springer.
- TOMKINS, S. S. (1991). *Affect, imagery, consciousness: Vol. III*. Nueva York: Springer.
- TREVARTHEN, C. (1986) Development of intersubjective motor control in infants. En M. G. Wade, & H. T. A. Whiting (Eds.). *Motor development in children: aspects of coordination and controls*. Dordrecht.
- ZUCKERMAN, M., KLORMAN, R., LARRANCE, D. T. e SPIEGEL, N. H. (1981). Facial autonomic and subjective components of emotion: the facial feedback hypothesis versus the externalizer-internalizer distinction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 929-944.

TERAPIA DE PAREJA EN EL MARCO DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

Hermínia Gomà i Quintillà
herminia@institutgoma.com

Emotional Intelligence is considered in this article as an appropriate resort to facilitate a richer and satisfactory way to attain a level of better relationships in the marital life. The selfknowledge and emotional regulation are the basis for coping easier with different conflicts between members of a couple. This approach assumes that every member of a married couple has different personal abilities that can be applied to overcome these conflicts, although they are unaware, in order to improve their relationships.

Keywords: emotional intelligence, married couples, selfknowledge, selfregulation, improvement.

INTRODUCCIÓN

¿Practicamos lo que teorizamos? ¿Podemos superar los problemas con las teorías que conocemos? Dicen que la felicidad está al alcance de todas las personas. ¿Cómo puede ser entonces que tantas parejas fracasen en alcanzarla? ¿Cómo puede ser que a los pocos meses de estar casados ya estén separándose?

La reflexión de estas cuestiones nos plantea nuevos interrogantes: ¿Es suficiente el amor para garantizar una buena relación de pareja? ¿Qué entendemos por una buena relación de pareja? ¿Qué cambios pueden hacer los miembros de una pareja para llegar a gozar de un mayor bienestar? ¿Pueden mejorar como pareja aprovechando habilidades que ya aplican en otras áreas de interacción personal o profesional? ¿Estas habilidades pueden potenciar otras capacidades menos reconocidas para ellos mismos?

Sabemos que el amor no es suficiente para una convivencia satisfactoria. El enamoramiento y la pasión son componentes básicos para iniciar la relación de pareja, pero son necesarios otros componentes como la responsabilidad, la mutua admiración, el respeto, la necesidad de crear un proyecto en común, juntamente con fuertes dosis de energía y coraje para superar los obstáculos que irán apareciendo a lo largo del camino que quieren recorrer conjuntamente.

El amor tiene muchas facetas. La relación de pareja precisa de muchos ingredientes para poder crecer y seguir adelante. El conjunto de factores que convierten una relación de pareja en una relación gratificante están relacionados con la atracción, la complicidad, la responsabilidad compartida, el respeto, la afectividad y el cariño.

A menudo, las propuestas terapéuticas parten de marcos conceptuales que se sustentan en su origen en la disfuncionalidad. Nuestra propuesta terapéutica está basada en la funcionalidad. Parte del análisis y estudio de parejas que funcionan satisfactoriamente. ¿Qué hábitos y destrezas ejecutan para conseguir el éxito?

No queremos centrarnos en la disfuncionalidad. Vamos a observar y analizar para llegar a comprender el funcionamiento de las parejas que saben hacerlo bien. ¿Qué las hace diferentes de las parejas que tienen problemas? ¿Cómo puede ser que en muchos aspectos y situaciones una misma pareja sepa relacionarse satisfactoriamente y en otros el dolor y el malestar parecen insalvables?

La puesta en práctica de esta estrategia terapéutica se basa en el anhelo intrínseco de todas las personas a hacer las cosas lo mejor que sabemos hacerlas. Aprender es una de las necesidades básicas del ser humano. Quizás no queramos aprender las mismas cosas, pero la curiosidad, sobre todo para conseguir hacer las cosas con mejores resultados es inherente al ser humano.

La mayoría de personas necesita economizar sus energías emocionales. Aprender a obtener los resultados deseados de una manera habilidosa reduce el coste de energía emocional. Con esta motivación, la práctica de esta estrategia puede tener un buen pronóstico.

Hay un aspecto, no por menos evidente, que necesita ser investigado, y es saber si realmente el afecto que se profesan los dos miembros de la pareja es correspondido. Algunas parejas en crisis acuden a terapia porque uno de sus miembros desearía separarse y dejar al cuidado de un terapeuta a su cónyuge y que pueda recibir así el apoyo emocional que precisará cuando exprese su deseo de separarse. En estos casos el terapeuta tendrá que ayudar a la pareja a plantear otro objetivo terapéutico para cada uno de ellos, ya que no existe el objetivo compartido de hacer un “nosotros”.

Otro de los aspectos a tener en cuenta para la idoneidad de esta práctica terapéutica es que realmente los dos miembros de la pareja asuman la mutua responsabilidad en la terapia y quieran participar de una manera activa en la consecución de los resultados esperados y que el único inconveniente sea reconocerse con pocas habilidades para conseguirlo.

PROPUESTA TERAPÉUTICA BASADA EN LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

Nuestra propuesta terapéutica la basamos en el desarrollo de un conjunto de habilidades que configuran lo que actualmente se conoce con el nombre de

Inteligencia Emocional.

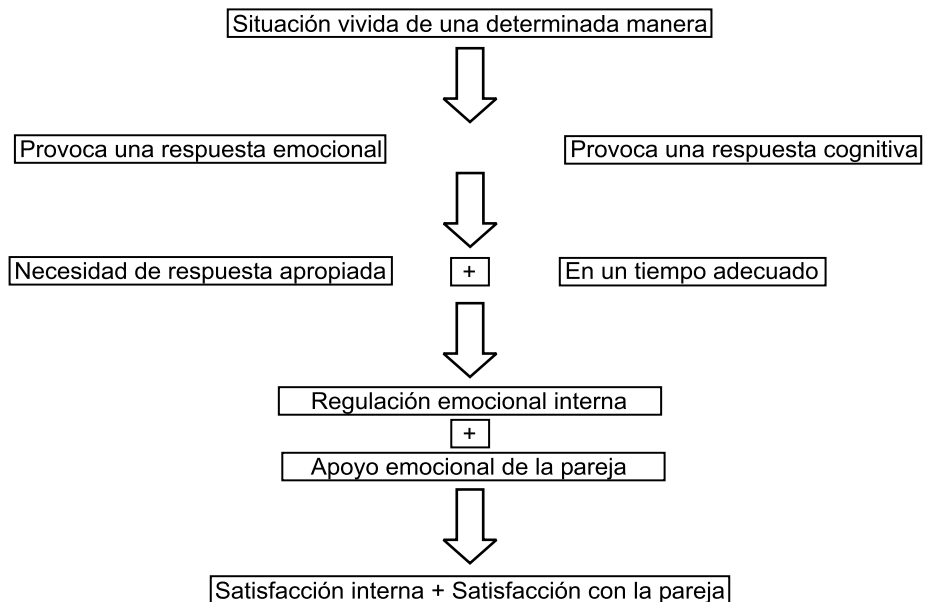
La Inteligencia Emocional entendida como:

- Saber aprovechar la capacidad inherente del ser humano para querer hacer las cosas lo mejor que sabe hacerlas
- La capacidad para aprovechar las destrezas más desarrolladas para potenciar las menos favorecidas
- Un conjunto de capacidades encubiertas que reconocidas, pueden ser practicadas hasta convertirlas en habilidades inherentes a la persona
- El conocimiento de las emociones y su correcta regulación y canalización

Todas las personas experimentamos las mismas emociones ante situaciones que vivenciamos de la misma manera. Lo que nos diferencia a unos de los otros es como resolvemos la situación que ha provocado aquella emoción. Una pareja puede encontrarse ante una determinada situación que les afecta a los dos y hacerle frente de manera totalmente distinta. Por ejemplo, están inmersos en una relación sexual y de pronto suena el teléfono, los dos pueden vivirlo como una situación inoportuna, pero mientras uno puede continuar la relación con sentido del humor, el otro enfadarse y lamentarse y en consecuencia, perder la inspiración.

También es frecuente que la pareja viva la misma situación de forma totalmente opuesta, ya que las emociones que ha despertado en cada uno de ellos no son las mismas.

Si entendemos la emoción como la respuesta neurofisiológica que da el organismo y la respuesta cognitiva que genera el pensamiento ante una situación determinada (que se está experimentando en presente, pasado o futuro), podríamos explicar el funcionamiento emocional de la siguiente manera:



Este gráfico lo podemos entender del siguiente modo:

Ante una situación vivida de una determinada manera, nuestra mente y nuestro cuerpo reaccionan. La reacción es tanto neurofisiológica como cognitiva. Esta suma de reacciones la entenderemos como Respuesta Emocional. Se ha activado una emoción. Cuando en el contexto de una relación las personas experimentamos una emoción necesitamos que la pareja comprenda nuestra respuesta emocional, y que no tarde demasiado en sintonizar con la expectativa que tenemos en su apoyo emocional. Si la persona sabe como regular su respuesta y además encuentra el apoyo que precisa en su pareja, el resultado que se obtiene es una satisfacción interna y con la pareja.

Muchas parejas con problemas desconocen sus reacciones y el origen de su sufrimiento. Saben que la pareja no les está dando en apoyo emocional que precisan, pero no saben expresar de manera comprensible que apoyo emocional precisan. Cuando las personas sabemos reconocer qué nos está pasando y podemos pedir lo que necesitamos e incluso saber como lo podemos pedir para que el otro lo comprenda, el grado de satisfacción por el resultado obtenido es muy elevado. Por ejemplo una mujer se siente triste porque está recordando una situación de pérdida personal, desea de su pareja ser consolada, abrazada, acompañada. Si su pareja empieza a darle consejos y decirle como debe sentirse, que ya pasó..., la mujer sentirá que su pareja no la escucha y no la comprende, el hombre se sentirá rechazado e inseguro...

Ni ella sabe pedir: cariño, lo que ahora necesito de ti es que me abrases, sería para mí un gran consuelo... Ni él sabe dar ese abrazo que ella necesita, cree que con sus ánimos la salvará de esta situación dolorosa. Una situación que podría haber creado un espacio de intimidad se convierte en una herida emocional que se han infligido mutuamente por la falta de autoconocimiento y por la falta de estrategia de afrontamiento emocional.

Otro factor a tener en cuenta es que dentro de la relación de pareja existe una tendencia muy generalizada a personalizar. Crean que solamente su pareja lo hace tan mal y además, sólo se lo hace a ellos.

A menudo, la perspectiva sistémica de que la respuesta de un miembro de la pareja es el resultado de la globalidad de la interacción queda eclipsada por el propio dolor personal. Por ejemplo, una mujer se lamenta de que su marido no está lo suficiente en casa el fin de semana y que siempre que puede encuentra excusas para salir, se siente abandonada por él. El marido explica que no tiene espacio personal durante la semana, trabaja muchas horas y que como tiene que estar con la familia el fin de semana roba pequeños momentos para sentir que tiene espacio para él. Cada uno de ellos siente su propio dolor y no puede percibir que la reacción del otro está vinculada a la propia.

El autoconocimiento del funcionamiento de la respuesta emocional y la capacidad de regular las propias emociones, es decir, saber qué se experimenta y

como se canalizan las emociones, son los dos pilares fundamentales de la Inteligencia Emocional. Cuando logramos entender qué es lo que estamos sintiendo y sabemos cómo canalizarlo, puede ser que no nos guste pero al menos sabremos que podemos hacer con ello.

Si analizamos con la pareja alguna de las emociones básicas, como el miedo, la tristeza, la rabia, la alegría y el amor y estudiamos su tratamiento y su resolución podremos ayudarlos a entender sus reacciones y las de su pareja.

Este primer ejercicio de análisis y desarrollo del despertar de las emociones es fundamental a la hora de desarrollar la Inteligencia Emocional en la pareja.

Situación vivida cómo	Respuesta neuro-fisiológica	Respuesta cognitiva	Si necesitamos que la experiencia dure	Si necesitamos que la experiencia acabe
PELIGROSA	Inquietud/ ansia/ temblor	MIEDO		PROTECCIÓN
PÉRDIDA	Llanto	TRISTEZA		CONSUELO
INJUSTA	Agitación	RABIA		COMPRENSIÓN
GANANCIA	Saltos	ALEGRIA	COMPARTIR	
PLENITUD	Latido/ Mariposas/	AMOR	CORRESPONDENCIA	

En cualquier situación, las respuestas neurofisiológicas son múltiples y muy variadas en cada persona, incluso la misma persona dependiendo del momento las manifestará de distinta manera. No siempre que experimentamos una pérdida lloramos, a veces sólo cambia nuestro semblante. Cuando sentimos miedo no siempre temblamos, a veces sudamos. Cuando sentimos rabia no siempre lo manifestamos con agitación, podemos expresarlo con un grito. Cuando sentimos amor no siempre sentimos un mariposeo en el estómago, a veces sentimos una gran paz que nos inunda. Cuando hemos conseguido ganar alguna cosa no siempre saltamos de alegría a veces lloramos.

El primer paso es poder reconocer qué emoción es la que estamos experimentando en ese momento. Para facilitar el reconocimiento de la emoción podemos formular una doble pregunta para cada emoción:

- ¿Qué aspecto **peligroso** comporta esta situación? ¿Qué **miedo** te produce esta situación?
- ¿Qué **pérdida** representa para ti esta situación? ¿Qué tiene de **triste** esta situación?
- ¿Qué tiene de **injusto** esta situación para ti? ¿Qué **rabia** te ha producido esta situación?

- ¿Qué has **ganado** con esta situación? ¿Qué **alegría** comporta esta situación?
- ¿Qué **plenitud** o **felicidad** comporta esta situación? ¿Qué **amor** experimentas con esta situación?

Hay personas que se ven a si mismas como carentes de miedo y su primera respuesta es: A mi no me da miedo nada, entonces les preguntas: ¿crees que esta situación entraña algún peligro? Entonces reconocen que también pueden experimentar miedo. Así pasa con algunas emociones de algunas personas. Otras sin embargo, enseguida sintonizan con la emoción que se quiere analizar. Esta doble pregunta ayuda a que la persona se pueda explicar mejor a si misma la situación descrita.

Dada la complejidad del mundo emocional, un solo punto de vista para describir o dilucidar qué emoción está en juego puede ser insuficiente.

Cuando la persona ha reconocido la situación y sabe qué emoción es la que está experimentando, puede ser que quiera dejar de experimentarla o puede desear alargarla todo lo que sea posible. Según la respuesta que de a esta situación, o el trato que reciba de la pareja conseguirá atenuar el dolor y perdurar el bienestar.

Por ejemplo, si el marido ha experimentado una situación como injusta y lo que siente es rabia querrá expresar a su mujer el malestar que siente. Si la mujer le permite expresar esta rabia y comprende lo que la ha ocasionado, no va a cambiar la situación que la ha provocado pero su marido se sentirá confortado por la comprensión de su pareja. De esta manera, el dolor causado por la situación injusta bajará su intensidad y su duración. Si en el mismo caso de situación vivida como injusta, la mujer responde quitándole la razón y transmitiendo que no tiene derecho a sentirse injustamente tratado, el marido, no sólo no se sentirá apoyado si no que seguramente la rabia experimentada ahora la dirigirá sobre su pareja, ya que la injusticia de no ser comprendido será percibida como mayor que la de la situación original.

La manera de afrontar las emociones se aprende mayoritariamente en la familia. El modelo familiar es fundamental para aprender a resolver las emociones. Cuando dos personas forman una pareja tienen que aprender y comprender estas diferencias de estilos. No solamente tienen que conocer costumbres cotidianas que nunca habían experimentado, también tienen que conocer los diferentes estilos para afrontar las situaciones emocionales.

Imaginemos que un hombre expresa el sentimiento de pérdida de una manera agresiva, dando un golpe a un objeto o persona. La mujer asocia la agresividad con rabia y por tanto interpreta que su marido está enrabiado y no lo consuela, se aleja para que pueda dar rienda suelta a su rabia. En su casa cuando alguien golpeaba lo dejaban estar hasta que se calmaba, la mujer responde siguiendo el modelo de su familia de origen. El hombre se siente solo y poco apoyado. Al no encontrar consuelo y no saber lo que tiene que pedir no puede resolver satisfactoriamente la

situación.

Por este motivo conocer los estilos de afrontamiento de la pareja ante las situaciones diferentes facilitará el mutuo apoyo en situaciones de dolor.

El mismo caso lo podemos encontrar en situaciones donde se quiera prolongar una emoción agradable. Imaginemos el caso en que la mujer llega a casa y le explica a su marido que han estrenado una película que le hace mucha ilusión, porque hacía tiempo que la venían anunciando y por fin la estrenan, su marido en lugar de compartir su alegría, le dice que precisamente esta mañana ella, le había comentado, que estaba agotada, y no cree oportuno salir al cine. Ella no entiende como él no comparte su alegría. Él no ha permitido que ella se sintiera feliz con una ilusión, ya que su modelo familiar era el de hacer frente a las ilusiones desde una perspectiva práctica. La mujer no ha sabido transmitirle que para ella era mucho más importante que el compartiera su ilusión que un enfoque práctico de la misma, haciendo que sintiera que tenía que poner los “pies en el suelo”. Se siente poco apoyada y nada comprendida por su pareja.

Hay familias donde se permite expresar la tristeza llorando y sus miembros han aprendido a dar consuelo a la persona que ha experimentado una pérdida. Por tanto esta persona entenderá que su pareja necesita consuelo cuando la vea llorar. Si esta persona no llora cuando está triste y en cambio da una respuesta agresiva, fruto de su aprendizaje familiar, no se podrán confortar mutuamente, y la comprensión y la frustración serán muy grandes.

¿Qué se espera de la pareja? En la mayoría de situaciones las expectativas que se tienen respecto a la pareja y al amor son muy elevadas y poco realistas. De la misma manera que no conocemos plenamente al otro en toda la gama de respuestas emocionales, tampoco la pareja puede saber en cada momento cuáles son nuestras expectativas respecto a su apoyo o trato. De la pareja se espera mucho más que de las demás relaciones, por este motivo, la frustración ante el desconocimiento del otro es mayor que en cualquier otro tipo de relación.

El conocimiento del mundo emocional es fundamental para dar el apoyo que la pareja necesita. Por este motivo el primer trabajo que se hace con la pareja para desarrollar su Inteligencia Emocional es el mutuo conocimiento de la expresión de las emociones y el trato que espera recibir cada miembro de la pareja en situaciones determinadas.

Por ejemplo, es frecuente en consulta que una mujer llore cuando está explicando que a veces se siente sola, está expresando que experimenta una situación de pérdida. Él no sabe que hacer en esas situaciones, cuando ella llora, y empieza a pensar en como la puede ayudar para solucionarle el problema. Se centra en buscar una solución en lugar de consolarla. El no sabe que ella necesita consuelo y que quizás cogiéndole la mano o abrazándola ella tendría lo que necesita. Cuando él lo hace y observa el resultado, entiende la importancia de este acto para ella, un acto para él insignificante, pero ahora ya sabe cómo tiene que confortarla en

próximas situaciones. Ella se siente consolada, comprendida y apoyada. Él se siente bien, necesario y capaz de poder apoyar a su mujer.

Vivir en pareja de manera enriquecedora y satisfactoria significa que los dos miembros están dispuestos a llegar a acercar estas divergencias sumando capacidades y no restando posibilidades.

Cada uno de los miembros de la pareja necesita ser reconfortado de una manera determinada ante una situación que despierta su respuesta emocional.

Pongamos por caso una situación vivida como injusta, los dos necesitarán comprensión y permiso para expresarlo a su manera, pero una de ellos puede entender que comprenden su malestar porque lo dejan solo y tranquilo. El otro miembro de la pareja puede entender que lo comprenden porque le dan la razón o que su pareja ha salido en su defensa ante los que han provocado la situación injusta. No todos esperan la misma respuesta del otro para sentirse apoyados y comprendidos.

El primer obstáculo que encuentran las parejas no es que no se sepan reconfortar las emociones, el problema es que no entienden cómo el otro experimenta aquella emoción en concreto ante una situación que a ellos les deja indiferentes o les despierta otra vivencia.

Crean que el amor los convierte en uno solo, con una intuición ilimitada. Crean que el amor que se profesan, tiene que hacer que la respuesta ante una situación sea la misma por parte de los dos. Si no dan la misma respuesta emocional ante una situación determinada empiezan a poner en crisis la relación de pareja. Aun no han descubierto que el amor necesita correspondencia en amor como sentimiento amoroso. Pero el amor no permite al otro adivinar lo que uno siente, no le da al otro la capacidad anticipatoria. Incluso es posible que el otro no haya detectado ni el malestar de su pareja, ni haya percibido la situación que lo ha desencadenado.

Por este motivo, si el primer obstáculo que se tiene que superar es el del autoconocimiento, el segundo es la capacidad de poder expresarle a la pareja lo que necesita de ella para poder sentirse apoyado y reconfortado.

Cuando escuchamos la demanda de la pareja que viene a consulta investigamos sus estilos de afrontamiento de los problemas. Dependiendo de sus habilidades personales tendrán más o menos recursos para encontrar la mejor solución.

El desarrollo de las habilidades que configuran la Inteligencia Emocional potencia el bienestar de las parejas.

Desde nuestra práctica terapéutica basada en la Inteligencia Emocional nos centramos en el desarrollo de las habilidades que la configuran. Entendemos que cada persona tiene desarrolladas varias de estas habilidades, pero no necesariamente las mismas que su pareja. Por este motivo el entrenamiento en las destrezas que faltan lo tendrá que hacer cada uno de ellos de manera individual.

Cuando una pareja pide ayuda para resolver sus problemas, es conveniente definir lo que es el problema para cada uno de ellos ya que es muy probable que el

hecho de venir juntos no significa que tengan los dos el mismo problema, lo que comparten es el dolor, el malestar profundo por no encontrar en la pareja el bienestar al que aspiran.

Una de las intervenciones que realizará el psicólogo es ayudar a cada miembro de la pareja a expresar las emociones que ha experimentado delante de situaciones concretas. Ayudará a la pareja a concretar donde está el problema. La mayoría de las personas no comprenden que ante una situación concreta los dos no van a reaccionar, sentir, necesitar o expresar lo mismo.

Las parejas que piden ayuda terapéutica están formadas por dos seres que carecen de autoconocimiento, sobre todo relacionado con su funcionamiento en pareja. Para muchos de ellos, puede ser su primera y única experiencia de vida en pareja. No se conocen suficientemente en esta nueva experiencia vital.

Otras pareja ya habrán tenido previamente una o más experiencias de vida en pareja. Pueden creer que habiendo cambiado de pareja ya no tendrán los mismos problemas, sin darse cuenta que ellas continúan siendo las mismas personas y continúan teniendo las mismas incapacidades que tenían con las anteriores parejas para resolver los conflictos que van apareciendo a lo largo de la convivencia.

En el abanico que configuran las habilidades de la Inteligencia Emocional resaltaremos los siguientes:

- Tener conocimiento de uno mismo
- Saber regular la respuesta emocional
- Tener autoestima
- Reconocer y modificar los estados de ánimo personales
- Saber escuchar a la pareja, escuchar-se a sí mismo y hacerse escuchar por la pareja
- Saber expresar los propios sentimientos
- Saber expresarse de manera asertiva
- Perseverar en aquello que se proponga
- Saber motivarse a sí mismo y transmitir entusiasmo a la pareja
- Pensar de una manera positiva o con optimismo realista
- Saber diferir las gratificaciones
- Tolerancia ante la frustración
- Saber hacer un “yo”, un “tu” y un “nosotros”
- Saber adaptarse y gestionar los cambios que la vida comporta
- Valorar y aprender de las diferencias personales
- Organizar y gestionar en tiempo como recurso vital
- Proactividad, responsabilizarse de las decisiones y de sus consecuencias
- Saber resolver problemas o pedir ayuda para resolverlos
- Resolver conflictos para conseguir acuerdos
- Sentido del humor
- Intuición

Todas estas habilidades pueden aprenderse, esto significa que nadie es un producto acabado, que nuestra manera de vivirnos y de vivir no está determinada por lo que aprendimos en nuestro hogar, en nuestra infancia, sino que podemos actuar, modificar y resolver situaciones cotidianas a partir de decisiones responsables y de un compromiso con nosotros mismos.

Sabemos que lo que se fundamenta en un aprendizaje es susceptible de ser aprendido de nuevo basándonos en nuevos conocimientos que ampliarán la posibilidad de optar por diferentes alternativas

Potenciando a los miembros de la pareja en el desarrollo de algunas de las habilidades que configuran la Inteligencia Emocional podrán conseguir que mejore el resto de sus capacidades, ya que todas ellas están interconectadas y la mejora de una de ellas repercute en el desarrollo de las otras. En el momento que mejoro la autoestima mejoro mi capacidad de tomar decisiones, cuando tomo decisiones de manera satisfactoria, mi autoestima mejora.

El trabajo con parejas consiste en que cada miembro de la pareja aproveche las capacidades que tiene más desarrolladas para potenciar las que precisa para mejorar su relación consigo mismo y con la pareja. Probablemente estas habilidades las está aplicando en otros ámbitos de su vida, por ejemplo con los amigos o en el trabajo, se trata por tanto de que las adapte a su relación de pareja.

A pesar de que la demanda se ha planteado como pareja, realizaremos algunas sesiones individuales donde propondremos que cada uno de ellos realice un trabajo a nivel personal. Invitamos a la pareja a que busque un entorno favorable para comunicarse, donde compartir su evolución y desarrollo personal. Cuando la relación está muy deteriorada, no se podrá realizar esta propuesta ya que el dolor acumulado no facilitará la generosidad que implica dejar al otro un espacio para ser escuchado sin ser ni juzgado ni culpabilizado.

El primer ejercicio que proponemos tiene como objetivo desarrollar las siguientes capacidades:

- Profundizar en el autoconocimiento
- Aprender a regular las emociones
- Descubrir un espacio para expresar las emociones
- Buscar un tiempo de reflexión para escucharse a si mismos
- Plantear conflictos internos no resueltos
- Hacerse responsables de sus decisiones y consecuencias

En este primer ejercicio se pide a cada uno de ellos que escriba situaciones conflictivas o dolorosas de su relación de pareja. Cuando describa estas situaciones lo hará teniendo en cuenta las siguientes emociones:

- Miedo. ¿Qué peligros comporta, ha comportado o comportará esta situación? ¿Cómo se protegió, se protege o puede protegerse de este peligro? ¿Cuál sería el resultado deseado?
- Tristeza. ¿Qué pérdidas comporta, ha comportado o comportará esta

situación? ¿Cómo puede encontrar, o encontró o encontrará el consuelo que necesita? ¿Cuál sería el resultado deseado?

- Rabia. ¿Qué injusticias comporta, ha comportado o comportará esta situación? ¿De que manera puede expresarlo, o ha expresado o expresará esta injusticia? ¿Cuál sería el resultado deseado?
- Alegría. ¿Qué ganancias comporta o ha comportado o comportará esta situación? ¿Cómo lo puede compartir, o ha compartido o compartirá? ¿Cuál sería el resultado deseado?
- Amor. ¿Qué satisfacción o felicidad profunda comporta, ha comportado o comportará esta situación? ¿Qué tipo de correspondencia encuentra, ha encontrado o encontrará de esta situación? ¿Cuál sería el resultado esperado?

En algunos casos aparecen muchas situaciones que no están ligadas a la relación de pareja, pero esa persona necesita expresarlas para conseguir los objetivos enunciados anteriormente.

Este ejercicio puede conllevar varias sesiones de terapia.

Un segundo ejercicio que planteamos a cada miembro de la pareja pretende conseguir desarrollar las siguientes competencias emocionales:

- Comprender los sentimientos de la pareja y sabérselo expresar
- Aprender a valorar las diferencias
- Aprender a expresarse de una manera asertiva
- Asumir su responsabilidad en el desarrollo y mantenimiento de los conflictos de pareja
- Tolerar la frustración
- Aprender a relativizar

Este segundo ejercicio, en su primera fase, consiste en realizar un listado de todas las cosas que les gustan de la pareja y una segunda lista donde escriban aquellas cosas que no les gustan (pueden ser maneras de pensar, de actuar, detalles, incapacidades, habilidades...)

La lista con las cosas que admira o le gustan de la pareja ha de ser lo más detallada posible.

En su segunda fase, el trabajo consiste en hacer una tercera columna donde se detallará de qué manera y en qué circunstancias la persona que está escribiendo, ha hecho una cosa parecida a la que no tolera de su pareja. Por ejemplo, si no nos gusta que nuestra pareja olvide ciertas cosas, analizar si nosotros también olvidamos algunas cosas, quizás no serán las mismas, ni en las mismas circunstancias. El hecho, es que muchas veces no nos gustan cosas de nuestra pareja que también nosotros hacemos.

A continuación invitamos a la pareja a compartir este ejercicio empezando por las veces o situaciones en que cada uno manifiesta alguna cosa que le disgusta o no tolera en el otro. Acabamos compartiendo las cosas que se valoran o admiran de la

pareja.

Un tercer ejercicio tiene como objetivo desarrollar las siguientes capacidades centradas en la resolución de conflictos:

- Reconocer que el conflicto es una situación compartida
- Resolver la situación a través de la colaboración
- Analizar las emociones implicadas
- Definir el motivo de desacuerdo
- Indagar las necesidades propias y de la pareja
- Buscar alternativas de solución
- Decidir el acuerdo
- Aplicar el acuerdo
- Evaluar el acuerdo y redefinirlo en función de nuevas necesidades

Este tercer ejercicio se plantea cuando la pareja ha desarrollado su capacidad para analizar las emociones que experimenta cada uno de ellos y está preparada para buscar soluciones que beneficien a los dos miembros de la pareja.

Se plantea una situación que se ha vivido como conflicto y analizamos el componente sustantivo y el componente afectivo del conflicto. Entendemos por componente sustantivo, el problema origen del conflicto, que implica un desacuerdo sobre su contenido. Entendemos por componente afectivo aquellos sentimientos de rechazo, dolor, miedo, rabia, que están enzarzados con el contenido. Pondremos un ejemplo muy básico: El hombre está hablando de algo que le interesa y la mujer le dice que por qué no salen a desayunar. El hombre le dice que ahora no es el momento, que tienen que esperar un rato. La mujer se enfada, quiere salir ahora. El hombre se enfada quiere esperar un rato. Han generado un conflicto.

Le pedimos a la mujer si sabe como se siente su pareja y el motivo por el cual quiere esperar un rato para salir. Le pedimos al hombre si sabe como se siente su pareja y por qué su mujer quiere salir a desayunar ahora. Es posible que el hombre diga que se siente triste porque su mujer no está interesada en lo que le está contando. Es posible que la mujer diga que tiene hambre y que no puede escucharlo atentamente porque está pensando en el desayuno. Cuando los dos han comprendido las necesidades y motivaciones del otro pueden llegar a un acuerdo. Tú necesitas que yo te escuche atentamente, tú necesitas comer para poder escucharme atentamente. Puedo salir a comer ahora, porque lo que yo realmente quiero es tu atención, no salir más tarde a comer.

En lugar de centrarse en la hora de la comida que parecía el conflicto han escuchado sus mutuas necesidades y la relación ha madurado, este puede ser el inicio de una nueva manera de afrontar los conflictos, desde la cooperación. Juntos pueden resolver sus problemas, cooperando sumarán energías y amor.

Los ejercicios que se proponen están ideados para trabajar con los dos miembros de la pareja. A menudo sólo uno de ellos acude a la terapia, a pesar de que el problema lo tienen los dos. En este caso el terapeuta, encontrará fácilmente la

manera de adaptarlos a la persona que está atendiendo, consiguiendo los resultados deseados.

CONCLUSIÓN

El mundo emocional de cada persona es rico y complejo. Cuando una pareja convive cotidianamente aparecerá lo mejor y lo peor de cada uno. El conflicto está garantizado. Ignorar los mecanismos que regulan las emociones puede llegar a destruir la relación. Muchas veces llegan a consulta parejas con sus síntomas y su dolor. Algunos terapeutas se dejan arrastrar por la queja y el dolor de sus parejas sin llegar a profundizar en el problema real, el que está generando soledad y distancia entre ellos. Algunos profesionales poco experimentados quieren dar soluciones a los problemas de la pareja que está en su consulta creyendo que ellos tienen la respuesta que la pareja necesita. Aún no han aprendido que la solución está en el interior de sus pacientes y que ellos tienen que guiarlos para que ellos mismos definan el problema y hallen la mejor solución como individuos y como pareja.

El abordaje de los problemas de pareja a partir del desarrollo de la Inteligencia Emocional puede ayudar a los profesionales a trabajar desde las capacidades que cada miembro de la pareja posee y que probablemente no está aplicando en su relación de pareja.

Con el desarrollo de algunas de las capacidades que constituyen la Inteligencia Emocional se produce el conocido efecto bola de nieve, trabajando alguna de ellas todas las demás capacidades quedan afectadas de una manera muy positiva.

Este enfoque terapéutico permite que cada miembro de la pareja se responsabilice de su vida, que cada uno de ellos busque en su interior la solución a su propio malestar. Este enfoque pretende alejar a la pareja de la codependencia y facilitar el crecimiento de su autonomía emocional.

En este artículo hablaremos de la Inteligencia Emocional, de cómo su desarrollo puede facultar a las parejas para tener una relación más rica y madura que la que tendrían sin haber desarrollado las capacidades que configuran la Inteligencia Emocional. El autoconocimiento y la regulación de las emociones son la base para poder afrontar con más facilidad los conflictos que surgen a lo largo de la vida en pareja. Este enfoque terapéutico parte de la premisa de que cada miembro de la pareja ya posee muchas habilidades personales, pero no sabe que las puede aplicar para mejorar su relación.

Palabras clave: inteligencia emocional, pareja, autoconocimiento, autorregulación, crecimiento

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

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

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

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

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

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

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

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

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

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Numancia, 52, 2º 2ª

08029 BARCELONA

Fax.: 933 217 532

e-mail: mvillegas@ub.edu

Gestión y Administración:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

GRAO (IRIF, S.L.)

c./ Francesc Tàrrrega, 32-34

08027 BARCELONA

Tel.: 934 080 464

Fax: 933 524 337

e-mail: revista@grao.com