

REVISTA DE
PSICOTERAPIA

NUEVOS RETOS Y APORTACIONES

Epoca II, Volumen XVIII - 1er. trimestre 2007



69 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 XVIII - Nº 69 - 1er. trimestre 2007

Esta revista tuvo una época 1^a, 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 20 euros (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
CONVERGENCIA DE LA PSICOTERAPIA Y LA PSICOFARMACOLOGÍA: EL USO DE PROGRAMAS PARA LA ADMINISTRACIÓN CONDUCTUAL DE LA MEDICACIÓN.	5
Mark Muse	
CUESTIONES PROFESIONALES EN LA PSICOFARMACOTERAPIA PARA PSICÓLOGOS	11
Robert E. McGrath, Morgan T. Sammons, Anita Brown, Jack G. Wiggins, Ronald F. Levant y Wendy Stock	
GESTIÓN DE RECURSOS: COMENTARIOS SOBRE FARMACOLOGÍA Y PSICOTERAPIA	27
J. C. Norcross	
LA PSICOTERAPIA ADLERIANA BREVE: UN MODELO DE INTERVENCIÓN PARA LOS CONTEXTOS DE LA SALUD MENTAL PÚBLICA	35
Juan José Ruiz y Ursula Oberst	
DIFERENCIACIÓN DE ESPACIO EN LA PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL	57
Frans Depestele	
ESTAS VIEJAS LOCAS: ENVEJECER GAY EN EL BUENOS AIRES CONTEMPORÁNEO, UNA EXPERIENCIA GRUPAL.	69
Pablo Gagliesi	

EDITORIAL

Hemos titulado este monográfico “Nuevos retos y propuestas” en base a los dos grupos de artículos que lo componen. La primera parte plantea un tema que en EE.UU. está siendo debatido desde hace ya bastante tiempo y que ya ha llegado a adquirir carta de naturaleza en alguno de sus estados: la posibilidad de que los psicólogos, al menos, los que hayan sido específicamente formados y entrenados para ello puedan combinar su tratamiento psicológico o psicoterapéutico con medicación psicofarmacológica adecuada, recetada y controlada bajo su responsabilidad. Esta cuestión no se ha planteado todavía en nuestro país de forma explícita ni legal, pero no dudamos que llegará a suceder en un próximo futuro. Contribuirán a ello los mismos fenómenos que han llevado a plantear la cuestión en aquel país.

La iniciativa de abrir este debate desde las páginas de nuestra revista se debe al Dr. Mark Dana Muse quien desde su doble perspectiva, americana y española, nos ha facilitado los tres primeros artículos. En el primero de ellos, escrito por él mismo, plantea la posibilidad de integrar ambos tratamientos, argumentando que los psicólogos, precisamente, están en la posición de prescribir medicamentos desde una posición estratégica única, utilizando sus habilidades diagnósticas y psicoterapéuticas para mejorar la integración de la medicación dentro del total de servicios clínicos ofrecidos al paciente. Hay ejemplos destacados de la utilización de medicación psicoactiva como complemento a la recuperación total del paciente, dentro del tratamiento de las disfunciones sexuales, condiciones ansiosas, trastornos depresivos y síndromes de dolor crónico.

Mcgrath y colaboradores observan en el segundo de los artículos que la mayor parte de la discusión crítica sobre la autoridad prescriptiva de los psicólogos se ha centrado en la cuestión de si ésta es la dirección acertada para la profesión. Los autores sostienen que el discurso sobre la autoridad prescriptiva debería progresar hacia la identificación de los retos que esperan a la psicología como profesión prescriptiva, con la meta de anticipar y redirigirlos tan pronto como sea posible dentro del proceso.

En el tercero de los artículos el Dr. Norcross subraya las ventajas derivadas de la combinación de tratamientos farmacológicos y psicológicos para hacer frente a los problemas de salud mental. Desarrolla también la tesis de que los psicólogos tienen competencias para acceder a la autorización prescriptiva como otros profesionales que ya lo hacen, integrando el tratamiento farmacológico con

el psicológico.

La segunda parte de esta monografía explora “nuevas propuestas”, provenientes de diferentes orientaciones. Juan José Ruiz y Úrsula Oberts presentan una propuesta para una intervención psicológica breve (Psicoterapia Adleriana Breve, P.A.B.) pensada para su aplicación especialmente en contextos con recursos limitados y de salud pública. El artículo incluye la descripción de un modelo propio de los autores, especialmente diseñado para estos contextos, ilustrado con el ejemplo de un caso.

El artículo de Frans Depestele propone desde una perspectiva experiencial y de *focusing* establecer una división en cinco “espacios” consecutivos en el proceso de cambio terapéutico. Al principio de la terapia, el cliente crea con el terapeuta un espacio de relación. En este espacio el cliente entra gradualmente dentro de una actitud de reflexión dando lugar al espacio de reflexión. En ciertos momentos, cuando el cliente se mantiene silencioso y atiende a una sensación sentida poco clara, hablamos de espacio de *focusing*. Cuando el cliente está prestando atención a esta sensación sentida con palabras y frases para explicarla, está trabajando en el espacio de simbolización. A veces después de la sesión surgen nuevas ideas a la conciencia; aquí el experimentar se simboliza a sí mismo de manera espontánea, lo cual sucede en el espacio de auto-simbolización. Finalmente, el ser problemático del cliente antes de entrar a la terapia puede ser concebido como el espacio patológico

Cierra el número monográfico un trabajo debido a la iniciativa de Pablo Gagliesi que se propone exponer y debatir la experiencia grupal de psicoterapia con varones homosexuales mayores de 65 años en Buenos Aires, interesante como propuesta precisamente por la escasez de estudios disponibles todavía hasta el presente sobre esta temática. Las hipótesis centrales que lo articulan se constituyen desde dos perspectivas, una estadística y otra de análisis narrativo. Por otro lado, se pone en evidencia que las narrativas gay y lesbianas, descritas y validadas en la bibliografía contemporánea anglosajona, son asumidas por este grupo. Por último, se discute el constructo de la atribución melodramática el cual está relacionado con la homofobia, y las vinculaciones de ésta con el carácter patologizante de los tratamientos psicoterapéuticos anteriores.

CONVERGENCIA DE LA PSICOTERAPIA Y LA PSICOFARMACOLOGÍA: EL USO DE PROGRAMAS PARA LA ADMINISTRACIÓN CONDUCTUAL DE LA MEDICACIÓN.

Mark Muse

The venture of psychologists into the area of psychopharmacology and prescription authority has been seen by some as a danger to the psychologist's traditional contributions in the diagnosis of emotional/mental conditions and their respective treatment through psychotherapy. It can be argued, however, that psychologists are in a position to prescribe medications from a unique vantage point, employing their diagnostic and psychotherapeutic skills in improving the integration of medication within the full clinical services offered the patient.

Examples of the use of psychoactive medications as an adjunct in the overall recovery of the patient are highlighted in the treatment of sexual dysfunctions, anxiety conditions, depressive disorders and chronic pain syndromes. Such cases illustrate the advantages of prescribing psychoactive medications according to the behavioral requirements of each case under study.

Key words: psychologists, psychopharmacology, prescription authority, psychoactive medications, clinical psychology

INTRODUCCIÓN

La prescripción de medicación psicoactiva ha sido mayormente una función del psiquiatra. Digo «mayormente» porque hay muchos otros especialistas clínicos que, frecuentemente u ocasionalmente prescriben medicación psicoactiva. A pesar de la postura de los psicoanalistas en favor de la psicoterapia no farmacológica (Langs, 1973), la modalidad psiquiátrica de tratamiento se basa en primer lugar en programas de medicación, con o sin apoyo psicoterapéutico complementario.

Por otro lado, los psicólogos han funcionado tradicionalmente dentro de un enfoque de apoyo/psicoterapia para el tratamiento de trastornos emocionales. Bien por una inclinación natural, o bien como resultado de una legislación restrictiva, los psicólogos han sorteado las intervenciones farmacológicas en favor de intervencio-

nes conductuales, cognitivas, emocionales o interpersonales (sistémicas).

Aunque las tendencias actuales pueden eventualmente reducir estas diferencias entre la gestión psiquiátrica y psicológica de los síndromes emocionales (tendencias como el movimiento en Estados Unidos para formar a los psicólogos en la psicofarmacología de los trastornos emocionales (McCarthy, Sammons, et al., 2003), y tendencias tales como los movimientos actuales dentro de la medicina de dar una formación a los clínicos en general y a los psiquiatras en particular, en los aspectos comportamentales de una variedad de enfermedades, físicas así como emocionales) falta mucho todavía para que llegue a hacerse realidad un plan unificado para el intercambio interdisciplinar de la formación de los profesionales de la salud mental. De hecho, en el caso de que se dé una conexión entre varias de estas disciplinas, este intercambio es probable que ocurra a nivel de postgrado (Michaelson, 1993b).

Con los años, las exigencias de la práctica clínica han convencido a los especialistas en salud mental de los beneficios de unir la psicoterapia y la psicofarmacología, uniendo la pericia de las dos disciplinas en un esfuerzo de sacar provecho mutuo la una de la otra. Un buen ejemplo de la convergencia de terapia y medicación en un enfoque multidisciplinar en la gestión de un paciente es a medicación psicoactiva prescrita conductualmente. Tal como se ha comprobado en un número de pacientes, puede obtenerse un mayor beneficio con la coordinación de programas de medicación que presentan síndromes comportamentales. Hasta la llegada de psicólogos clínicos que prescriban, esto ha tomado la forma de un clínico que determina la medicación que se necesita, mientras permite al psicólogo establecer cuándo la medicación debe administrarse. La dificultad de establecer esta forma de esfuerzo conjunto entre profesionales está, por supuesto, en el centro del movimiento a favor de psicólogos prescriptores, muy versados en las ciencias comportamentales así como en la psicofarmacología, para coordinar la administración de la medicación psicoactiva sin la redundancia de la implicación directa del médico.

Un ejemplo clásico de programas de medicación coordinados es el del trabajo de Fordyce (1976) en la población de dolor crónico. Fordyce ha demostrado de manera convincente que la prescripción incorrecta de analgésicos y otras medicaciones psicoactivas pueden exacerbar la discapacidad basada en el dolor al promover comportamientos «enfermos» disfuncionales a través del refuerzo de comportamientos desamparados tales como la inactividad y las quejas verbales. Con un paciente con dolor crónico, no es suficiente entender la complejidad que conlleva la farmacología que alivia el dolor, al igual que un médico especialista en el tratamiento del dolor que prescribe antidepresivos como un adjunto en la reducción del discomfort de la población de pacientes (Sammons, 2005); es también necesario saber cómo administrar la medicación indicada, asegurándose que hay una contingencia entre la medicación y el comportamiento, que esta contingencia sea un refuerzo de la conducta sana y no de la conducta enferma.

EL USO DE PROGRAMAS DE CONDUCTUALES DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Un caso actual es el de la administración de un relajante muscular a un paciente dolorido después de que haya completado un ejercicio asignado, y no la administración de la misma droga sin la ejecución del ejercicio, o aún peor, el incremento o prolongación de la administración del fármaco, dadas las quejas de incomodidad y rechazo al ejercicio. En el primer caso el vínculo condicionado es “haz un esfuerzo para ponerte bien y serás recompensado”, mientras que el segundo ejemplo es “quéjate y evita hacer cualquier esfuerzo para estar mejor” y “serás recompensado”. Una extensión del trabajo original de Fordyce, basado en los principios de condicionamiento operante, es el uso de estados inducidos por sustancias para facilitar los vínculos condicionados clásicos para superar la PTSD (Estrés Postraumático) y otros síndromes relacionados con el dolor (Muse, 1084).

Un segundo ejemplo de medicación psicoactiva prescrita conductualmente se encuentra en el uso sensato de ansiolíticos para ciertas disfunciones sexuales. Es imperativo que el profesional que los prescriba esté bien informado sobre los efectos químicos que las distintas medicaciones psicoactivas tienen sobre la fisiología sexual (Meston, 1992), especialmente el efecto de SSRI sobre la excitación sexual y el reflejo orgásmico (Yilmaz, et al., 1999). Aún así, no es suficiente para saber la psicofarmacología de un determinado agente; es también necesario saber cómo administrar ese agente para reforzar mejor la dirección terapéutica de cualquier paciente dado. Un ejemplo de medicación conductual coordinada en el tratamiento de la disfunción sexual es el uso de un relajante muscular- ansiolítico en el manejo de vaginismo (Muse et al., 1994). El tratamiento del vaginismo es primero una cuestión de aplicar una terapia física para reconvertir el reflejo espasmódico de los músculos perineales para que la apertura vaginal “aprenda” a relajarse en lugar de tensarse durante la penetración sexual. Sin embargo, la etiología de esta queja somática es básicamente psicológica, y cualquier entrenamiento físico de la musculatura deberá ser acompañado por una resolución emocional del factor de ansiedad. Tal condición, tratada en un sentido estrictamente ginecológico, proporcionando terapia física para la reeducación muscular, sin un soporte psicológico, tiene pocas posibilidades de ser resuelta efectivamente. El manejo de la misma condición con tan solo medicación para reducir las contracciones musculares también corre gran peligro de fracaso si se ignora el componente fóbico de la disfunción psicósomática. En esta misma línea, un enfoque puramente psicológico a modo de “terapia de charla” es como máximo un tratamiento parcial que dará un resultado no efectivo si dejamos que las contracciones musculares reflejas se resuelvan por sí solas. Un enfoque integrado para el vaginismo requiere la prescripción de medicación para la relajación muscular que acompañe un entrenamiento físico de los músculos implicados para obtener el efecto deseado, junto con un descondicionamiento psicológico de la respuesta fóbica. Siguiendo los

principios de la teoría del aprendizaje, es mejor recetar el ansiolítico de manera que reduzca la tensión muscular durante las sesiones de entrenamiento ayudando y reforzando a la paciente en sus esfuerzos para la recuperación. El valium, opción a escoger en esta condición, se prescribe tan solo durante las sesiones de entrenamiento. No se prescribe rutinariamente para aliviar la ansiedad y tensión generalizada entre sesiones. Se reservan sus efectos placenteros para aquellos momentos en los que el paciente se enfrenta a su fobia, y nunca cuando la está evitando.

El mismo principio de usar ansiolíticos sólo durante la exposición de la situación fóbica es generalizable a casi todas las fobias (Alario, 1993). Un caso podría ser el de entrenamiento de habilidades sociales para superar la timidez y no asertividad. En tales condiciones el uso de medicación ansiolítica está indicada cuando los procedimientos de relajación tales como la relajación muscular progresiva, el entrenamiento autógeno y las técnicas cognitivas de inoculación de estrés no bastan para reducir la ansiedad a un nivel manejable. De nuevo, el ansiolítico se prescribe conductualmente, utilizándose de manera contingente al esfuerzo para mejorar el componente conductual del síntoma bajo tratamiento. Se administra el ansiolítico inmediatamente antes de empezar la conducta social temida, conducta social que normalmente ha sido entrenada previamente en la consulta. El ansiolítico da confianza al paciente extremadamente ansioso, reduce su nivel de estrés y refuerza sus esfuerzos para recuperarse al conferirle apoyo precisamente en el momento que se está ejercitando al máximo para sobreponerse a su dificultad.

El uso de medicación antidepresiva para reforzar las metas de los tratamientos cognitivo-conductuales plantea la necesidad de un enfoque distinto; el efecto paliativo del antidepresivo no es tan inmediato como en el caso de los ansiolíticos y no promueve un vínculo reforzante entre la conducta fácil-medicación. Por este motivo, la facilitación de la conducta determinada terapéuticamente a través del refuerzo directo de la medicación no es el objetivo en la prescripción conductual de la medicación antidepresiva. Más bien, la utilidad primordial de los antidepresivos de acción lenta es permitir un nivel óptimo de energía, atención y motivación en el paciente vegetativo de modo que la psicoterapia pueda ser implementada posteriormente promocionando la adquisición de comportamientos y cogniciones funcionales y no depresivas. En este caso, el uso de medicación antidepresiva deberá reservarse para aquellos pacientes que de otro modo no estarían dispuestos a la psicoterapia, y su interrupción deberá iniciarse al tiempo que el paciente recupera su auto-eficacia (Beck, 1979). El uso coordinado de antidepresivos a fin de promocionar metas psicoterapéuticas puede parecer auto-evidente para quienes sostienen actitudes interdisciplinarias y eclécticas. Pero, por desgracia, los beneficios de un esfuerzo psicofarmacológico-psicoterapéutico coordinado para promocionar de manera óptima la recuperación de una depresión no está tan universalmente aceptada por la práctica clínica como uno desearía. Existen todavía psicólogos que permiten que sus pacientes sostengan depresiones vegetativas innecesariamente.

te cuando una consulta con un médico podría acelerar la recuperación del paciente, igual que hay médicos, muchos de ellos psiquiatras, que rutinariamente confían, casi exclusivamente, en la medicación antidepressiva cuando gran parte de sus pacientes estarían mejor sin las complicaciones de la medicación, siguiendo una psicoterapia. De nuevo, un enfoque multidisciplinar que respete las virtudes y limitaciones de cada modalidad de tratamiento alcanzará mayores logros terapéuticos que un enfoque unidimensional para el tratamiento de la depresión; y es precisamente el psicólogo médico quien mejor ejemplifica este enfoque multidisciplinar.

Si debe haber una convergencia entre el tratamiento psicofarmacológico y la psicoterapia, esta integración es más probable por las demandas prácticas de la atención sanitaria que por cualquier aproximación teórica entre las perspectivas yuxtapuestas entre psicología y psiquiatría. El pragmatismo ecléctico (Lazarus, 1991;1992) sostiene que lo que funciona debería ser utilizado de nuevo, y lo que no funciona, desestimado. Mientras resulta cada vez más evidente que los psicólogos médicos, al combinar lo psicofarmacológico con lo psicoterapéutico, hacen una contribución única en el manejo de los trastornos emocionales, la emulación inevitable de esta práctica sintetizará lo que ha sido un cuidado del paciente disparatado y descoordinado. Claro está que esta síntesis no es inminente entre nosotros; pero igual de claro está que las posiciones teóricas y filosóficas, sin mencionar las ideologías dogmáticas, a pesar de resistentes al cambio, eventualmente sucumben al peso de la realidad. Con el tiempo, la realidad probablemente será que, una vez prevalega el pragmatismo en este campo, cada vez habrá menos resistencia a la psicofarmacología conductualmente dirigida.

La incursión de los psicólogos en el área de la psicofarmacología y la autorización prescriptiva se ha observado como un peligro para la contribución tradicional del psicólogo en el diagnóstico de las condiciones emocionales/mentales y su respectivo tratamiento a través de la psicoterapia. Se podría argumentar, aún así, que los psicólogos están en la posición de prescribir medicamentos desde una posición estratégica única, utilizando sus habilidades diagnósticas y psicoterapéuticas para mejorar la integración de la medicación dentro del total de servicios clínicos ofrecidos al paciente. Hay ejemplos destacados de la utilización de medicación psicoactiva como complemento a la recuperación total del paciente, dentro del tratamiento de las disfunciones sexuales, condiciones ansiosas, trastornos depresivos y síndromes de dolor crónico. Estos casos ilustran los beneficios de la prescripción de medicación psicoactiva de acuerdo con los requisitos comportamentales en cada caso.

Palabras clave: Psicólogos, psicofarmacología, autorización prescriptiva, medicamentos psicoactivos, psicología clínica

Referencias bibliográficas

- ALARIO, S. (1993). *Estudio de Casos en Terapia del Comportamiento*. Valencia, Spain: Promolibro.
- BECK, A., RUSH, A., SHAW, B., & EMERY, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- FORDYCE, V.S. (1976). *Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness*. St. Louis, MO: Mosby.
- LANGS, R. (1973). *The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy*. New York: Jason Aronson, Inc.
- LAZARUS, A. A. & MESSER, S. B. (1991). Does Chaos prevail? An exchange on technical eclecticism and assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 143-158.
- LAZARUS, A. A. (1992). *Personal Correspondence*.
- MCCARTHY, K. (1991). What you should know if you plan to prescribe. *APA Monitor*, 22, 26.
- MESTON, C. (1992). Psychoactive drugs and human sexual behavior. *Journal of psychoactive Drugs*, 24.
- MICHAELSON, R. (1993a). Behavior gets big billing in medical schools today. *APA Monitor*, 24, 56.
- MICHAELSON, R. (1993b). Psychologists build bridges with other health providers. *APA Monitor*, 24, 38-39.
- MUSE, M. (1984). Narcosynthesis in the treatment of posttraumatic chronic pain: A case study. *Rehabilitation Psychology*, 29, 113-118.
- MUSE, M. FRIGOLA, G. . DEL RIO, R.. & MCFARLAND, D. (1994). *Tratamiento de disfunciones Sexuales: Manual Terapeutico*. Madrid: TEA Ediciones. S.A.
- MUSE, M. & MCFARLAND, D. (1994). Convergence of psychology and psychiatry: The use of behaviorally administered medication schedules. In Olukotun (Ed.) *The Proceedings of the Second International Conference on Psychotherapy Integration; Lyon, France*. Guadalajara, Mexico: IAEP Publications.
- SAMMONS, M. (2005). Management of pain with psychotropics: A brief introduction. *The Register Report*, 31, 35-37.
- SAMMONS, M., ULLMANN PAIGE, R., AND LEVANT, R. (2003). *Prescriptive Authority for Psychologists: A History and Guide*. Washington, DC: APA.
- YILMAZ U, TATLISEN A, TURAN H, ARMAN F, AND EKMEKCIOGLU O. (1999). The effects of fluoxetine on several neurophysiological variables in patients with premature ejaculation. *Journal of Urology*, 161, 107-111

CUESTIONES PROFESIONALES EN LA PSICOFARMACOTERAPIA PARA PSICÓLOGOS

Robert E. McGrath
mcgrath@fdu.edu

Morgan T. Sammons
US.NavyBureau of Medecine and Surgery

Anita Brown
Hampton University

Jack G. Wiggins
Missouri Institute of Mental Health

Ronald F. Levant
Nova Southeastern University

Wendy Stock
Alliant International University

Much of the critical discussion of prescriptive authority for psychologists has focused on the question of whether this is right direction for the profession. The authors contend that discourse on prescriptive authority should progress to identification of the challenges that lie ahead for psychology as a prescribing profession, with the goal of anticipating and addressing those challenges as early in the process as possible. The authors identify a number of such potential challenges, including both general issues of professional identity and more practical concerns. In some cases, the authors express their opinions on professional identity and more practical concerns. In some cases, the authors express their opinions on these matters, but more generally their intention is to spur reasoned discussion of the issues psychologists will face.

Key words: psychotherapy, psychologists, professional identity, psychopharmacology, prescriptive authority

INTRODUCCIÓN

En 1995, el consejo de representantes de la Asociación Psicológica Americana (APA) aprobó formalmente la lucha por la autoridad prescriptiva para psicólogos formados apropiadamente. Esta resolución ha iniciado una gran cantidad de debates, con opiniones férreas en ambos lados (p.ej. DeNelsky, 1996; Hayes & Heibi, 1996; Heiby, 2002; Hines, 1997; Norflect, 2002). Las objeciones han sido sorprendentemente similares a las expuestas hace más de 50 años cuando la APA empezó a fomentar el desarrollo de programas de formación en psicoterapia dirigidos a psicólogos (Shakow, 1965; Sward, 1950). La reciente promulgación de una legislación que confiere autoridad prescriptiva a los psicólogos en Nuevo México aumenta la probabilidad de que los resultados en la actual agenda podrían reflejar lo acontecido hace 50 años. A la luz de estos eventos, el análisis crítico de la decisión de la APA debería ir más allá de la cuestión de si es una elección acertada, a plantearse la evaluación de los retos profesionales creados al añadir la autoridad prescriptiva al ámbito de la práctica del psicólogo.

Afortunadamente, las experiencias de otras profesiones que prescriben, así como la de los psicólogos, en respuesta al desarrollo de un rol terapéutico, nos ayudan a identificar cuáles pueden ser algunos de esos retos. El objetivo del presente artículo es discutir algunas de las cuestiones claves a ser tratadas. La meta aquí no es llegar a una conclusión sobre estas cuestiones, sino comenzar un diálogo interno sobre los mejores medios para cerciorarnos de que dirigimos el carácter evolutivo de la psicología como profesión y disciplina.

CUESTIONES GENERALES

El mantenimiento de nuestra identidad

Quizás no haya una objeción a la autoridad prescriptiva más seria que la posibilidad que esto pueda conllevar a una pérdida de nuestra identidad como psicólogos. La importancia de esta objeción no viene dada por el hecho de que ésta será la consecuencia más probable, sino por ser el resultado potencialmente más dañino para la psicología tanto como disciplina como profesión. El miedo que los psicólogos sigan el camino de los psiquiatras, muchos de los cuales han renunciado al enfoque psicológico de la comprensión y mejora de los trastornos mentales hacia una aproximación más médica, dando lugar a un deterioro de las habilidades de la evaluación y la psicoterapia tradicional. Este resultado podría dañar la disciplina en tanto que aumentaría las fisuras entre los psicólogos clínicos y de investigación, y dañaría a la profesión en tanto que reduciría más que ampliaría la variedad de opciones de tratamiento que podemos ofrecer a nuestros pacientes.

Es esencial que la psicología aprenda del error de la psiquiatría, un error que resultó en un abandono a gran escala de la psicoterapia como opción de tratamiento, y que en muchos casos resultó en la restricción de las opciones de tratamiento hacia la medicación únicamente (Nota 1).

Para evitar este resultado, recomendamos que la capacidad de prescribir quede como una competencia para unos cuantos seleccionados, más que se convertirla en una habilidad clínica básica para todos, siendo el grueso de la formación durante el nivel de formación de doctorado como psicólogo de la salud. De este modo, el estudiante en farmacoterapia ya habrá dedicado cómo mínimo entre 5 y 7 años a aprender un modelo psicosocial de diagnóstico y tratamiento.

La **enfermera veterana en funciones** (APN), término que engloba las enfermeras profesionales y diversas otras opciones avanzadas de formación dentro de la enfermería, ofrece un buen modelo para el rol apropiado del prescriptor dentro de la psicología. La emergencia de la APN como un profesional independiente con alguna forma de autoridad prescriptiva en los 50 estados ha mejorado la imagen de la enfermería entre los consumidores y otros profesionales de la salud, y ha creado oportunidades para las enfermeras que no existían previamente. A pesar de ello, las APN continúan siendo una minoría entre las enfermeras y no dominan la enfermería tal como los farmacólogos han acabado dominando la psiquiatría. La enfermería define la identidad de las APN más que al contrario.

A pesar de que la amenaza a la identidad profesional continúa sosteniéndose frecuentemente como una objeción a la autoridad prescriptiva por sus oponentes (Robiner et al., 2002), no hay pruebas que sugieran que estos temores posiblemente se vuelvan una realidad a menos que haya cambios dramáticos en la manera en que los psicólogos sean formados como prescriptores. Los pocos psicólogos que prescriben que se graduaron en el programa del Departamento de Defensa no han mostrado cambio alguno en su identidad profesional fundamental, aunque (tal como disfrutaban señalando los oponentes a la autoridad prescriptiva) su formación médica fue sustancialmente más larga que la requerida en el modelo de currículum de la APA (1996) para psicólogos formados en farmacoterapia. Quienes están a favor de la autoridad prescriptiva han argumentado consistentemente que una educación universitaria que mantenga nuestra orientación teórica como científicos comportamentales será un factor determinante para predecir las preferencias en la práctica profesional (Levant & Sammons, 2002).

La condición clave del párrafo anterior es el mantenimiento de los actuales modelos de formación para psicólogos, incluso aquellos que planean prescribir en un futuro. A fin de proteger la identidad actual de los psicólogos, es importante clarificar el grado en que la farmacoterapia debería incorporarse a la formación predoctoral. Aunque el modelo de currículum de la APA para la formación de los psicólogos que se está preparando para la autoridad prescriptiva se titula *Formación Posdoctoral Recomendada en Psicofarmacología para los Privilegios de la Prescripción*, el preámbulo manifiesta:

“se podría incorporar el mismo currículum y mismas experiencias prácticas dentro de un currículum predoctoral en aquellos programas que lo deseen. Estos programas podrían entonces aceptar estudiantes que entra-

rían en su formación universitaria con la meta de una práctica profesional que incluye el privilegio de la prescripción”. (p1).

Creemos que la expansión general de un currículum predoctoral estandar de este modo podría ser potencialmente peligroso para el futuro de la profesión. Un conocimiento básico de farmacoterapia se debería esperar de todos los profesionales pero no tendría que comprender una porción substancial de su formación predoctoral. Para la mayoría de profesionales, la farmacoterapia es mejor tratarla como un conocimiento que debe adquirirse después de la integración de un conocimiento, unas habilidades y destrezas básicas que conforman la psicología de la salud tal como se ha practicado tradicionalmente. Según esto, nuestra posición es que la formación para la autoridad prescriptiva debería permanecer un objetivo básicamente postdoctoral.

Con el tiempo, seguramente encontraremos algunos estudiantes que aspiraran a hacer la carrera centrándose en la psicofarmacología aplicada o básica, justificando potencialmente el desarrollo de un *curriculum* que se acomode a estos intereses. Aún así, la política educativa de la APA debe ser diseñada para asegurar que la formación predoctoral en psicofarmacología no se produzca a expensas de la educación en los fundamentos psicosociales que continúan definiendo nuestro campo. Además, es importante que tales programas constituyan una porción relativamente pequeña de oportunidades en la psicología. Los programas de doctorado especializados en neuropsicología o en psicología de la salud ofrecen un prototipo para el nivel de especialización apropiado en las experiencias de formación de predoctorado.

Hacia un modelo Psicológico para la prescripción

Uno de los resultados deseables es asegurar que los psicólogos que prescriban mantengan su identidad tradicional como psicólogos es el desarrollo de un modelo psicológico único de prescripción. Las especificaciones de este modelo tendrán que emerger del diálogo sobre las experiencias de los psicólogos que prescriben a sus pacientes. Aún así, incluso en este estadio temprano, podemos identificar tres principios básicos que deberían subyacer al modelo.

Primero, un modelo psicológico integraría la farmacoterapia dentro del conjunto de habilidades disponibles al clínico, permitiendo la selección de una variedad de opciones de tratamiento basadas en las especificidades de cada caso. La medicina en general, y la psiquiatría a menor nivel, no ha logrado encajar las necesidades de los individuos con los trastornos mentales porque han rechazado todas excepto una modalidad de tratamiento. Por tanto, se prescribe medicación a la mayoría de los pacientes sin considerar si éste representa el tratamiento óptimo.

Por ejemplo, las encuestas sobre los patrones en el ejercicio de la medicina sugieren que casi el 100% de los pacientes atendidos por depresión en atención primaria reciben prescripción de algún tipo de medicación, y muy pocos de estos

paciente buscan otras formas de tratamiento, tales como la psicoterapia (Asociación Nacional de Maníaco Depresivos, 2000). Los psiquiatras proceden de modo similar en el uso de la medicación, recetando psicotrópicos a un 90% de sus pacientes, la mayoría de los pacientes restantes acuden únicamente a psicoterapia (Pincus et al., 1999).

Ésta es una aproximación cuestionable por dos motivos. Engel (1977) fue el primero en exponer los argumentos en favor de que los trastornos médicos sólo pueden entenderse de forma completa teniendo en cuenta el marco biopsicosocial. A medida que este modelo gana credibilidad en la psiquiatría y la sociedad en general (p.ej. Satcher, 1999), se hace cada vez más difícil de defender un enfoque biomédico general para la conceptualización de los trastornos mentales (Gabbard & Kay, 2001).

Además, un conjunto creciente de pruebas muestran que la medicación no es necesariamente el primer tratamiento de elección para como mínimo algunos trastornos mentales. Por ejemplo, un examen de medicamentos en prueba utilizado para mantener las aplicaciones en la Administración de medicamento y Alimentación sugirieron que la medicación no es más efectiva que el placebo, al menos para las formas de depresión más suaves (Khan, Leventhal, & Khan, 2002; Kirsch, Moore, Scoboria & Nicholls, 2002; Moncrief, 2001). Una comparación meta-analítica reciente de remisión completa de la depresión moderada o suave no encontró diferencias en la eficacia entre los antidepresivos versus la psicoterapia, con menos casos de recaída para los participantes de la terapia (Casacalenda, Perry & Looper, 2002). La terapia cognitiva-conductual se ha aceptado de forma creciente como el tratamiento de elección para el trastorno de la ansiedad generalizada (Tonks, 2003), mientras que una revisión reciente de las opciones de tratamiento para los trastornos mentales en las poblaciones geriátricas identificaron un número de circunstancias donde las intervenciones psicosociales son iguales o superiores a la farmacoterapia en términos de efectividad (Bartels et al., 2002).

En cambio, las pruebas preliminares sugieren que los psicólogos con autoridad prescriptiva utilizan la farmacoterapia en un porcentaje menor de sus pacientes (J.L.Sexton, comunicación personal, Agosto 4, 1000; Wiggins & Cummings, 1998). Los psicólogos que se sienten cómodos tanto con las aproximaciones psicosociales como las biológicas estarán en una posición mucho mejor que los profesionales médicos para determinar si deben prescribir sobre la base del individuo y las publicaciones y no según el sesgo de la práctica. Dentro del marco biopsicosocial, los trastornos mentales deberían ser tratados como determinados multifactorialmente y la medicación debería servir en general como un rol complementario en un plan de tratamiento multimodal.

Segundo, un modelo psicológico trataría la prescripción como una actividad colaborativa. Numerosos estudios han demostrado que una gran proporción de individuos a los que se prescribe medicación psicoactiva finalizan el tratamiento prematuramente (p.ej. Motjtabai et al., 2002; Pampallona, Bollini, & Tibaldi,

2002). Dado que la medicación no siempre es necesaria ni paliativa, la decisión de dejar la medicación puede ser razonable si el paciente percibe con precisión que la medicación es ineficaz o si elige otras alternativas de tratamiento. Desafortunadamente, los pacientes a menudo se sienten incómodos al compartir estas preocupaciones con los profesionales y ponen fin al uso de la medicación unilateralmente. Este fenómeno refleja los documentados fracasos de comunicación entre los que prescriben y sus pacientes en la práctica médica (p.ej. Lawton-Smith, 2002).

En cambio, una aproximación colaborativa estaría basada en el desarrollo mutuo del contrato entre el que prescribe y el paciente, incluyendo una revisión de la medicación y sus alternativas; diferentes opciones de medicación; una discusión de los efectos secundarios hasta el momento en que el individuo lo crea necesario; información sobre la latencia para llegar a un nivel efectivo de dosificación; una evaluación de los obstáculos de la participación, incluyendo la motivación para la intervención, y un plan para el seguimiento del progreso, los efectos secundarios, los obstáculos, y el cumplimiento. En particular, un modelo colaborativo permitiría una decisión conjunta y podría ser un paso afirmativo más que una resistencia al tratamiento.

Un modelo psicológico prescriptivo trata de situar a los pacientes en el rol de tomadores de decisiones. El psicólogo sirve como un consultor y un proveedor de conocimiento experto que educa y asiste a los pacientes para determinar el plan de tratamiento más adecuado a sus circunstancias. En particular, los riesgos y beneficios de una opción adecuada de tratamiento deben ser comunicados al paciente. De este modo, el consentimiento informado completo es fundamental en el modelo psicológico de prescripción. (Sammons, 2001).

Tercero, un modelo psicológico prescriptivo tomaría en consideración el significado potencialmente psicológico de la medicación. El término *significado* se entiende aquí para abarcar las distintas formulaciones potenciales para entender cómo la persona interpretaría el acto de tomar la medicación, incluyendo esquemas cognitivos, patrones interpersonales, relaciones de objeto, o deseos y fantasías. Los miedos asociados con el uso de la medicación y las reacciones a figuras autoritarias o a cuidadores deben considerarse para determinar cómo interactuar con el paciente sobre cuestiones de la medicación.

Un error clave en la práctica médica de la farmacoterapia es el tratamiento de prescribir como un acto impersonal. Este error tiene un impacto directo sobre la tasa de cumplimiento, reacciones negativas, y sobre la efectividad de la medicación. El hecho de prescribir agentes psicotrópicos es un acto inherentemente interpersonal, que se puede mejorar a través de un enfoque psicosocial. Por último, el mejor predictor de un desenlace satisfactorio seguramente será la elección del paciente, la voluntad del paciente de participar en el tratamiento que se ofrece. Dado que la elección del paciente está potencialmente influida por una variedad de factores personales, económicos, familiares, culturales, incumbe a los proveedores el tener

conciencia de estos factores al guiar al paciente en sus decisiones respecto al tratamiento más adecuado.

Los pormenores de la práctica

Consideraciones para los psicólogos que no recetan.

A pesar de que a pocos psicólogos en Estados Unidos se les permite recetar en su rol como psicólogos (aunque algunos lo hacen por tener doble licenciatura), algunas cuestiones profesionales de importancia relacionadas con la farmacoterapia ya afectan a los psicólogos. La cuestión más global que se debe comentar aquí es el status legal de consultar con pacientes y otros profesionales en relación a la medicación. Muchos clínicos denuncian que a menudo son consultados por otros profesionales para dar consejo en relación al tratamiento biológico adecuado para un paciente, o que los clínicos abordan otros profesionales con preocupaciones personales (ver VandenBos & Williams, 2000). Los psicólogos a menudo comentan esto admitiendo que se sienten incómodos con este rol, dada su limitada formación en psicofarmacología, pero que las exigencias de la situación les fuerzan a tomar ese rol.

Dada la frecuencia de esta práctica, no es sorprendente que los comités que dan las autorizaciones para ejercer en numerosas jurisdicciones han identificado explícitamente la consulta con otros profesionales sobre farmacoterapia como parte de la práctica de los psicólogos. Estas jurisdicciones incluyen California (donde el rol de consultor en el manejo de la medicación se menciona explícitamente dentro del ámbito de la práctica de los psicólogos), el distrito de Columbia, Florida, Louisiana (con restricciones), Massachusetts, Missouri, Oklahoma, y Pennsylvania. En muchos casos los comités han escogido anotar que de algún modo la responsabilidad final de la medicación recae sobre el otro profesional. Los individuos de otras jurisdicciones que se encuentran haciendo estas consultas de manera regular deberían considerar hacer una petición sobre esta cuestión en su comité, como un método para asegurarse que están actuando dentro del ámbito de la práctica.

La segunda actividad en la que la actual implicación en la farmacoterapia tiene implicaciones para los psicólogos hace referencia a la participación en practicums relacionados con la formación en farmacoterapia como anticipación de la autorización de recetar en algún momento en un futuro. En algunos casos, las consultas de los pacientes están ocurriendo fuera del contexto de una relación terapéutica continuada, algunos psicólogos evalúan a un paciente derivado con el único propósito de proporcionar una recomendación de tratamiento a un profesional que receta y supervisa. Los psicólogos involucrados en estas prácticas deberían examinar de cerca la definición del ámbito de práctica de su jurisdicción, así como cualquier afirmación proporcionada por el comité que da las autorizaciones que conciernen las consultas sobre la medicación, para determinar si estas actuaciones están permitidas en su jurisdicción.

Consideraciones para psicólogos que recetan.

Si, tal como nosotros recomendamos, la farmacoterapia permanece como una competencia superior para los psicólogos más que una habilidad básica, las circunstancias se darán en pacientes que reciben cuidados de otros profesionales, derivados tan sólo para la evaluación de la medicación. Muchas de estas derivaciones vendrán de otros psicólogos u otros profesionales de la salud mental que no han recibido autoridad para recetar, a pesar de que algunos vendrán también de profesionales responsables de condiciones médicas. Bajo estas circunstancias, las presiones económicas llevarán a los psicólogos que adopten la consulta abreviada médica (15 minutos o menos).

Efectivamente, algunos tienen en consideración (p.ej. Luhrmann, 2000) factores económicos, tales como el crecimiento de los cuidados dirigidos, los mayores contribuyentes en rehusar el modelo biopsicosocial en psiquiatría. Es imposible en este punto evaluar si la práctica de las recetas tendrá un impacto sustancial en la tasa de mala práctica (éste no ha sido el caso con los APN), pero si esto sucediera podría incrementar la presión que tienen los psicólogos que recetan a acortar las sesiones de consulta.

Creemos que sería contraproducente para los psicólogos aceptar el modelo breve de consulta dominante actualmente en gran parte de la práctica psiquiátrica, ya que impide la aproximación psicológica al prescribir, tal como hemos comentado anteriormente en este artículo. Los psicólogos que aceptan estas derivaciones deben reconocer que sus responsabilidades para recetar exceden lo posible a una evaluación de 15 minutos. Primero deben evaluar el paciente a la luz de los indicios actuales sobre las condiciones en las que la medicación será beneficiosa. Segundo, deben adoptar un modelo de colaboración descrito previamente, que requiere la evaluación de la opinión del paciente sobre la medicación como opción, educando al paciente sobre la medicación, y desarrollando y llevando a cabo un plan de feedback desde el paciente, y autoobservación de la efectividad y efectos secundarios por parte del paciente.

Reconocemos que con la autoridad para recetar, es probable que algunos psicólogos con pericia en los tratamientos psicofarmacológicos de los trastornos mentales dedican una parte sustancial de su práctica a servicios de consulta a otros profesionales. Creemos que este es un rol aceptable para los psicólogos, del mismo modo en que muchos asesores psicológicos desempeñan ante todo un rol de consultores para otros profesionales. Aún así, es importante que tales consultas incluyan siempre una evaluación sobre si los tratamientos psicológicos están siendo considerados adecuadamente. Además, igual que en la APN en enfermería, los psicólogos que se especializan en la conducta de evaluaciones de medicación breve para otros profesionales deberían ser una pequeña proporción de los psicólogos en práctica.

En resumen, los psicólogos que receten deben evitar el tradicional rol

autoritario adoptado por muchos profesionales médicos. Al permanecer en un modelo colaborativo, integrador de psicoterapia y farmacoterapia, los terapeutas que recetan deben dar responsabilidad a los pacientes sobre la decisión de incluir o no la medicación en el curso del tratamiento. Para cumplir este rol adecuadamente, los psicólogos deben permanecer fieles a sus raíces psicosociales. Según esto, sería contraproducente, quizás hasta destructivo para la ética de la profesión, que los psicólogos desarrollaran prácticas unidas en buena parte a la evaluación médica.

Interacciones con la Industria Farmacéutica.

Un argumento común en contra de la autorización de recetar para los psicólogos es que nuestro campo se vuelva susceptible a la influencia de la industria farmacéutica, tal como lo ha sido la profesión médica. La medicina está cada vez más aquejada por estas influencias. En los últimos años, ha crecido la preocupación sobre el grado en el que los regalos de los visitantes médicos influyen sobre las decisiones médicas (Wazana, 2000), sobre hasta qué punto la formación continua está subvencionada por esta industria (Ross, Lurie, & Wolfe, 2000), y sobre el grado en que los contratos de investigación restringen la promulgación e interpretación de los hallazgos (Bodenheimer, 2000; Choudhry, Stelfox, & Detsky, 2002; Davidoff et al., 2001). Por ejemplo, Davidoff et al. (2001) criticaron los acuerdos que prohibían la publicación de hallazgos sin el permiso del que subvenciona. Desafortunadamente, dada la economía de la investigación, concluyeron que cualquier intento por prohibir tales contratos está destinado al fracaso, aunque no dirigieron la posibilidad de restricciones legislativas a los contratos de investigación subvencionados.

Esperamos que los psicólogos formados en el análisis crítico de la investigación y en los modelos psicológicos de los trastornos mentales aumentarán su resistencia a la influencia de la industria farmacéutica comparado con otros profesionales de la salud mental. Los psicólogos también tienen el beneficio de aprender de las experiencias previas de otras profesiones que recetan. Sin embargo, creemos que se necesitará el desarrollo de unas directrices profesionales sobre las interacciones con la industria farmacéutica para controlar el riesgo de excesiva influencia.

Los psicólogos que participen en la investigación subvencionada deberán conocer las directrices que se han adoptado por el Comité Internacional de Editores de Publicaciones Médicas (Davidoff et al., 2001) para los conflictos de intereses creados por las relaciones financieras con las fuentes que subvencionan. Las instituciones educativas también pueden considerar el desarrollo de directrices para los docentes que establecen una relación financiera con esta industria (Cho, Shohara, Schissel, & Rennie, 2000). Los Psicólogos que tengan relación con el manejo de la medicación deberían ser formados para buscar afirmaciones con conflictos de intereses en cualquier estudio que comente resultados de una terapia

farmacológica. Es importante asumir que, dado que las compañías farmacéuticas pueden prohibir la publicación de hallazgos que sugieran que sus tratamientos son ineficaces, el peso de las pruebas es mayor para estos tratamientos que para aquellos que no están subvencionados de manera similar (ver Kirsch et al., 2002).

Además, los psicólogos deberían considerar cómo minimizar el impacto de la industria farmacéutica sobre las decisiones de tratamiento. Esto podría incluir el desarrollo de directrices de tratamiento desde agencias independientes a la influencia de la industria farmacéutica (ver Choudhry et al., 2002) y/o directrices para las interacciones con los visitantes médicos. La formación sobre el alcance de la influencia de factores económicos sobre los profesionales que recetan también debería ser un componente en el trabajo predoctoral o posdoctoral en la farmacoterapia. Esta formación es esencial para garantizar que los psicólogos basen sus decisiones sobre las necesidades de los pacientes más que sobre las presunciones que albergue la publicidad.

Interacciones con otros profesionales

En la lucha para conseguir la autorización para recetar para los psicólogos, merece particular mención la expresión de apoyo por parte de otros clínicos no psiquiatras. Es probable que los clínicos de cuidados primarios se beneficien de un incremento de disponibilidad de profesionales que receten medicación psicotrópica como resultado de autorizar a los psicólogos que receten. A pesar de esto, tales interacciones crearán retos profesionales adicionales.

Será importante formar a los profesionales sobre el modelo psicológico de prescripción. Es poco usual que los profesionales piensen en términos psicológicos sobre la decisión de prescribir. A pesar de su falta de familiaridad, encontramos que muchos profesionales están abiertos a considerar el proceso de recetar de forma diferente y son respetuosos con la manera que los psicólogos abordan esta cuestión. El aumento de la colaboración con profesionales de cuidados primarios también puede usarse como trampolín para aumentar la conciencia de los profesionales sobre los trastornos mentales como problemas tanto primarios como secundarios en sus pacientes (Bray, Enright & Rogers, 1997), tal como los profesionales deberían educar a los psicólogos sobre las formas en que las dificultades físicas pueden tener impacto sobre las psicológicas.

Interacciones con los Servicios de la Salud

La obtención de autorización para recetar cambiará el rol que los psicólogos juegan en los servicios de la salud. Con formación en metodología de investigación, evaluación y diagnóstico, psicoterapia y farmacoterapia, el psicólogo puede potencialmente jugar un rol prominente en la administración y desarrollo de los servicios de la salud mental. Aunque haya una particular estimulante oportunidad asociada con la obtención de la autorización, tal como sucede en los otros elementos de la

autorización a recetar, también crea nuevos retos.

Una vez los psicólogos lleguen a posiciones de mayor autoridad, los psicólogos pueden encontrarse recomendando una mayor diversidad de opciones de tratamiento. Los psicólogos estarán obligados permanentemente a formar a los practicantes biomédicos tradicionales sobre las diferencias entre psicoterapia y terapia conductual versus orientación o *counseling*, sobre el valor de la evaluación psicológica, y sobre el uso de medicación como un tratamiento complementario.

Requisitos de Formación Adicional

La Dirección Práctica de la APA ha determinado que entre los 50 estados y el Distrito de Columbia, 42 necesitan actualmente psicólogos para participar en algún grado de educación complementaria (R. Jennings, comunicación personal, September 20, 2002). Actualmente, sin embargo, sólo un estado (Georgia) requiere que los psicólogos reciban formación regular en medicación psicotrópica. Esto es cierto a pesar de que hay indicios de que casi todos los clínicos en práctica informan de que intervienen de forma regular en la toma de decisiones sobre la medicación de sus pacientes (VandenBos & Williams, 2000). Creemos que todos los clínicos deberían mantener un nivel mínimo de actualización en sus conocimientos de farmacoterapia.

Para el psicólogo que receta, esta obligación es proporcionalmente mayor. Sería presuntuoso para nosotros intentar especificar el grado de formación complementaria que sería apropiado para mantenerse al día con el desarrollo relacionado con la ampliación del ejercicio, y tampoco pretendemos decidir si esta formación adicional implica una modificación de los requisitos para la formación complementaria existente, porque estos juicios dependen de las directivas de cada estado individual. Aún así, sí recomendamos que las directivas estatales aborden esta cuestión pronto, quizás incluso antes de que la legislación que lo permita se apruebe.

CONSIDERACIONES FINALES

Hace cincuenta años, la psicología llevó a cabo la transición de una disciplina académica a otra donde se incorporaba un componente vibrante y entusiasta de salud. La decisión de buscar una formación en psicoterapia se dio a pesar de las incertidumbres sobre su efecto sobre la psicología en general, a pesar de la amarga oposición de la psiquiatría, y los desacuerdos entre los psicólogos mismos en general. Finalmente, creemos que pocos estarían en desacuerdo con que las consecuencias positivas de la formación en psicoterapia -tanto para el público como para la psicología- han superado las negativas.

La decisión de buscar la autorización para recetar tampoco conlleva ningún riesgo. Creemos que la agenda hacia la receta ha progresado hasta el punto donde ya no se gana nada más tratando estos riesgos como razones para no moverse hacia adelante. Es hora de considerar estos riesgos como retos a vencer. Este artículo trata

de ser un primer paso hacia el diálogo sobre las implicaciones de la legitimidad de recetar para la psicología y el mejor modo de minimizar sus consecuencias negativas. Con la oportunidad de aprender tanto de los errores como de los éxitos de otras profesiones que fueron participando progresivamente en la práctica de la farmacoterapia, creemos que la psicología tiene una oportunidad tremenda para evitar los errores de otros y de cosechar los mismos beneficios para sí y para aquellas personas a las que sirve.

La mayor parte de la discusión crítica sobre la autoridad prescriptiva de los psicólogos se ha centrado en la cuestión de si esta es la dirección acertada para la profesión. Los autores sostienen que el discurso sobre la autoridad prescriptiva debería progresar hacia la identificación de los retos que esperan a la psicología como profesión prescriptiva, con la meta de anticipar y redirigir aquellos retos tan pronto como sea posible dentro del proceso. Los autores identifican un número de estos retos potenciales, incluyendo cuestiones tanto generales como de identidad profesional como cuestiones más prácticas. En algunos casos, los autores expresan sus opiniones sobre estos temas, pero su intención es la de estimular una discusión razonada sobre las cuestiones con las que los psicólogos deberán afrontarse.

Palabras clave: psicoterapia, identidad profesional del psicólogo, psicofarmacología, autorización para prescribir

Notas

- 1 Hay algunos datos objetivos concernientes al grado en que los psiquiatras en Estados Unidos continúan proporcionando psicoterapia, aunque es conocido universalmente que su frecuencia ha declinado /p.ej. Gabbard y Kay, 2001; Luhrmann, 2000). Pincus et al (1999) encontraron que según el auto-recuento de los psiquiatras proporcionaban psicoterapia a 43.1% de 1,228 pacientes, pero Goldman et al.(1998) encontraron que los psiquiatras tan sólo proporcionaban psicoterapia al 12,6% de 1,517 casos que implicaban el tratamiento simultáneo de psicoterapia y farmacoterapia para el tratamiento de la depresión.

Nota sobre los autores

ROBERT MCGRATH recibió su PhD en psicología clínica de la Universidad de Auburn y es actualmente profesor y director de formación para el Programa de Psicofarmacología Posdoctoral en la Escuela de Psicología en la Universidad Dickinson de Fairleigh. Gran parte de su investigación se centra en el área de la evaluación de la personalidad.

- JACK G. WIGGINS. recibió su PhD en psicología clínica de la Universidad de Purdue. Está actualmente afiliado al Instituto Missouri de Salud Mental, St. Louis, MO. Su área central de investigación es la psicofarmacoterapia.
- MORGAN T. SAMMONS recibió su Phd en psicología clínica en la Universidad del estado de Arizona. Actualmente es el director de las operaciones clínicas en la oficina Naval de Medicina y Cirugía de U.S. Sus áreas de interés incluyen los tratamientos combinados para el trastorno mental y la autorización prescriptiva para los psicólogos. Las opiniones expresadas por Morgan T. Sammons son exclusivamente suyas y no representan la visión oficial de la Marina de U.S. ni del departamento de defensa.
- RONALD F LEVANT recibió su EdD en psicología clínica y práctica pública de la Universidad de Harvard y es decano y profesor de psicología en la Universidad Nova Southeastern en Ft. Lauderdale. Sus investigaciones se centran en los adelantos de la psicología profesional y en la nueva psicología de los hombres.
- ANITA BROWN recibió su PhD en psicología clínica de la Universidad de Pittsburgh y completó su formación posdoctoral en psicofarmacología a través del Proyecto demostración de psicofarmacología subvencionado por el Departamento de Defensa de U.S. Se encuentra actualmente trabajando en el servicio de Salud Mental Comunitaria en Fort Eustis, Virginia. Sus áreas de investigación incluyen la psicofarmacoterapia y las cuestiones culturales en salud mental.
- WENDY STOCK recibió su PhD en psicología clínica de la Universidad estatal de Nueva York en Stony Brook. Actualmente es un miembro de la Universidad Internacional Alliant, en el Campus de la Bahía de San Francisco. Sus áreas centrales de investigación incluyen las cuestiones de formación en psicofarmacología, la sexualidad humana, la terapia sexual, y aproximaciones feministas.

A pesar de que algunos autores de este artículo están involucrados en el gobierno de la APA o en la división 55 de la APA (la Sociedad Americana para el Fomento de la Farmacoterapia), las opiniones expresadas aquí son de los autores y no pretenden reflejar la posición oficial de la asociación.

La correspondencia concerniente a este artículo debería dirigirse a Robert E. Mc. Grath, School of Psychology, Fairleigh Dickinson University, Teaneck, NJ 07666.

Referencias bibliográficas

- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. (1996) *Recommended postdoctoral training in psychopharmacology for prescription privileges*. Washington Dc: Autor.
- BARTELS, S. J., DUMS, A.R., OXMANN, T.E., SHNEIDER, L.S., AREAAN, P.A., ALEXOPULOS, G.S., &

- JESTE, D.V.(2002) *Evidence based practices in geriatric mental health care*: Psychiatric service, 53, 1419-1431.
- BODENHEIMER, T. (2000) *Uneasy aliance-clinical investigators and the pharmaceutical industry*. New England Journal of Medecine, 342, 1539-1544.
- BRAY, J.H., ENRIGHT, M.F., & ROGERS, J. (1997) *Collaboration with primary care physicians*. In J. A. Morris (Ed), *Practicing Psychology in rural setings: Hospital privileges and collaborative care* (pp.55-65): Washington, DC: American Psychology Association.
- CASACALENDA, N., PERRY, J.C., & LOOPER, K. (2002) *Remission in major depressive disorder: A comparison of pharmacotherapy, pscoterapy, and control conditions*. American Journal of Psychiatry, 159, 1354-1360.
- CHO, M., SHOHARA, R., SCHISSEL, A., & RENNIE, D.(2000) *Policies on faculty conflicts of interest at US universities*. Journal of American Association, 284,2203-2208.
- CHOLUDRY, N., K., STELFOX, H.T., DETSKY, A.S. (2002) *Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry*. Journal of American Medical Association, 287, 1232-1234
- DAVIDOFF, F., DE ANGELIS, C.D., DRAZEN, J.M., HOEY, J., HOJGARD, L., HORTON R., ET AL. (2001) *Sponsorship, authorship, and accountability*. Journal of American Medical Association 287,612-617.
- DE NELSKY, G.,L.(1996,) *The case against prescriptions privileges for psychologists*, American Psychologist, 51, 207-211.
- ENGEL, G. L. (1977, April 8) *The need for a new medical model: A challenge for biomedecine*. Science, 196,129-136., 158, 1956-1963.
- GABBARD, G., O., KAY, J. (2001). *The fate of integrated treatment: Whatever happened to the biopsycosocial psychiatrist ?*. American Journal of Psychiatry.
- GOLDMAN, W., MCCULLOCH, J., CUFFEL, B., ZARIN, D., SUAREZ, A& BURNS, B., J. (1998). *Outpatient utilization patterns of integrated and split pscoterapy and pharmacoterapy for depression*: Psychiatric Services, 49, 477-482.
- HAYES, S., & HEIBY, E. (1996). *Psycology's drug problem: Do we need a fix or should we just say no*. American Psychologist, 51, 198-206.
- HEIBI, E.M. (2002) *Concluding remarks on the debate about prescription privileges for psychologists*. Journal of Clinical Psychology, 58, 709-722.
- HINES, D. (1997) *Arguments of prescription privileges for psychologists*. American Psychologist, 52, 270-271.
- KHAN, A., LEVENTHAL, R., M. & KHAN, S.R.(2002) *Severity of depression and response to antidepressants and placebo: An analysis of the Food and Drug Administration database*. Journal of Clinic Psycopharmacology, 22, 40-45.
- KIRSCH, I., MOORE, T.,J., SCOBORIA, A., & NICOLLS, S.S. (2002, July 15) *The empeor's new drugs: An analysis antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and drug administration* (Article 23). Prevention and treatment, 5. Retrieved September 25, 2002, from <http://journals.apa.org/prevention/volume5/Pre0050023a.html>.
- LAWTON-SMUTH, S.(2002). *Patient adherence with antidepressant treatment*. British Journal of Psychiatry, 181,78
- LEVANT, R. F., SAMMONS, M., T. (2002): *Of Cassandras, canards, and the dog in the night- time*. Journal of Clinical Psychology, 9, 259-263.
- LUHRMANN, T., M. (2000) *Of two minds. The growing disorder in American psychiatry*. New York: Knopf.
- MOJTABAI, R., LAVELLE, J., GIBSON, P., J., SHOLER, N.L, CRAIG, T.J., CARLSON , G.A., & BROMET, E.J. (2002) *Gaps in use antipsycotics after discharge by first- admission patients with schizophrenia , 1989 to 1996*. Psychiatric Services, 53, 337-339.
- MONCRIEFF, L.(2001) *Are antidepressants overrated? A review of methodological problems in antidepressants trials*. Journal of Nervous and Mental Disease, 189, 288-295.
- NATIONAL DEPRESSIVE AND MANIC DEPRESSIVE ASSOCIATION (2000) *Beyond diagnosis: depression and treatment- A call to action to the primary care community and peopl with depression*. Chicago: Author.
- NORFLEET, M. A. (2002). Responding to society's needs: Prescription privileges for psychologists. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 599-610.
- PAMPALLONA, S., BOLLINI, P., & TIBALDI, G. (2002). Patient adherence in the treatment of depression. *British Journal of Psychiatry*, 180, 104-109.
- PINCUS, H. A., ZARIN, D. A., TANIELIAN, T. L., JOHNSON, J. L., WEST, J. C., PETTIT, A. R., et al. (1999). Psychiatric patients and treatments in 1997: Findings from the American Psychiatric Practice Research Network. *Archives of General Psychiatry*, 56, 441-449.

- ROBINER, W. N., BEARMAN, D. L., BERMAN, M., GROVE, W. M., COLON, E., ARMSTRONG, J., & MARECK, S. (2002). Prescriptive authority for psychologists: A looming health hazard? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 231–248.
- ROSS, J. S., LURIE, P., & WOLFE, S. M. (2000, July 19). *Medical education services suppliers: A threat to physician education*. Retrieved July 24, 2002, from <http://www.citizen.org/publications/>
- SAMMONS, M. T. (2001). Combined treatments for mental disorders: Clinical dilemmas. In M. T. Sammons & N. B. Schmidt (Eds.), *Combined treatments for mental disorders: A guide to psychological and pharmacological interventions* (pp. 11–32). Washington, DC: American Psychological Association.
- SATCHER, D. (1999). *Mental health: A report of the Surgeon General*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- SHAKOW, D. (1965). Seventeen years later: Clinical psychology in the light of the 1947 Committee on Training in Clinical Psychology report. *American Psychologist*, 20, 353–362.
- SWARD, K. (1950). Are the psychologists afraid of therapy? *American Psychologist*, 5, 50–54.



CENTRO DE PSICOTERAPIA

Asesoramiento personal y de pareja

Problemas personales

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

Crisis de ansiedad

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

Problemas de pareja

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

Supervisión clínica

- Individual y en grupo

Numancia 52, 2º 2ª
08029 – Barcelona

Tel.: 933217532
626695512

centroitaca@gmail.com

GESTIÓN DE RECURSOS: COMENTARIOS SOBRE FARMACOLOGÍA Y PSICOTERAPIA

J. C. Norcross

Department of Psychology, University of Scranton, Scranton, PA 18510-4596
norcross@scranton.edu

In this article Dr. Norcross underlines the benefits of combining pharmacotherapy and psychological treatments. He also argues that psychologists are in a position to prescribe medications employing their diagnostic and psychotherapeutic skills in improving the integration of medication within the full clinical services offered to the patient.

Key words: psychologists, pharmacotherapy, psychological treatments, psychotherapy, integrated treatments

1. Competencia del psicólogo:

Con entrenamiento adicional, podremos prescribir medicación psicoactiva de forma segura y efectiva, por tanto deberemos prescribir. Muchos pequeños experimentos en los años 70 y 80 demostraron que los psicólogos con formación adicional podían efectivamente prescribir satisfactoriamente. En interés de la ciencia y en interés de convencer a los que elaboran las leyes de que podemos hacerlo, el Departamento de Defensa del Proyecto de Demostración Psicofarmacológica (PDP) ha demostrado satisfactoriamente que los psicólogos licenciados pueden proporcionar cuidados farmacológicos seguros y de alta calidad. Miles de pacientes han sido tratados por psicólogos que prescriben, sin daños y con un alto índice de satisfacción. Fue crucial para contrarrestar las escandalosas alegaciones que afirmaban que la autoridad prescriptiva constituiría un peligro para la sanidad pública.

Pero el porqué debemos adquirir privilegios no depende de demostrar que podemos hacerlo. Los psicólogos con una formación adicional, *como les parezca*, podrían de manera segura y efectiva extraer dientes, construir rascacielos, recoger judías verdes, extirpar apéndices, confeccionar borradores legales, y llevar a cabo cualquier tipo de actividades profesionales. Pero aquí se pierde el motivo por el cual

deberíamos adquirir el privilegio de prescribir.

2. La prosperidad del psicólogo.

Los psicólogos en Estados Unidos están perdiendo dinero, pacientes y posiciones debido a la gestión clínica que favorece a los proveedores y medicamentos de nivel subdoctoral. Los privilegios de prescribir podrán rescatar algunas de nuestras pérdidas. Los psicólogos americanos, especialmente aquellos en la práctica privada, han tomado un baño de gestión clínica. La industrialización de la asistencia sanitaria ha restringido el acceso a la psicoterapia, ha limitado la cantidad de psicoterapia reembolsable, ha confiado en la psicoterapia a corto plazo, centrada en el síntoma, y ha restringido la libertad de elección del paciente en cuanto a proveedores y tratamientos. Los ingresos del psicólogo han disminuido porque la industrialización minimiza los costes de trabajo; ajustado a la inflación, una disminución neta del 5% por año, durante algunos años.

Pero el dinero raramente es una justificación moral convincente. Por otra parte, las llamadas continuas para conseguir un alivio financiero a través de la autoridad prescriptiva tan sólo avivan las sospechas de los críticos de que este movimiento es en gran parte sobre una ganancia económica.

3. Precedentes de no-médicos:

Numerosos profesionales de la asistencia sanitaria han adquirido privilegios de prescripción en los años recientes y también lo podemos conseguir nosotros. Así, enfermeras profesionales, asistentes de médicos, optometristas, farmacéuticos y podólogos han obtenido medios para prescribir unas fórmulas limitadas o en circunstancias limitadas. Las enfermeras profesionales con experiencia, por ejemplo, pueden prescribir de forma independiente en 15 estados y en colaboración con un médico en otros 27 estados. Pero de nuevo, esto es una confusión entre es poder y el deber. Sus experiencias no vaticinan que podamos hacerlo nosotros. “*Monkey see, monkey do*” (El mono repite lo que ve hacer”) es una pobre excusa para cambiar el rostro de la Psicología Americana.

4. Soporte organizacional.

La Asociación Psicológica Americana, en una inusual demostración de convergencia entre las facciones de la ciencia y la práctica, está respaldando incondicionalmente los privilegios de prescribir. Un voto casi unánime del consejo de representantes de la APA aprobó formalmente la autoridad prescriptiva para aquellos psicólogos apropiadamente formados e inició el desarrollo de un modelo de legislación y un modelo de currículo de formación. Un desarrollo esperanzador, pero no un argumento de peso.

5. Preferencia del profesional.

La inmensa mayoría de psicólogos en ejercicio, estudiantes graduados e internos predoctorales apoyan ahora los privilegios de prescripción así que deberíamos reivindicarlos y obtenerlos. Entre el 65% y el 70% de los psicólogos encuestados de diversas orientaciones están a favor o muy a favor de la autoridad prescriptiva (Sammons et al., 2007, reflejando un consenso de apoyo. Bieliauskas apunta humorísticamente el fallo de este argumento: muchas personas desean cosas que no se les debe permitir: los niños pequeños desean excesivamente los caramelos y los adolescentes quieren pilotar aviones. Pero la opinión de la mayoría no es un argumento meritorio para conceder la autoridad prescriptiva. No deberíamos basar nuestra decisión sobre los privilegios de prescribir en la opinión pública.

No pretendo ignorar la importancia de estos cinco argumentos al sembrar el trabajo preliminar sobre los privilegios de prescribir. Efectivamente, estos factores son probablemente prerequisites para obtener los privilegios de prescripción: debemos demostrar al mundo que podemos prescribir de forma segura y efectiva, que hay numerosos y satisfactorios precedentes, que la Psicología Americana está organizada y unida tras esta iniciativa, y que los profesionales de la psicología abrazan esta iniciativa. En efecto, estos pasos preparatorios esenciales ya se han dado, gracias en gran parte a los esfuerzos de Robert Resnick y sus colegas de la APA. Pero estas distan de ser las razones imperiosas por las que debamos conseguir privilegios de prescripción, a los que me dirijo ahora.

ARGUMENTOS SÓLIDOS

Los siguientes cuatro argumentos sólidos están basados en principios firmes de la ciencia y práctica y son, desde mi punto de vista, argumentos sólidos precisamente porque sirven al bien común.

1. Accesibilidad pública:

Los privilegios de prescripción de los psicólogos promocionarán el incremento del acceso del público a prescriptores formados sobre medicaciones psicotrópicas. Los Estados Unidos se enfrentan de forma severa con unas necesidades en salud mental no cubiertas de poblaciones atendidas por debajo de la media, especialmente la gente mayor, las personas institucionalizadas, los niños, y los enfermos mentales crónicos. La América Rural representa una necesidad social grande: hay pocos o ningún profesional prescriptor formado en medicación psicoactiva.

Las dos fuentes tradicionales de medicaciones psicoactivas no abarcan -ni abarcarán- las necesidades sociales. En primer lugar, los médicos generales prescriben entre el 70 y el 75% de las medicaciones psicotrópicas, pero estos profesionales tienen poca formación en psicofarmacología y prácticamente ninguna en el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales. La educación de los médicos generalistas en psicopatología, psicoterapia, y medicación psicoactiva es

significativamente menos que la de los psicólogos. En segundo lugar, los psiquiatras están limitados en número y distribución, y los datos longitudinales muestran que aún menos están siendo formados. El número de graduados médicos entrando en la residencia de psiquiatría ha declinado gradualmente hasta un total de unos 600 por año, número inadecuado para servir las necesidades farmacológicas de entre el 18 y 23% de la población que sufre de un trastorno mental/conductual diagnosticable.

En cambio, la psicología ha sobrepasado a la psiquiatría como la mayor profesión de nivel de doctorado de salud mental en los Estados Unidos. Hay aproximadamente 95,000 licenciados en psicología versus 45,000 psiquiatras. Los psicólogos son los principales proveedores de la salud mental y, en muchas comunidades, los psicólogos son los únicos profesionales a nivel de doctorado en salud mental. Los residentes rurales o de ciudades del interior, por ejemplo, no tienen acceso a los psiquiatras pero si a los psicólogos. La escasez de especialistas médicos, es especialmente visible en los grupos demográficos pediátricos y geriátricos.

Así, en virtud de una mayor accesibilidad y formación específica, los psicólogos tienen la oportunidad-quizás la responsabilidad- de satisfacer las necesidades de salud mental de la población, que podría incluir asumir en primer lugar la responsabilidad de la prescripción de la medicación psicotrópica. Diversas evaluaciones externas de la PDP mostraron que los psicólogos formados en farmacología mejoran el acceso al tratamiento (Newman et al., 2000).

2. Modelo Psicológico:

Los psicólogos utilizarán-o escogerán la opción de no utilizar- la farmacoterapia basada en un modelo psicológico de tratamiento a diferencia del modelo médico. El Dr. Russ Newman ha sostenido hace tiempo que los psicólogos que prescriban utilizarán la medicación de una manera cualitativamente diferente que los psiquiatras o internistas. Tenemos una cultura diferente y un conjunto de habilidades más amplio.

El modelo psicológico es un modelo orientado a los sistemas, relativista, holístico e integrador. La formación del psicólogo es amplia y comprensiva, mucho más que el currículum médico. Los psicólogos están formados para ver a las personas como seres humanos completos en un contexto y buscan el tratamiento a ese nivel. Asume que la medicación, cuando es apropiada, es tan sólo un aspecto del tratamiento y será utilizada como una medida complementaria. El modelo psicológico tiende a conferir poder al cliente para que se comprometa a colaborar activamente, en lugar de ser un receptor pasivo de cuidados. Los psicólogos poseen y ejercitan sus habilidades relacionales, apreciando la importancia de la alianza terapéutica, que explica la sorprendente proporción de variabilidad en los resultados de pruebas farmacológicas. Los psicólogos abarcan y ponen en práctica un abanico más amplio de tratamientos, en oposición a la medicación única.

Nuestros puntos fuertes históricos y distintivos en evaluación, psicoterapia, relaciones, terapia, y métodos de investigación complementarán nuestro uso de la medicación y la evaluación de los efectos de la medicación. Los datos de estas afirmaciones son preliminares pero nos apoyan. Con la adquisición de los derechos de prescripción, los psicólogos pueden tener un impacto real sobre el modo en que las drogas psicotrópicas se están administrando. Si los psicólogos pueden evitar la trampa económica de cheques por 15 minutos de medicación e ignoran el atractivo de las llamadas para psicoterapia sola, un verdadero modelo psicológico o biopsicológico de medicación puede aparecer al fin.

La habilidad para prescribir es también la habilidad para interrumpir el uso de medicaciones prescritas inapropiadamente o no efectivamente por otros proveedores. Como expertos tanto del cambio conductual como de métodos de investigación, los psicólogos podrían estar en la mejor posición para examinar de manera crítica las investigaciones publicadas sobre la eficiencia de los medicamentos en general, y sus efectos sobre pacientes individuales en particular. Los psicólogos han asumido en gran parte el re-análisis aleccionador de la efectividad de los medicamentos, por ejemplo, el efecto insignificante de SSRI para niños y las altas tasas de placebo en los antidepresivos. La autoridad prescriptiva nos permite retirar la medicación de los pacientes, así como recetarla.

3. Tratamiento integrado:

La autoridad prescriptiva de los psicólogos ensalzará la sofisticada y eficiente integración de la psicoterapia y la farmacoterapia. Un enorme conjunto de pruebas apunta de manera aplastante hacia una interacción compleja y recíproca entre el ambiente y la biología in los trastornos mentales (Sammons & Schmidt, 2001). Un campo de práctica ampliado permitirá al psicólogo, en una persona, ofrecer un servicio exhaustivo, incluyendo evaluación, asesoramiento, psicoterapia y medicación en caso de que se considere indicada. Los tratamientos combinados, particularmente en trastornos mentales severos o crónicos, son generalmente más efectivos que la medicación o la psicoterapia por sí solos (Pampallona et al., 2004 Sammons & Schmidt, 2001; aunque los resultados son variados en muchos otros trastornos.)

Tratamiento integrado, también en otro sentido. Los psicólogos que prescriban, proporcionarán una mejor continuidad en sus cuidados para sus propios pacientes de psicoterapia y potencialmente aumentarán el coste-eficiencia al reducir los costes de los servicios sociales. En lugar de que una persona tenga que ver a una persona para la psicoterapia y otra para la medicación, los psicólogos que prescriban podrán combinar los dos tratamientos de modo que hay un ahorro de tiempo y dinero. Mientras que unos pocos estudios sobre tratamientos combinados han evaluado si el tratamiento de una persona es más efectivo que el de dos personas, hay beneficios evidentes del modelo de una persona (Gabbard & Kay, 2001).

Idealmente, esta integración ocurriría en la dirección opuesta. Esto es, un cuadro mayor de psiquiatras prescriptores de medicación serían preparados o reentrenados con competencias de psicoterapia y orientación psicológica. Sin embargo, todos los datos sugieren lo contrario. Entran menos médicos en psiquiatría, hay menos psiquiatras formándose, un porcentaje de graduados médicos extranjeros cada vez más alto está entrando en la residencia, las horas de formación en psicoterapia para los residentes en psiquiatría están disminuyendo, y los datos derivados de la práctica convergen al demostrar que cada vez menos psiquiatras llevan a cabo psicoterapia. La supremacía de las neurociencias y la remodelación de la psiquiatría están prácticamente completas

4. Servicio basado en los datos:

Es más probable que los psicólogos que prescriban entiendan, cumplan, y apliquen las publicaciones científicas. La psicología, tanto como ciencia como profesión, conlleva un esfuerzo doble en nuestra formación y actividades. Formación académica –cursos sobre investigación- y formación clínica. Es por esta razón que se conoce a los psicólogos “como científicos entre los profesionales y como profesionales entre los científicos.”

Este doble énfasis se debería traducir en una mayor aplicación de la información científica en los patrones de prescripción y la atención integrada. Esto podría ser un salto de esperanza descabellado, pero somos indiscutiblemente más competentes, como grupo, en materia estadística, métodos de investigación, estrategias de evaluación, y pensamiento crítico que otros prescriptores. Estamos acostumbrados al mandamiento científico-práctico de dejarnos guiar por la ciencia cuando esto sea posible. Somos pioneros en la práctica basada en la experiencia, aunque no por ello esto implica que otras profesiones se están encaminando hacia esa dirección. Y desde luego añadiríamos un cuadro de profesionales digno de admiración para la investigación farmacológica. La promesa aquí es la de patrones de prescripción mejores a través de la producción y aplicación de una ciencia superior.

Un corolario necesario es el que debemos evaluar empíricamente nuestra propia práctica profesional y nuestras proposiciones en farmacoterapia con la misma actitud empírica. Al respecto, confieso humildemente que el último argumento sólido es un pagaré avalado por documentación acreditativa, no por el resultado de unos estudios controlados.

Cierre

Habiendo nadado de forma ambivalente en estas aguas turbulentas durante muchos años hasta ahora, he llegado a unas conclusiones definidas, que servirán como recapitulación. El debate sobre los privilegios de prescripción ha sido calificado por algunos profesionales histriónicos, confundiendo terminología, argumentos débiles, y diversos argumentos sólidos. El debate sobre los privilegios

de prescripción debe ser decidido sobre la base de pruebas científicas y práctica científica entorno al cuidado del paciente, no según rivalidades profesionales, reacciones emocionales, ni motivos financieros. Añadir la medicación a las herramientas del psicólogo conllevará molestias en nuestra identidad, formación y campo de práctica; quienquiera que diga lo contrario se engaña o bien falsea. Efectivamente, aún entre aquellos psicólogos que apoyan la autoridad prescriptiva, el 78% está de acuerdo con que “la identidad de los psicólogos cambiará” como resultado de esta autoridad (Sammons et al., 2007).

Al mismo tiempo, los privilegios de prescripción prometen una atención más accesible, más psicológica, más integrada y más apoyada empíricamente para la población. Y éstas, amigos, son las razones moral y científicamente imperiosas por las que debemos adquirir los privilegios de prescripción para los psicólogos.

En este artículo el Dr. Norcross subraya las ventajas derivadas de la combinación de tratamientos farmacológicos y psicológicos para hacer frente a los problemas de salud mental. Desarrolla también la tesis de que los psicólogos tienen competencias para recibir la autorización prescriptiva como otros profesionales que ya lo hacen, integrando el tratamiento farmacológico con el psicológico

Palabras clave: psicólogos, psicofarmacología, tratamientos psicológicos, psicoterapia, integración

Nota:

Una versión abreviada de este artículo apareció originalmente en el *International Clinical Psychologist*.

Referencias bibliográficas

- GABBARD, G.O. & KAY, J. (2001) The Fate of Integrated Treatment: Whatever Happened to the Biopsychosocial Psychiatrist? *Am J Psychiatry* 158: 1956-1963
- PAMPALLONA, S. P. BOLLINI, G. TIBALDI, B. KUPELNICK, AND C. MUNIZZA. Combined Pharmacotherapy and Psychological Treatment for Depression: A Systematic Review. *Arch Gen Psychiatry*, July 1, 2004; 61(7): 714 - 719.
- SAMMONS, M. T & SCHMIDT, N. (2007) Tratamientos combinados de los trastornos mentales. Bilbao: Desclée de Brouwer

REVISTA DE PSICOTERAPIA

La **REVISTA DE PSICOTERAPIA** es una revista internacional, escrita en castellano, con la colaboración de algunas de las plumas nacionales e internacionales de más reconocido prestigio en el mundo de la psicoterapia, que lleva publicados ya 59 números desde su aparición en el año 1990. Una revista abierta a los planteamientos más actuales de la psicoterapia y receptiva con los más tradicionales.

Una publicación de carácter monográfico y de aparición cuatrimestral, que edita cuatro números al año (dos sencillos y uno doble) con un total de 352 páginas de literatura psicoterapéutica. Una revista dirigida a todos los profesionales de la psicoterapia, la psiquiatría, la psicología y demás trabajadores o estudiosos del ámbito de la salud mental.

Datos técnicos

Edita: Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista S. L.

Director: Manuel Villegas Besora

Consejo de Dirección: Lluís Botella García Del Cid, Lluís Casado Esquiús, Ana Gimeno-Bayon Cobos, Mar Gómez, Ursula Oberts, Leonor Pantinat Giné, Ramon Rosal Cortes.

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: Lluís Botella García del Cid

Secretaría de Redacción: Empar Torres Aixalà

CAMPAÑA DE PROMOCIÓN AÑO 2007 MODALIDADES DE SUSCRIPCIÓN

- A.- Suscripción para el año 2007 (números 69-72): 50 euros.** (IVA incluido).
Oferta para los nuevos suscriptores: obsequio de los números del año anterior (números 65-68).
- B.- Suscripción al *resto de la colección* desde principios de 1990 hasta finales de 2007. Oferta por 200 euros.** (IVA incluido).
Comprende la suscripción para el año 2007 más el resto de números publicados desde su aparición, excepto los agotados o aquellos que puedan ir agotándose en el transcurso del tiempo.
- C.- Números atrasados, anteriores a 1999, según existencias. Oferta 3 euros.** (IVA incluido) por ejemplar. (No incluye gastos de envío)

Para información y suscripciones dirigirse a

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
EDITORIAL GRAÓ
C./ Hurtado, 29
08022 BARCELONA
Tel. 934 080 464 - Fax: 933 524 337**

LA PSICOTERAPIA ADLERIANA BREVE: UN MODELO DE INTERVENCIÓN PARA LOS CONTEXTOS DE LA SALUD MENTAL PÚBLICA

Juan José Ruiz (Centro de Salud Mental de Úbeda, Jaén)

Ursula Oberst (Universitat Ramon Llull)

UrsulaO@blanquerna.url.edu

This article presents a proposal for a brief psychological intervention (Brief Adlerian Psychotherapy) designed especially for its application in contexts of limited resources and in public health services. After a short presentation of the basic tenets of the Individual Psychology of Alfred Adler, some existent proposals for brief intervention of Adlerian therapy are commented. The article continues with the description of the authors' own model, illustrated with a case example.

Keywords: Brief Adlerian Psychotherapy, Adlerian Psychology, Individual Psychology, managed care, brief psychotherapies

LOS RETOS DE LA PSICOTERAPIA EN EL CONTEXTO DE LA SALUD PÚBLICA

Con frecuencia la agenda de un/a psicólogo/a de la salud mental pública diaria consiste en atender a unos 9-10 casos diarios con unos 30-45 minutos por caso, derivados desde otra instancia sanitaria (principalmente desde un dispositivo de atención primaria), la mayoría con un nivel cultural medio-bajo, muchos de ellos sin saber a qué le envían; además no vienen sólo con problemas de psicopatología típica, sino que cada vez más con dificultades y nuevas demandas sociales y sanitarias emergentes (problemas laborales diversos como el mobbing, problemas de relación de pareja y familia sin llegar a patología, etc.) que se suelen enmarcar entre los «trastornos adaptativos» y que requieren nuevas intervenciones y referencias de actuación. Este tipo de demanda también se extiende a la práctica privada de la psicoterapia.

Aparte de esto, el contexto de trabajo en la salud mental pública (y parte de la privada) presenta una serie de nuevos problemas y retos que requieren programas de intervención psicosocial diferentes; o al menos adicionales a los de la psicoterapia clásica, y también a los manuales protocolizados de terapia breve. Todo ello conlleva un alto nivel de complejidad (Ruiz, Cano, Imbernón, Luján y García, 2002), a la que una intervención psicológica debe responder adecuadamente, de forma eficiente y rápida. Siguiendo a estos autores podemos resumir estos retos de la salud mental comunitaria de la siguiente manera:

Descuido de los enfermos crónicos: Insuficiente apoyo comunitario (familia hostil o inexistente, escasos recursos comunitarios); pacientes difíciles de tratar o que se niegan a usar los recursos y fragmentación de la coordinación del tratamiento comunitario. El reto para la intervención psicosocial supone adaptar los métodos a estas circunstancias (intervenciones breves en distintos periodos; coordinación con otras intervenciones y profesionales; adaptación de las intervenciones en contextos diferentes, como los hospitales de día).

Grupos infra-atendidos y nuevas demandas: Además de las minorías y de los grupos marginales que reciben una insuficiente atención sanitaria, existen nuevas demandas de atención a problemas de la vida cotidiana (separación, duelos, adaptación laboral, etc.), es decir no exclusivamente clínicas, que absorben los servicios. El reto es priorizar la atención sanitaria de manera compatible con el derecho general a recibir atención; junto con la preparación para abordar las nuevas demandas de manera coordinada en los distintos niveles sanitarios y sociales.

Problemas de roles profesionales: En los servicios masificados es frecuente la presencia de roles hiperespecializados (medicalización por los psiquiatras, psicologización por los psicólogos, etc.), junto a la difuminación en otras áreas profesionales, con funciones que no parecen corresponder a un profesional determinado (p.e. la prevención y la formación de otros profesionales u orientación a familiares). El reto es definir nuevas funciones y como trabajar y llevar a cabo el trabajo interdisciplinario (p.e. es frecuente que los pacientes tengan citas en un servicio de salud mental con el psiquiatra, el psicólogo, trabajador social, etc.).

Escasez de estructuras sanitarias intermedias (hospitales de día, centros de día, etc.): En muchos casos esto supone un abordaje inadecuado de problemas crónicos o complejos que el terapeuta debe tener en cuenta para plantearlo en sus limitaciones y peticiones.

Confusión con servicios sociales y/o insuficiente integración de los diferentes servicios: Aparece con frecuencia en personas enfermas crónicas o multiproblemáticos (p.e. patología dual de drogadicción y otro trastorno mental). Aquí el reto nuevamente es la coordinación sanitaria y social y como articularla de manera eficiente. Dificultades legales y practicas en los casos necesitados de internamiento, quién y como se hace; y su relación con la intervención psicosocial. La coordinación entre profesionales, familiares y servicios legales-policiales a

veces resulta muy complicada.

Excesiva medicalización de la demanda: Al aumentar la demanda, tanto en atención primaria como en los centros de salud mental, se ha reducido el tiempo por paciente, provocando así un incremento de la prescripción de fármacos y una reducción de los aspectos relacionales. El reto es preparar a los clínicos para intervenciones psicosociales breves que a la larga redundan en beneficios para los clientes y el propio sistema (p.e menos recaídas a medio-largo plazo).

Apoyo sociosanitario a los familiares: En el caso de pacientes con trastorno mental grave, el planteamiento comunitario obliga a los familiares a hacerse cargo del paciente; y esto produce a veces conflictos. El reto es como facilitar a las familias mayor apoyo sociosanitario; y como orientarles en estos casos (psicoeducación, manejo de conflictos, entrenamiento en habilidades, etc.).

Cualquier psicoterapia o tratamiento psicoterapéutico en el contexto de «managed care», es decir en un contexto de recursos limitados como es el de la salud pública debe saber responder a estos retos. Una intervención que no optimiza estos recursos y no intenta trabajar por la eficiencia puede conseguir grandes beneficios para determinados pacientes, pero en detrimento de otros. Un intento de optimizar estos recursos es conseguir el máximo de efecto terapéutico en un número reducido de sesiones, lo cual nos hace apostar por terapias breves. «Breve», en este caso no debe significar abreviado, es decir, interrumpir una terapia habitualmente larga después de un determinado número de sesiones, porque se han agotado los recursos, sino diseñar formas breves de intervenciones completas.

Aunque la terapia clásica adleriana en su forma más psicoanalítica se sigue aplicando en diversos contextos y modalidades, por ejemplo en el marco del sistema sanitario alemán, su aplicación en el contexto de salud pública en nuestro país sería ineficiente. El presente artículo quiere presentar un modelo actualizado de la psicoterapia adleriana, la Psicoterapia Adleriana Breve (PAB). Los autores consideramos este modelo como especialmente apto para un trabajo terapéutico eficiente en un contexto de recursos (de tiempo) limitados, como es el contexto de la salud pública en España.

NOCIONES BÁSICAS DE LA PSICOLOGÍA INDIVIDUAL CLÁSICA

La Psicología Individual de Alfred Adler (la Psicología Adleriana), al margen de un breve florecimiento en los años 20-30 del siglo XX, ha tenido muy poca aceptación como movimiento teórico y como aplicación terapéutica en España y Latinoamérica, contrariamente a lo que pasa en Estados Unidos y en los países de habla germana o incluso (y eso sólo recientemente) en algunos países del este de Europa (Hungría, Lituania, etc.). Se ha especulado mucho sobre este hecho (Ellenberger, 1970; Serrano, 1991; Oberst & Stewart, 2003) pero parece evidente que algunos conceptos adlerianos, quizás revolucionarios en su momento, han sido incorporados o superados por otras corrientes, como por ejemplo la noción de

ficción por el constructivismo, la apercepción tendenciosa por el cognitvismo (en forma de «cognición distorsionada»), la visión de la interrelación por la sistémica, etc. La amplitud de sus conceptos y su gran potencial integrador puede haber contribuido, paradójicamente, a su existencia raquítica en los países de habla hispana.

De vez en cuando aparece alguna re-edición (traducida) de algún texto de Adler (por ejemplo «El carácter neurótico», Adler, 1912/1977) o la traducción una recopilación de su obra por otro autor (Brett, 1999), pero los desarrollos contemporáneos de los seguidores de esta línea apenas se publican en estos países, quizás por falta de un público ya entendido en la materia. Pero son precisamente estos desarrollos actualizados, renovados e integradores de la teoría y psicoterapia clásica que pueden despertar nuevamente el interés en esta línea.

El sentimiento de comunidad

Uno de los aspectos importantes de la Psicología Adleriana es la idea que el individuo sólo se puede entender en su contexto social. Según Adler, todos los seres humanos aspiran a un ideal utópico de última perfección, o autoactualización, para utilizar un concepto más moderno. Adler considera que la naturaleza humana aspira a superar los obstáculos, alcanzar los fines propuestos, sentirse completo, fuerte y válido; y cada niño pequeño tiene que pasar por este proceso nuevamente. La clave está en lo que Adler llamaba el Sentimiento de Comunidad: todos los individuos tienen la necesidad de pertenecer a una familia, un grupo, una sociedad, y a la humanidad en general; el niño pequeño primero tiene que experimentar esta sensación de pertenencia en el seno de la familia, y luego, a medida que crece, tiene que aprender a contribuir al funcionamiento de esta comunidad mediante su esfuerzo personal, es decir aprender la cooperación. Por cooperación, la Psicología Adleriana entiende la tendencia afectiva del individuo de tener en cuenta el bien común a la hora de resolver sus problemas individuales. Sólo si el individuo llega a sentirse una parte útil de la comunidad (que da y que recibe), es capaz de afrontarse a los problemas de la vida cotidiana de forma adaptada.

El sentimiento de inferioridad

Una de las grandes contribuciones de Adler era la idea de que en la base de muchos problemas psicológicos y trastornos mentales se encuentra un sentimiento de inferioridad, algo que hoy en días quizás llamaríamos «baja autoestima». Y la baja autoestima sólo se puede entender en el contexto social del individuo, es decir en su relación con los demás, a la hora de compararse con ellos. Se entiende que la mayoría de los problemas psicológicos nacen no dentro del individuo, sino entre individuos: conflictos en la familia, en la pareja, en el trabajo, etc. Estos conflictos hacen que el adulto vulnerable re-experimente su sentimiento de inferioridad que tiene sus raíces en la infancia. Determinadas vivencias y condiciones en la infancia,

un estilo educativo inapropiado de los padres, junto con la opinión que el niño, antes de tener siquiera lenguaje para expresarlo, se forma en su inconsciente acerca de estas experiencias, configuran un determinado Estilo de Vida (concepto que incluye los aspectos conscientes e inconscientes de la personalidad, la visión de uno mismo y de los demás, y las metas ficticias de la persona), cuyo lado problemático se activa cuando las circunstancias en la edad adulta son difíciles. Un niño, por ejemplo, que siempre se ve expuesto a una situación en la cual los adultos se aprovechan de su condición inferior (física o psicológica), o por el contrario, un niño excesivamente mimado o consentido, tiene más riesgo de no llegar a formar una autoimagen positiva y asertiva. El camino directo hacia «arriba» le queda cerrado. Esto tiene un efecto altamente desalentador para el niño. Como consecuencia, tiene que probar otros caminos más indirectos, más torcidos, más complicados, que por rodeo lleguen igualmente al destino anhelado de superación. Así, el niño se crea «metas ficticias erróneas». De esta manera, un niño puede aprender que mediante lloros y berrinches o con síntomas psicopatológicos puede conseguir una atención muy superior a la que pudo conseguir con su conducta más directa. Vía ensayo y error, dependiendo de las reacciones de los adultos, el niño aprende a utilizar su debilidad de manera que ahora le sirve para poner a los padres a su servicio y para ejercer poder indirecto. Como decía Adler, el niño desanimado, que descubre que puede tiranizar más eficazmente su entorno mediante lágrimas se convierte en un llorón; y del llorón al depresivo adulto, según Adler, hay un camino directo.

El afán de superioridad como base del trastorno

Este esfuerzo del niño (y también del adulto) de compensar sus sentimientos de inferioridad puede llegar hasta un afán de superioridad – otro concepto clave de la Psicología Adleriana: la persona que se siente inferior y para compensarlo, no sólo se conforma con ser igual a los demás (que sería lo ideal) sino incluso quiere ser más que otros; pero como no lo consigue, se vuelve «neurótico» (en la terminología que se usaba en tiempos de Adler y Freud), se pone ansioso, se deprime, o desarrolla otro tipo de problemática o trastorno. Por eso, en la visión adleriana, el «paciente» no es visto como un enfermo, sino más bien como una persona con metas y objetivos equivocados, porque cree – inconscientemente- que tiene que mostrarse fuerte cuando en realidad se siente débil. Cuanto más grande es su sentimiento de inferioridad, más imperiosa y fuerte se hace la necesidad de compensarlo con aires de superioridad, sentimientos de grandeza, y ardides psicológicos para mitigar esta sensación insoportable de ser insignificante o no valer nada.

Esta es la visión final (teleológica) del síntoma en la Psicología Adleriana. Aunque el problema o síntoma tiene «causas» (en la infancia), el paciente persigue un objetivo con su problemática. En el sentido adleriano estricto y presentado de forma algo provocadora, el «neurótico» (la persona con problemas psicológicos o

trastornos mentales) no es un enfermo, sino una persona equivocada, en el sentido que ha llegado a encontrar una excusa para no cumplir con las demandas del sentimiento de comunidad. Adler llamaba esta actitud «sí – pero». Sí, me gustaría aprobar el examen, hacerme cargo de mis asuntos, resolver mi conflicto de pareja, encontrar trabajo, etc., pero no puedo, porque tengo un trastorno de déficit de atención, de ansiedad, de agorafobia, depresión, migrañas, etc. La verdadera causa – inconsciente para el paciente – es el miedo a fracasar, no quedar bien, no saber resolver el problema sin recurrir a los síntomas. Y el objetivo del síntoma es proteger al paciente a enfrentarse a este miedo. En este sentido, para el paciente es preferible considerarse «un depresivo» (y por tanto, «un enfermo») que «un fracasado». Adler y sus sucesores describían varios de estos «mecanismos de salvaguardia», como formas de afrontamientos poco adaptativos desarrollados por el individuo para salvar su autoestima y su (supuesta) reputación ante otras personas. Un ejemplo típico sería una persona con depresión, agorafobia u otro trastorno que requiere que otras personas, habitualmente los allegados, queden puestas a disposición del «enfermo» para animarle, acompañarle y solucionarle los problemas cotidianos.

En el caso de la persona con miedo fóbico a la evaluación, por ejemplo, se puede decir que ésta, vez de luchar en el terreno de los logros académicos dónde no puede o cree que no puede superarse, lucha en un «campo de batalla de flanco» (expresión de Adler), donde al menos se asegura la superioridad mediante la consideración, la conmiseración y quizás hasta los cuidados que le brindan los demás a causa de su estado lamentable que le impide tener éxito en la vida. El síntoma es utilizado como coartada. El sufrimiento causado por los síntomas neuróticos (p.ej. la ansiedad o depresión) es el precio («costes de guerra», en palabras de Adler) que el individuo paga por salvar la cara. Según Adler, «(...) vemos lo que es la neurosis en el fondo: un intento de evitar el mal mayor, un intento de mantener la apariencia de valor a todo precio, pagar todos los gastos, pero desear a la vez conseguir el objetivo sin pagarlos.» (Adler, 1933/1980, p.108-109).

En cambio, y siempre siguiendo a Adler, si la persona tuviera más sentimiento de comunidad, dejaría de luchar por la autoexaltación mediante la búsqueda del reconocimiento fácil por parte de los demás y, en el caso del paciente arriba mencionado, dedicaría todos sus esfuerzos a los estudios, o, si le falta la capacidad intelectual suficiente, a otro trabajo satisfactorio. La terapia tiene que hacerle ver lo que hasta ahora no sabe - porque hasta ahora ha cerrado los ojos ante las consecuencias y no lo ha querido saber. Evidentemente, Adler no pretende «decirle» simplemente al paciente que está equivocado, que sus objetivos son egocéntricos y que, por favor, mire un poquito por los demás. Antes de todo está el «alentamiento» (Ermutigung, encouragement) por parte del terapeuta: el paciente o delincuente tiene que vencer sus sentimientos de inferioridad y desarrollar primero un grado adecuado de autoestima.

Autores adlerianos contemporáneos (por ejemplo, Dinkmeyer y Sperry, 2000)

han relativizado esta idea algo extrema –la creación (aunque inconsciente) de síntomas para «escaquearse» y de no afrontar los problemas con valor, madurez y sentimiento de comunidad como única explicación necesaria y suficiente de los trastornos psicológicos– en pos de una visión más biopsicosocial según la cual actúan una variedad de factores para que se desarrolle un trastorno (Slavik & Croake, 2006; Grisel, Rasmussen, & Sperry, 2006). Esto representa una línea más en acorde con otras visiones actuales de la psicopatología y que los autores de este artículo subscriben. Los síntomas, más que «excusas inconscientes» son vistos como el resultado de mecanismos de afrontamiento maladaptativos.

La terapia adleriana clásica

De lo dicho anteriormente se deduce que el objetivo de la terapia adleriana no es simplemente la eliminación de un síntoma o la solución de un problema concreto, sino el desarrollo de estas estrategias y del sentimiento de comunidad del paciente. Para efectuar una evaluación, se procura conocer el Estilo de Vida del paciente, sus mecanismos maladaptativos y sus objetivos inconscientes, para luego integrar estos objetivos, muchas veces poco realistas e inalcanzables, en una visión más realista de uno mismo y más adaptado al Sentimiento de Comunidad. Para eso, el paciente no sólo tiene que comprender el por qué de su sufrimiento, sino también el para qué: sus objetivos inconscientes. Más adelante en la terapia, el paciente aprenderá como integrarse mejor en la comunidad de los otros seres humanos mediante la cooperación (el sentimiento de comunidad). En la versión clásica de la terapia adleriana, se trabaja de forma analítica, efectuando un «Análisis del Estilo de Vida», para conocer estos aspectos inconscientes; luego se trata de elaborar el insight en estos objetivos y mecanismos poco adaptativos para luego enseñarle, en un afán claramente pedagógico y tomando al terapeuta (que debe haber pasado por un análisis didáctico) como modelo, nuevas formas de afrontarse a la vida. Esto es un proceso necesariamente largo, ya que requiere un cambio en la personalidad. La persona considerada psicológicamente sana no sólo está libre de síntomas psicopatológicos, sino también es una persona adaptada con Sentimiento de Comunidad; para Adler, el Sentimiento de Comunidad, tal y como lo expresa en su última gran obra, *El sentido de la vida* (Adler, 1933), el individuo sano es una persona que intenta resolver sus problemas no sólo para conseguir su propio bien y persiguiendo su propio interés, sino que también tiene en cuenta el bienestar de las persona de su entorno, y hasta el de la humanidad en general.

LA EVOLUCIÓN DE LA PSICOTERAPIA ADLERIANA: INTEGRACIÓN Y BREVEDAD

La evolución actual de la corriente adleriana de psicoterapia se mueve en dos direcciones, de manera paralela a lo que ha venido sucediendo en otros modelos de la psicoterapia: Por un lado, la adhesión a la tradición ortodoxa (en el caso de la

Psicología Adleriana un movimiento más psicodinámico vinculado a autores como Kunkel (1950, 1963, 1981) y el movimiento adleriano actual dominante en Alemania, en el cual se considera la Psicología Individual como una terapia analítica donde se trabaja con procesos inconscientes y con transferencia/contratransferencia; y por otro lado, la tendencia a nuevos desarrollos más flexibles y heterodoxos, que tienen como eje tres aspectos relevantes:

1. La integración en psicoterapia, fundamentalmente basada en el ámbito de los factores comunes en psicoterapia (Lambert, 1986; Prochaska y Norcross, 1994; Lambert, 2003). Desde esta óptica los estudios de resultados y evidencia apuntan a la importancia de las características del cliente a la relación terapéutica. Respecto a la psicoterapia adleriana, esta tendencia se ha ido desarrollando básicamente en una dirección cognitiva, constructivista y sistémica (Sherman y Dinkmeyer, 1987; Dinkmeyer y Sperry, 2000; Mosak y Maniaci, 1999; Watts, 2003; Oberst y Stewart, 2003; Carlson, Watts y Maniaci, 2005; Oberst y Ruiz, 2007; Master, 1991; Scott, Kelly, & Tolbert, 1995).
2. El enfoque biopsicosocial: el enfoque biopsicosocial hace referencia a la creciente conciencia de los profesionales de la salud mental de que los trastornos tienen orígenes multidimensionales. En la Psicología adleriana, que inicialmente minimizaba los aspectos biológicos a favor de una visión intrapsíquica, cada vez más autores aplican esta visión a una amplia gama de trastornos mentales en contextos públicos y privados de terapia, con especial énfasis en los trastornos de personalidad (Sperry, 1996a, 1996b, 2006).
3. Una tendencia a desarrollar intervenciones breves para responder a la demanda de la asistencia con recursos limitados (salud pública). Algunos estudios demuestran que las terapias breves suelen ser tan eficaces como las terapias largas, sin delimitación en el tiempo (Koss & Butcher, 1986; Steenbarger, 1992). Además, parece que los cambios suelen ocurrir en fases tempranas de la terapia y su efecto disminuye con el tiempo (Howard & Kopta, 1986). La Psicología Adleriana en Estados Unidos y Canadá ha respondido a esta tendencia con el desarrollo de varias terapias adlerianas breves:

La Terapia Adleriana Breve (Adlerian Brief Therapy, ABT de Nicoll, 1999)

La ABT está basada en la integración de la Psicología adleriana con elementos estratégicos y psicodinámicos, para su encuadre de terapia viable en contexto de la salud mental pública. Bitter & Nicoll (2000, 2004) describen cinco características básicas de un marco integrador de una terapia breve adleriana: la limitación en el tiempo, trabajo focalizado, directividad del terapeuta, la visión (genuinamente adleriana) de que los síntomas son un intento (inadaptativo) de solución, y la

asignación de tareas conductuales. La ABT se desarrolla sobre un esquema de cuatro fases: la evaluación conductual de la queja presente en un marco interpersonal, la evaluación de las reglas de interacción subyacentes, con colaboración del cliente en la exploración de las mismas, la reorientación de las reglas de interacción del cliente desde el conocimiento del cliente de las mismas (insight cognitivo) al como las aplica en el presente fuera y dentro de la terapia (insight emocional), y finalmente, la prescripción de nuevos rituales de conducta alternativos a los patrones de interacción repetitivos y sus reglas subyacentes. Todo ello respetando los valores del cliente y estimulando su capacidad y valor de cambio, al igual que el esfuerzo más que el resultado final.

La Terapia Adleriana Eficaz (EFT de Slavik)

La EFT considera que la psicoterapia adleriana tradicional es ya eficaz, pero según su autor, esta versión breve se adapta mejor a las necesidades y demandas de los clientes norteamericanos, haciendo hincapié en la concepción democrática de la vida, y en la igualdad de los derechos civiles y personales de los clientes. El terapeuta aparece en este contexto más como un consultor en la vida del cliente que como un experto, clarificando y simplificando los problemas del cliente y ayudándole a formular objetivos positivos y razonables (Slavik, Sperry, & Carlson, 2000).

La EFT contiene un acercamiento de seis elementos «tácticos» (1-Comprometer al cliente al compromiso, 2-Tratamiento focalizado, 3-Énfasis en los puntos fuertes y competencias del cliente, 4-Terapia a corto plazo, 5-Ánimo y estímulo constantes y 6-Énfasis en el respeto mutuo e igualdad) y un proceso de terapia de 10 pasos (1-El terapeuta invita al cliente a exponer sus dificultades, 2-El terapeuta ayuda al cliente a clarificar sus problema presentes en términos concretos y transaccionales-relacionales, 3-El terapeuta pide que el cliente describa cual sería la mejor solución que puede llevar a cabo, 4-Si el cliente no ofrece una solución que el ve que pueda llevar a cabo, el terapeuta sugiere alternativas que este podría desarrollar con su propio esfuerzo, 5-Si el cliente se ve capaz de llevar a cabo esa solución, el terapeuta apoya esa iniciativa y valor, 6-El terapeuta explora los puntos fuertes del cliente y le anima en su capacidad de cambio, 7-Si no se encuentran soluciones viables, el terapeuta pide al cliente información sobre sus primeros recuerdos, y los interpreta en relación a esa falta de alternativas viables, 8-El terapeuta discrimina entre el desaliento del cliente y el pesimismo del cliente, que requieren tácticas de abordaje distinto, 9-Como procedimiento y como recurso con clientes muy pesimistas, el terapeuta puede evaluar y describir, confrontando al cliente, con el propósito inconsciente de su pesimismo y 10-El terapeuta dispone de otras técnicas complementarias que puede exponer y desarrollar en colaboración en el cliente y el problema específico en cuestión.

El consejo de Resolución de Problemas (Problem Solving Counseling, PSC de Nystul, 1999; 2001)

De acuerdo con el autor, el PSC integra la psicoterapia adleriana y la terapia de realidad de William Glasser (terapia de control de Glasser, citado en Nystul, 2001). Se trata de un modelo de cuatro pasos de resolución de problemas; pretende ir más allá de los métodos habituales cognitivos de resolución de problemas al implicar un análisis en profundidad de los procesos inconscientes concomitantes:

- Paso 1: Identificar el acercamiento ineficaz: Enfoca la terapia sobre la conducta actual del cliente, lo que está haciendo para resolver su problema y si está funcionando para el/ella. También se le pregunta si se siente capaz de lograr en terapia esas soluciones. Un punto importante es ayudar al cliente a que comprenda su responsabilidad en sus problemas y soluciones.
- Paso 2: Explorar la psicología del uso: El terapeuta parte de la concepción de que el cliente repite métodos de afrontamiento ante sus dificultades actuales derivados de la búsqueda de necesidades básicas pasadas, y que en la actualidad se han vuelto ineficaces. Mediante el uso de los primeros recuerdos y otros métodos, se exploran y clarifican cómo el cliente en determinadas circunstancias pasadas buscó satisfacer una serie de necesidades mediante determinadas estrategias que ahora se han vuelto inadecuadas.
- Paso 3: Aumentar la motivación de cambio del cliente: Mediante la colaboración con el cliente se hace un balance de costos-ganancia de los acercamientos ineficaces (mediante la confrontación, diálogo socrático, etc.), especialmente en el llamado «punto paradójico», o punto de su vida donde los acercamientos anteriores eficaces se han vuelto ineficaces y donde el cliente se da cuenta que lo que está haciendo en este momento ahora tiene el efecto contrario de lo inicialmente pretendido.
- Paso 4: Desarrollo de acercamientos alternativos más eficaces: Se buscan nuevos acercamientos que satisfagan las necesidades básicas e idiosincráticas del cliente, sin los costos previos de los acercamientos ineficaces previos. El objetivo es minimizar la resistencia y maximizar la motivación para el cambio.

Junto a estos modelos y desarrollos de psicoterapia breve individual, hay que destacar también la psicoterapia adleriana breve de grupo (Sonstegard y Bitter, 2004); la psicoterapia adleriana breve de pareja o familia (Carlson y Dinkmeyer, 2003); la psicoterapia adleriana breve de juego con niños, y el enfoque psicoeducativo de consejo (Dinkmeyer y Carlson, 2001). De acuerdo con diversos planteamientos terapéuticos (Vinogradov y Yalom, 1996), la terapia de grupo es un planteamiento eficiente de los recursos (se puede tratar a un número elevado de clientes utilizando eficientemente el tiempo, el espacio, el personal y otros recursos), rentable (aún más

que la terapia individual, al ser más viable en servicios masificados) y eficaz (al menos tanto como la terapia individual; habiéndose comprobado su utilidad en un amplio abanico de trastornos).

Aunque estos desarrollos de terapia breve adleriana tienen un marcado acento cognitivo, directivo, y orientado a la solución de problemas y eliminación de síntomas, todos los autores coinciden en que hay que preservar algunos aspectos genuinos de la visión adleriana original, a saber:

1. El conocimiento de los aspectos inconscientes como vienen marcados por el Estilo de Vida del cliente: aún en las terapias breves, muchos terapeutas se toman el tiempo de trabajar con los recuerdos de la infancia del cliente para establecer su Estilo de Vida y llegar a un conocimiento de aspectos inconscientes de la problemática del cliente.
2. La visión de que el síntoma o problema es un intento de solución fallido o equivocado o una estrategia de afrontamiento maladaptativo. En este sentido, muchos terapeutas siguen haciéndole al cliente «La pregunta» (inicialmente desarrollada por el mismo Adler): «¿Qué haría Vd. de diferente si no tuviese estos síntomas o problemas?» La respuesta del cliente es un indicador de los aspectos de la vida que el cliente está evitando por miedo (por ejemplo a fracasar). En este caso, en algún momento de la terapia, se le revela al cliente sus objetivos maladaptativos.
3. La orientación del cliente hacia objetivos compatibles con el Sentimiento de Comunidad y las relaciones sociales.

Eficacia de la psicoterapia adleriana breve

La investigación en la evidencia de la psicoterapia adleriana en general, y la psicoterapia adleriana breve en particular es escasa, dado que los adlerianos tradicionalmente se han movido en un contexto más clínico que investigador. Se ha tratado de buscar la evidencia de manera indirecta, mediante las formulaciones de los factores comunes, como vimos en un punto anterior. Pero desde la óptica de la distribución de los recursos en los servicios públicos de salud mental, esos argumentos son insuficientes. Existe un amplio consenso acerca de la necesidad de que la práctica psicológica se base en la evidencia empírica, integrando la investigación en la práctica diaria (Frias, Llobell y Monterde, 2006). La evidencia aporta peso en las políticas de inversión del gasto público al priorizar unos recursos sobre otros; incluido la formación del personal sanitario y su distribución. Esto quiere decir que los psicólogos/as deben demostrar que lo que hacen es relevante, útil, efectivo y eficiente para las personas con problemas de salud mental. En esta línea existen escasos datos por el momento en psicoterapia adleriana breve; como datos preliminares podemos citar el estudio de Ferrero, Pierò, Fassina, Massola, Lantieri, Daga & Fassino (2007). Se comparó la terapia adleriana breve, la prescripción de psicofármacos y la combinación de ambos tratamientos en pacientes con trastornos

de ansiedad. Los resultados arrojaron, tras doce meses de seguimiento que los tres enfoques de tratamiento eran de efectividad semejante (psicoterapia sola, psicofármacos sin psicoterapia, y la combinación de ambos); la psicoterapia adleriana breve era superior, sola o en combinación a los psicofármacos cuando los sujetos con ansiedad presentaban desordenes de personalidad de base; y era especialmente favorable en la integración socio-laboral. Fassino, Daga, Delsedime, Busso, Pierò & Rovera (2005) encontraron evidencias de la utilidad de la psicoterapia adleriana breve en trastornos alimenticios en mujeres (anorexia y bulimia), con reducción sintomática, y otros indicadores de funcionamiento personal, a los 6 meses de seguimiento. Ruiz (estudio no publicado) trabajó entre 2004 y 2005 con 64 clientes (niños y adultos) distribuidos en 10 grupos de Terapia (5 de terapia grupal cognitiva-conductual y 5 de terapia grupal adleriana); obteniendo en los autoinformes de los clientes participantes en esos grupos (grupos de trastornos de ansiedad-depresión en adultos; trastorno mental grave y trastorno de conducta infantil) datos a favor de ambas intervenciones (la cognitiva-conductual grupal y la adleriana grupal). Cabe destacar que el porcentaje global de satisfacción de resultados evaluados por los participantes de los grupos es superior en la terapia adleriana (75% frente al 54% de la terapia cognitiva-conductual), así como el menor índice de abandono de la terapia (15% de la adleriana frente al 38% de la cognitiva-conductual).

Propuesta para la aplicación de la PAB en un contexto de salud pública español

La adaptación de la psicoterapia adleriana breve de los autores del artículo a su experiencia privada y pública se desarrolla habitualmente mediante el siguiente proceso, propuesto por el primer autor en el Centro de Salud Mental de Úbeda (Jaén), de 6 pasos desarrollados en 4 fases:

Fase I: Establecimiento de la relación terapéutica:

1-Recogida inicial de información:

Como suele ser habitual en un servicio público, comenzamos usando un procedimiento de entrevista o historial clínico que recoge aspectos como el motivo de la consulta, los antecedentes personales y familiares, el nivel de funcionamiento del cliente en distintos aspectos de su vida, los tratamientos previos y sus expectativas de tratamiento. Este modelo clásico de recogida de información lo hemos adaptado a diversos formatos específicos de métodos de entrevista (adultos, niños, parejas, grupos y familias); siguiendo las propuestas de Sperry (1996a, 1996b) del sistema multidimensional DSM «traducido» de manera adleriana: Eje I-Motivo de consulta: síntomas, síndrome y conductas disfuncionales actuales traducido como «el arreglo o apañío sintomático actual», Eje II-Rasgos o Trastornos de la personalidad traducido como Estilo de Vida con sus prioridades, Eje III-Condiciones médicas relevantes, deficiencias y trastornos biofísicos traducido como la inferio-

ridad orgánica y el lenguaje de los órganos, Eje IV-Estresores actuales traducido como el shock/choque que cuestiona el valor, la capacidad de afrontamiento y/o la capacidad de cooperación del cliente y que se relaciona con su malestar sintomático y Eje V-Nivel de adaptación y funcionamiento psicosocial actual del cliente traducido como nivel de funcionamiento, satisfacción y dificultades del cliente en las Tareas de Vida.

Para realizar esta evaluación nos valemos de diferentes métodos como la entrevista, la observación de la conducta en la consulta (también a nivel no verbal), así como adicionalmente de diversos cuestionarios adlerianos (prioridades, atmósfera familiar, estilo de vida, y no adlerianos (p.e. inventarios de personalidad). También se usan otros métodos como los autorregistros, los diarios, la técnica de la rejilla para obtener constructos, etc., según el caso y la disponibilidad del tiempo. Estos datos sirven para elaborar el perfil de funcionamiento del cliente y sus posibles metas (pasos 3 y 4 del proceso de terapia)

2-Psicoeducación en el modelo adleriano:

Si consideramos que el cliente (la pareja, familia...) es susceptible a ser ayudado con psicoterapia, comenzamos explicándoles nuestra forma de trabajar, diciendo que básicamente consiste en desarrollar nuevas formas de resolver los problemas a través de varios pasos (o preguntas): 1º-»¿Cómo suelo enfrentar mis dificultades?, 2º-»¿Por qué (para qué) repito esa forma de tratar mis dificultades y me atasco en ellas?», 3º-»¿Qué precio estoy pagando por enfrentar mis dificultades de esa manera?» y 4º-»¿Cómo puedo desarrollar otras formas mejores de resolución de problemas que mejoren la calidad de mi vida y de los que conviven conmigo?». El/la terapeuta recaba las opiniones del/los clientes a estos planteamientos, también mediante su lenguaje no verbal y otras maniobras de posible «resistencia a la cooperación»; así como los puntos fuertes superados para alentar y estimular al cliente a continuar adelante con la terapia.

Fase II: Evaluar el Estilo de Vida

3º-Toma de conciencia de cómo el cliente está enfrentando sus dificultades en la actualidad, y cuales son sus objetivos en la terapia:

Para ello nos servimos de varios procedimientos, siendo el más usado, La Entrevista Clínica Adleriana (llamada del Estilo de Vida), el trabajo con los Primeros Recuerdos de la Vida, el análisis de los sueños (de manera ocasional) y diversas tareas para casa encaminadas a recabar diarios de afrontamiento-metas-efectos relacionales. Paralelamente se pueden prescribir, según el caso actuaciones sintomáticas (medicación, ejercicios de relajación, etc.) para reducir el malestar y motivar al cliente a proseguir en la terapia. Cuando tratamos con casos graves tenemos en cuenta también los factores biológicos y sociales para no caer en un «psicologismo extremo», y considerar la necesidad de actuaciones paralelas (p.e.

programa de reinserción sociolaboral, psicofármacos, etc.).

Fase III: Fomentar la comprensión del Estilo de Vida

4º-Conocer porqué (para qué) el paciente está funcionando de esa manera, cual es el motivo o finalidad (a menudo inconsciente e inadecuado) que tiene para actuar como lo hace y/ o experimentar lo que siente:

Con los datos recabados en colaboración con los clientes elaboramos una hipótesis provisional y revisable que le planteamos, así como las posibles vías de acción y sin olvidarnos de sus potencialidades y recursos. También aquí recabamos su opinión y respuesta no verbal, posibles resistencias, maniobras defensivas, etc. que pueden servirnos como elementos adicionales a esas hipótesis.

5º-Ayudarles a los clientes a tomar conciencia no solo del motivo de porqué funcionan así que les lleva a tener problemas, sino también a que ellos mismos se den cuenta, se atrapen así mismos aquí y ahora funcionando de esa manera, y balancear sus coste y beneficios:

La propia forma de relacionarse con el terapeuta suele servir a esto, además de los problemas en la vida relacional del cliente entre consultas. El foco habitual de las sesiones se inicia con la pregunta habitual de típica que le trae hoy por aquí o que problema desea exponernos en la consulta de hoy. Esto centra el contenido de estas citas en las «narraciones», que trataremos de traducir en términos relacionales (estilos de afrontamiento en contextos interpersonales), junto con la «lógica privada» (aspectos cognitivos subjetivos) de los clientes. Se usan diversos métodos para trabajar el darse cuenta y modificar las metas-motivos ocultos o inconscientes inadecuados (p.e. confrontación, diálogo socrático, etc).

Fase IV: Reorientación del Estilo de Vida:

6º-Desarrollar cursos de acción y resolución de problemas alternativos a sus metas inadecuadas y más cercanas a la cooperación-convivencia con otros:

El paciente no es visto como un receptor pasivo de técnicas terapéuticas que tiene que ejecutar, sino que es visto como un elemento activo de su proceso. Como hemos dicho, también usamos técnicas provenientes de otras corrientes psicoterapéuticas como el entrenamiento asertivo, el debate cognitivo, la asignación de papeles, etc. Lo relevante es que la asignación de tareas, entrenamiento y aplicación de nuevas formas de resolución de problemas apunten a nuevas alternativas que fomenten la cooperación y el cambio de los aspectos disfuncionales del Estilo de Vida del cliente, la pareja o la familia en cuestión.

En general, la terapia en un servicio público suele durar unas 10 sesiones de unos 30-45 minutos. Al cabo de las mismas se plantea si se han logrado los objetivos o se requieren otras intervenciones. En la práctica privada, tampoco suele ser muy larga la intervención adleriana, aunque allí, siempre siguiendo la demanda del cliente, podemos entrar en temas más analíticos y buscar un cambio más profundo,

más a nivel personalidad. Con pacientes con trastorno mental grave solemos adoptar un papel más directivo y basado en la psicoeducación.

En los servicios públicos de salud mental, a menudo masificados, una alternativa de tratamiento es la terapia de grupo adleriana aplicada a adultos y niños (con trastornos diversos como la depresión, el trastorno mental grave, etc.). Suelen desarrollarse con grupos de 5 a 10 personas en sesiones semanales de 1 hora y durante unas 10 sesiones en total, una vez a la semana, para los casos más leves; y durante más tiempo para los casos más graves. Esta terapia grupal adleriana suele ser de tipo psicoeducativo o más analítica, según los casos.

También hemos encontrado de utilidad protocolizar (pero no rígidamente) una guía de actuación para los terapeutas adlerianos, que les sirva para orientarse en el proceso de la terapia. Es importante destacar que los pasos no son siempre lineales.

GUÍA BREVE PARA LA PSICOTERAPIA ADLERIANA BREVE

En este caso de terapia individual, de pareja, familiar o grupal, darnos cuenta de en qué punto nos encontramos y a donde queremos ir, mediante el siguiente recorrido:

Fase 1: Establecimiento de la relación terapéutica: (Recogida de Información, Psicoeducación)

1. Acordar y aclarar con el/los clientes las metas del tratamiento
2. Recoger si conoce el/los clientes cuales son los roles de el/ellos y del terapeuta
3. Acordar los criterios de terminación de la terapia
4. Detectar y alentar al/los clientes sobre sus logros, cualidades y superaciones de dificultades como forma de implicarlos en la terapia

Fase 2: Evaluar el Estilo de Vida: (Recogida de Información de cómo afronta dificultades y sus motivos)

5. Explicar que vamos a evaluar los motivos (ocultos o inconscientes) que llevan al/los clientes a actuar como lo hacen para presentar sus dificultades o problemas
6. Trabajar con el cliente varios métodos para buscar esos motivos ocultos (principalmente diarios, cuestionarios, primeros recuerdos y ocasionalmente análisis de sueños)
7. Obtener una hipótesis (modificable) sobre el Estilo de Vida del/los clientes que relacionen sus motivos ocultos, con su funcionamiento personal y dificultades

Fase 3: Fomentar la comprensión del Estilo de Vida: (Atraparse en los motivos ocultos inconscientes)

8. Presentar nuestra hipótesis al/los clientes y recabar que ha entendido y opinado al respecto
9. Obtener lo que indica la reacción del/los clientes a la hipótesis a nivel semántico («saber por qué que me pasa»).
10. Fomentar la comprensión emocional del cliente («saber como me pasa») en la actualidad de sus dificultades tanto dentro como fuera de la consulta
11. Recabar la actitud del cliente a las tácticas de comprensión emocional y que indica al respecto

Fase 4: Reorientación del Estilo de Vida: (Desarrollar alternativas de acción mas funcionales del Estilo de Vida)

12. Proponer y acordar con el/los clientes un curso de acción alternativo al Estilo de Vida disfuncional
13. Trabajar tareas para llevar a cabo e implantar ese curso de acción alternativo de modo que se logren las metas terapéuticas hacia el sentimiento de comunidad
14. Recabar del cliente sus logros, aprendizajes, y cambios del Estilo de Vida.

EJEMPLO DE UN CASO

Mercedes es una mujer de 45 años, casada con dos hijos (un chico de 15 años y una chica de 12), cuyo marido es médico especialista de un hospital de la zona, y que viene trabajando de administrativo en una oficina del INEM desde hace mas de 15 años. La envía su médico de cabecera, con el que tiene amistad desde hace años, al centro de salud mental, por problemas depresivos recurrentes, frecuentes bajas laborales y abuso de alcohol. Donde es atendida por el primer autor de este artículo. Este medico y amigo de la cliente expone que ella suele poner pegas a las propuestas que le hace sobre medicación («¿y eso me va a ayudar?», «si tú lo dices», etc.). La cliente manifiesta en la primera entrevista que no le gusta su trabajo, que ella deseaba haber ejercido de abogada, pero que dejó la carrera de derecho en 3º, ya que le convencieron para dedicarse a una actividad más fácil y donde podía ganar dinero, como su trabajo en el INEM. Sin embargo, dice que se encuentra decaída con frecuencia, aburrida y que bebe en casa (licores y alcohol), así como cuando sale con sus amigos. Añade que desde hace al menos dos años no tiene relación con su marido, durmiendo los dos en camas separadas; y aunque el marido se muestra preocupado por su estado, se mantienen distantes. Prefiere venir a consulta sola, sin el marido.

Ha estado en tratamiento con un psiquiatra, también amigo de la familia, así como con su médico de cabecera, toma psicofármacos antidepresivos, desde hace al menos 4 años, con frecuentes mejorías y recaídas. Su médico de cabecera me

envía informe paralelo donde me relata sus esfuerzos y frustraciones con esta cliente, a la que indica con frecuencia la incorporación laboral, pero a la que termina dando de baja, a pesar de las presiones del servicio de «inspección médica». Dado los resultados previos, decide mandarla al psicólogo, para «probar» otra alternativa de tratamiento.

Inicialmente se le realiza un diagnóstico de trastorno distímico y abuso de alcohol. La cliente dice que desea iniciar el tratamiento psicológico «a ver como le va», con cierta actitud de reticencia y escasa implicación inicial. Le comento el modelo de trabajo (Psicoterapia Adleriana Breve), como una nueva forma de resolver los problemas a través de una serie de pasos progresivos que le explico. En las sesiones iniciales (1ª a 5ª) recabamos datos sobre el motivo de la consulta, sus antecedentes personales y familiares, tratamientos previos, etc.; mediante entrevista y cuestionarios realizados en consulta y entre sesiones como tarea para casa (Cuestionarios Adlerianos: Cuestionario de Estilo de Vida para Adultos-Ruiz, 2002; Cuestionario de Prioridades –Improntas de Fuchs-Brüninghof y Groner, versión española por Ruiz, Oberst y Quesada, 2006; Cuestionario de Atmósfera Familiar-Vivencia de la Atmósfera Familiar de Ruiz (citado en Ruiz, Oberst y Quesada, 2006); recogida de sus Primeros Recuerdos y Cuestionarios de Trastornos de la personalidad: CEP-2 y Cuestionario de Trastornos de Personalidad de Salamanca), así como el inicio de un diario de tareas de vida donde recaba las dificultades actuales (en la vida de pareja o familia, trabajo, y relaciones sociales), cómo las afronta, qué busca en ellas, y el efecto que tiene en sus relaciones actuales. Los datos proporcionados por este conjunto de materiales, en el contexto de las fases del proceso de la terapia (fase I-establecimiento de la relación y fase II-evaluación del estilo de vida) indican la presencia de rasgos de personalidad dependiente y pasivos-agresivos, y la búsqueda de apoyo y protección como tema dominante a lo largo de su vida.

Se le plantea como hipótesis de su funcionamiento en la vida la «búsqueda de apoyo y protección ante las dificultades por no confiar en sus posibilidades y una manera de proteger su autoestima mediante la crítica y las pegas a las propuestas de otros», respondiendo ella con un «sí usted lo dice, que es el profesional; pues así será» con un tono de incredulidad y cierto desafío. Tomo nota de esto como elemento adicional de su funcionamiento, aquí y ahora en la relación terapéutica.

Las siguientes fases del proceso terapéutico (fase III-Comprensión del Estilo de Vida y fase IV-Reorientación del Estilo de Vida) nos lleva desde la 6ª sesión hasta la sesión 14ª (la última tenida con ella). En estas sesiones hemos seguido el formato de comentar los problemas entre las sesiones (usando como referencia el diario de tareas de la vida y la hoja de ruta donde realizamos resúmenes de las sesiones entre ambos, lo que hemos «sacado» de las mismas). Inicialmente se le confronta directamente cuando hace comentarios despectivos de los terapeutas anteriores, o de su pareja; poniéndolos en relación con los datos de su estilo de vida («Parece que

buscas defenderte de sentirte menos valiosa rebajando a esta persona y poniendo pegadas, ¿pero a qué precio?»). En la misma línea uso esto en su relación conmigo, cuando aparecen estos elementos. Al mismo tiempo que se la anima por proseguir la terapia y por sus iniciativas. También se usó una estrategia similar cuando presentaba episodios de abuso de alcohol («Parece como si no te sintieras capaz de enfrentar esta situación y buscas apoyo presentando una imagen de ti desastrosa ¿y a qué precio?»). A medida que avanzamos en esto (no sin dificultades y retrocesos), comenzamos a buscar alternativas a la forma de afrontar sus dificultades, primero aclarando sus prioridades y después desarrollando alternativas, insistiendo mucho en alentar el darse oportunidades con dificultad creciente, para «hacerlo por ella misma»; así como estar más atenta a las necesidades de otros (p.e. pareja) de un modo más equilibrado con las propias (vida sexual, actividades de ocio, etc). En el momento actual se mantiene abstinente, su vida de pareja ha mejorado, se ha incorporado a su trabajo habitual y va reduciendo los psicofármacos. Se le han dado citas más espaciadas para revisar posibles recaídas y fomentar la evolución.

Notas del autor:

- 1 Las fases del proceso no suelen ser lineales y volvemos en la hoja de ruta a menudo a perfilar aspectos de las fases anteriores; ya que nos movemos con hipótesis construidas de modo tentativo, buscando el cambio, y muchos caminos son posibles.
- 2 En la mayoría de los casos derivados al Centro de Salud Mental, y cuando se trata de personas con «Trastornos Adaptativos» (demanda en aumento) que no desean medicación como tratamiento principal, la terapia psicológica no suele durar más allá de las 10 sesiones.

HOJA DE RUTA DE LA TERAPIA PSICOLOGICA con Mercedes:

¿En qué punto estamos y a donde nos dirigimos?

Cliente: Mercedes V.C

Terapeuta: Juan J. R.S

Objetivos acordados-Resolución de problemas-Fechas: Marzo

«Mejorar mi estado de ánimo, mejorar la relación con mi marido, dejar de abusar del alcohol y enfrentar mi trabajo con mas ganas»

1º-¿Cómo suelo afrontar mis dificultades? .Sesiones-Fechas-Notas: Marzo-a-Julio

-Según tú médico y amigo sueles «poner pegadas» a sus propuestas-Evitar un trabajo que no me agrada mediante la baja laboral por «depresión»-Refugiarme en la bebida de mis frustraciones-Decirme a mi misma que soy una basura, un asco y retirarme de las dificultades-Hacer que mi marido se preocupe por mi cayendo «enferma», pero «molestándolo» por no tener relaciones sexuales y caer con frecuencia en la bebida

2º-¿Por qué repito esa forma de tratar mis dificultades y me atasco en ellas?

Sesiones-Fechas-Notas: Abril-Mayo

-Parecieras como si buscaras protección y apoyo ante tus dificultades de manera inadecuada y excesiva-Por que no confías en tu valor para hacerles frente-Y para reducir la incomodidad que te produce tu falta de valor (baja autoestima) pones pegos a las propuestas terapéuticas como forma de no sentirte menos que otros con más estudios y que «supuestamente» son personas cualificadas en su campo

3º-¿Qué precio estoy pagando por enfrentar mis dificultades de esa manera?

Sesiones-Fechas-Notas: Junio-Julio

-Te das pocas oportunidades de manejar las dificultades por tu propia iniciativa, por lo que tu valentía es escasa -Puedes terminar perdiendo el apoyo que buscas con desesperación al mostrar con frecuencia pegos a los otros, lo que produce en estos hartazgo hacia ti -Las otras personas (incluyendo a tus amigos terapeutas) se cansan de tus reclamos frecuentes de apoyo, y llegan a verte egoísta e interesada -Las relaciones que mantienes (pareja p.e) están desequilibradas pues los otros tienden a entregar más que lo que tú haces hacia ellos; por lo que se pueden terminar «cansando» de ti-Llegas varias veces tarde a consulta, se te olvidan con frecuencia las tareas, como si quisieras rebajarme, y por otro lado mostrarme que eres incapaz de valerte por ti misma y necesitas mi protección; lo mismo haces cuando abusas del alcohol. Todo esto está acercándote al deterioro físico grave

4º-¿Cómo puedo desarrollar otras formas mejores de resolución de problemas que mejoren la calidad de mi vida y de los que conviven conmigo?.

Sesiones-Fechas-Notas: Junio-Julio

-Decidir si deseas retomar tu trabajo habitual del INEM, o si deseas continuar con tus estudios o dedicarte a otra actividades -Preguntar por las necesidades de tu pareja y amigos, y dedicarle un tiempo a sus necesidades -Llevar un listado de dificultades diarias, como la enfrentaste y alternativas -Pillarte en los «no puedo y necesito que me ayuden», y plantearte alternativas -Continuar con grupo de alcohólicos anónimos

Este artículo presenta una propuesta para una intervención psicológica breve (Psicoterapia Adleriana Breve, P.A.B.) pensada para su aplicación especialmente en contextos con recursos limitados y de salud pública. Después de una breve presentación de las nociones básicas de la Psicología Individual de Alfred Adler, se reseñan algunas propuestas previas de su aplicación en un formato de intervención breve. El artículo sigue con la descripción de un modelo propio de los autores ilustrado por un ejemplo de caso.

Palabras clave: Psicoterapia Adleriana Breve, Psicología Adleriana, Psicología Individual, salud mental pública, psicoterapias breves

Referencias bibliográficas

- Adler, A. (1912/1977). *Über den nervösen Charakter*. Frankfurt: Fischer.
- Adler, A. (1933/1980). *Der Sinn des Lebens*. Frankfurt: Fischer.
- Brett, C. (1999). Alfred Adler. *Comprender la vida*. Barcelona: Paidós.
- Bitter, J.R. (2000). Adlerian brief therapy with individuals: process and practice. *Journal of Individual Psychology*, 56 (1), 31-44.
- Bitter, J.R. & Nicoll, W.G. (2004). Relational strategies: two approaches to Adlerian brief therapy. *Journal of Individual Psychology*, 60 (1), 42-66.
- Carlson, J. & Dinkmeyer, D. (2003). *Time for better marriage*. Atascadero, CA: Impact.
- Carlson, J., Watts, R.E., & Maniaci, M. (2005). *Adlerian Therapy, Theory and Practice*. Washington: APA.
- Dinkmeyer, D. & Dinkmeyer, D. Jr. (1988). Psicoterapia y consejo adleriano. En, J.Linn & J.P.Garske, *Psicoterapias contemporaneas* (pp.155-201). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Dinkmeyer, D., Jr. & Sperry, L. (2000). *Counseling and Psychotherapy: An Integrated, Individual Psychology Approach*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Dinkmeyer, D. Jr., & Carlson, J. (2001). *Consultation: Creating school based interventions*. New York: Brunner Routledge.
- Ellenberger, H. (1970). *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*. New York: Harper and Row.
- Ferrero, A., Pierò, A., Fassina, S., Massola, T., Lanteri, A., Daga, G.A., Fassino, S. (2007). 12-month comparison of brief psychodynamic psychotherapy and pharmacotherapy treatment in subjects with generalized anxiety disorders in a community setting. *European Psychiatry*, 22(8), 530-539.
- Fassino, S., Daga, G.A., Delsedime, N., Busso, F., Pierò, A. & Rovera, G.G. (2005). Baseline personality characteristics of responders to 6-month psychotherapy in eating disorders: preliminary data. *Eating and Weight Disorders*, 10(1), 40-50.
- Frias Navarro, M.D., Pascual Llobet, J. & Monerde Llobet, H. (2006). La mejor evidencia de la investigación psicológica. Valencia: Interpsiquis. Revista electrónica. Psiquiatria.com
- Grisel, J., Rasmussen, P.R. & Sperry, L. (2006). Anxiety and depression. Physiological and pharmacological considerations. *Journal of Individual Psychology*, 62(4), 397-416.
- Howard, K.I. & Kopta, S.M. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159-164.
- Koss, M. & Butcher, J. (1986). Research in brief therapy. In S.Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 664-670). New York: John Wiley & Sons.
- Kunkel, F. (1950). *El consejo psicológico en los momentos cruciales de la vida*. Barcelona: Ed. Miracle.
- Kunkel, F. (1963). *Psicoterapia del carácter*. Alcoy: Marfil.
- Kunkel, F. (1981). *Elementos de psicoterapia practica*. Barcelona: Herder.
- Lambert, M.J. (1986). Some implications on psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy*, 5(1), 16-45.
- Lambert, M.J. (2003). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Master, S.B. (1991). Constructivism and the creative power of self. *Individual Psychology*, 47(4), 447-455.
- Mosak, H. & Maniaci, M. (1999). *A Primer of Adlerian Psychology. The Analytic-Behavioral-Cognitive Psychology of Alfred Adler*. New York: Taylor & Francis.
- Nicoll, W.G. (1999). Brief therapy strategies and techniques. In R.E.Watts & J.Carlson, *Interventions and strategies in counseling and psychotherapy* (pp. 31-42). Philadelphia: Accelerated Development.
- Nystul, M.S. (1999). Problem-solving counseling: Integrating Adler's and Glasser's theories. In R.E. Watts & J. Carlson, *Interventions and strategies in counseling and psychotherapy* (pp. 31-42). Philadelphia: Accelerated Development. Taylor Francis.
- Nystul, M.S. (2001). Overcoming resistance through individual psychology and problem solving. *Journal of Individual Psychology*, 57(2), 182-189.
- Oberst, U.E. & Stewart, A.E. (2003). *Adlerian Psychotherapy: An Advanced Approach to Individual Psychology*. London: Brunner-Routledge.
- Oberst U.E. & Ruiz, J.J. (2007). *La psicología individual de Alfred Adler*. Manuscritos.com.
- Prochaska, J.O. & Norcross, J.C. (1994). *Systems of psychotherapy. A transtheoretical analysis*. Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Ruiz, J.J., Cano, J.J., Imbernon, J.J., Luján, J.E., García, C. (2002). *Las funciones del psiquiatra y del psicólogo clínico en los servicios de salud mental del S.A.S. Jaén: R&C Editores*.

- Ruiz, Oberst & Quesada (2006). *Estilos de Vida*. Barcelona: Paidós.
- Serrano, J. (1991). *La visión psicosocial de Alfred Adler: Alcance y límites de la perspectiva adleriana en psicología social*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Barcelona.
- Scott, C., Kelly, F.D., & Tolbert, B.L. (1995). Realism, constructivism, and the individual psychology of Alfred Adler. *Individual Psychology*, 51(1), 4-20.
- Sherman, R. & Dinkmeyer, D. (1987). *Systems of Family Therapy: An Adlerian Integration*. New York: Brunner/Mazel.
- Slavik, S. & Croake (2006). The individual psychology conception of depression as a stress-diathesis model. *Journal of Individual Psychology*, 62(4), 417-428.
- Slavik, S., Sperry, L. & Carlson, J. (2000). Efficient Adlerian therapy with individuals and couples. In J. Carlson & L. Sperry (Eds.), *Brief therapy with individuals and couples* (pp.248-263). Phoenix, AZ :Zeig, Tucker & Theisen.
- Sonstegard, M.A. & Bitter, J. (2004). *Adlerian group counseling and psychotherapy: Step-by-step*. New York: Brunner Routledge.
- Sperry, L. (1996a). *Psychopathology and psychotherapy: From DSM-IV Diagnosis to Treatment*. Washington, DC: Accelerated Development.
- Sperry, L. (1996b). *Handbook of Diagnosis and Treatment of the DSM-IV: Personality Disorders*. New York: Brunner & Mazel.
- Sperry, L. (2006). Treating chronic illness: an overview. In L.Sperry, *Psychological treatment of chronic illness: The biopsychosocial therapy approach* (pp. 3-24). Washington DC: American Psychological Association.
- Steenbarger, B.N. (1992). Toward science-practice integration in brief counseling and therapy. *Counseling Psychologist*, 20(3), 403-450.
- Vinogradov, S. & Yalom, I.D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós
- Watts, R.E. (2003). *Adlerian, Cognitive, and Constructivist Therapies*. New York: Springer.

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.

DIFERENCIACIÓN DE ESPACIO EN LA PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL

Frans Depestele

Grotstraat 100, 3200 Aarschot, Belgium. frans.depestele@skynet.be

Upon coming into therapy, the client first creates with the therapist a relationship space. In this space the reflection space develops. When the client is reflecting on a felt sense, they are in the focusing space. When the client explicates this felt sense, they work in the symbolization space. When new ideas pop in spontaneously, experiencing symbolizes itself; this happens in the self-symbolization space. Such a cycle or sequence, going to the focusing space and the symbolization space, is passed through countless times. On this micro-level a space is part of a change step. For a long period the client may work mainly in the relationship space. There they make many cycles of a change step, by which their therapy slowly moves up into the reflection space. On this macro-level a space is a phase. The essential role language plays in each moment and each dimension is outlined.

Key words: experiential psychotherapy, therapeutic change, therapeutic spaces, focusing, language.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo comienza con un esquema del paso de cambio experiencial. Luego se explica el contexto más amplio en el cual los pasos vienen a ser: los espacios. Veremos cómo los diferentes espacios surgen el uno del otro, cómo se implica cada uno, y cómo pueden organizarse dentro de un esquema. El esquema muestra el ciclo de un paso de cambio el cual sucedió innumerables veces; pero en el nivel macro, el esquema también nos permite ver las fases de una terapia. A través de esta presentación, se hace hincapié y se especifica el rol esencial del lenguaje en cada espacio.

EL PASO DE CAMBIO EXPERIENCIAL

El concepto de paso de cambio experiencial es central en la terapia experiencial; la descripción que de él hace Gendlin (1981,1996) es única en todo el campo de la terapia experiencial. Permítaseme explicarlo brevemente.

En una sesión de terapia un cliente está pensando y sintiendo acerca de una

situación de su vida personal, y luego intenta decir cómo le afecta esta situación realmente. El cliente intenta ponerlo en palabras. Este ‘sentirse afectado’ pudiera ser una emoción; por ejemplo, lo que le ha sucedido le hace sentirse molesto. Es importante ser capaz de sentir y expresar emociones, pero lo que llamamos ‘lo experiencial’ se refiere a más que una emoción. Tiene que entrar en juego de qué trata la emoción y esto concierne a los significados precisos que la situación ha evocado en el cliente. Lo cual es más amplio y más profundo que solamente el nivel de la emoción; es el nivel de la sensación sentida.

El cliente intenta poner en palabras lo que está sintiendo acerca de la situación. Tiene más o menos éxito. Pero hay ciertos momentos en los cuales pudiera no ser capaz de encontrar palabras para lo que quisiera expresar. El cliente está todavía en contacto con su experienciar, pero en este momento éste es poco claro; solamente siente ‘aquello’ como una inquietud corporal poco clara, una sensación sentida. El cliente sabe *que* la situación le ha afectado, pero por el momento no sabe exactamente *en qué significados* le ha afectado la situación. El cliente tiene ese ‘aquello’ como una inquietud corporal *porque no está resuelto todavía*; así que ‘aquello’ pide una explicación más amplia.

A veces, el paso de una sensación sentida a una explicación se da a través de un paso intermedio ya sea una palabra o una imagen que describe todo el sentimiento implícito. Cuando se mira una pintura, por ejemplo, se forma un sentimiento poco claro, el cual, después de un poco de focalización, se vuelve ‘opresivo’. Entonces puede preguntarse, “¿Qué resulta tan opresivo en esta pintura?” Seguidamente, uno espera una respuesta desde la misma sensación sentida. Cuando llega la respuesta, el sentimiento de inquietud se revela, se produce una transformación, y también se empieza a ponerlo en palabras. Los muchos significados sentidos que estaban en ‘aquello’ como una totalidad se descubrirán y se diferenciarán a sí mismos. De esta manera, se simboliza la sensación sentida, y “aquello” se simboliza mediante palabras y frases exactas. Se trata de un paso de cambio.

UN ESQUEMA DE ESPACIOS EN LA PSICOTERPIA EXPERIENCIAL (EEPE)

Notamos que en el discurso del cliente se produce un momento de *formación* de la sensación sentida, y otro momento de *simbolización* de esta sensación sentida. Estos dos momentos distintos son cruciales en la concepción experiencial del cambio terapéutico.

Pero los pasos de cambio no se producen solos, sino en un contexto. Como hemos visto, los mismos pasos de cambio se hacen posibles gracias al contexto del lenguaje, esto es tanto por el deseo del cliente de expresarse, como por las palabras y el estilo de expresión. Pero este primer contexto también sucede *en* un contexto más amplio; la llegada de los pasos de cambio es trabajo interno facilitado por un ambiente. Puede producirse cuando el cliente está solo y usa su tiempo trabajando

en algo, pensando, reflexionando, o escribiendo. Pueden producirse cuando hay otra persona que escucha al cliente y le responde. Pueden producirse cuando el cliente habla en la terapia. En todos estos casos sin embargo, un paso de cambio toma lugar dentro del interjuego del lenguaje y del experienciar; el lenguaje es el elemento que apuntala. Así que surgen las preguntas: ¿Cuáles son las relaciones entre los elementos relación, reflejo, focusing y simbolización? ¿Cómo trabaja el lenguaje como elemento común de conexión y afianzamiento?

Pero primero, sigamos al cliente paso a paso en su ‘pasaje’ dentro y a través de un contexto más amplio. Las diferentes maneras en las cuales un cliente puede estar en una sesión de psicoterapia experiencial pueden plantearse en *un esquema de cinco espacios* (Depestele, 2000).

1. La psicoterapia comienza en el momento en que el cliente toma contacto con el terapeuta. La iniciativa está del lado del cliente: él se dirige al terapeuta, a quien le habla *acerca* de sus problemas con mayor o menor dificultad. Así, el cliente crea un espacio de interacción. Desde el mismo comienzo el cliente se dirige hacia la otra persona, la cual se convierte en el otro polo del *espacio de relación*. (E1)
2. Más adelante en la terapia, al hablar y por la interacción con el terapeuta, de alguna manera (y esto sucede más rápido con unos clientes que con otros) la atención del cliente abandona al terapeuta y regresa al sí mismo (E1f), ‘re-fleja’ al self del cliente. El self pasa al primer plano. La atención del cliente se dirige a sí mismo. El cliente ahora está interactuando consigo mismo. Se crea de esta manera un espacio psicológico, en el cual un polo es la atención interna y el otro polo es su experienciar. Este es el *espacio de reflexión* (E2). Y aquí ocurre una subdivisión. En el primer caso, el cliente refleja en el sentido de que él quiere trabajar en su experienciar, por ejemplo, el cliente dice de manera exigente y culpabilizadora: “Debo ser capaz de aceptar eso”; tratando de manipular aspectos de su experienciar. A esto lo podemos llamar *reflejo no libre* (E2a). Cuando el cliente ha hecho cierto progreso, no manipula más su experienciar; en lugar de ello, será capaz de recurrir su experienciar para hablar por sí mismo y será capaz de dejarlo libre para decir lo que tiene que decir: llamamos a esto *reflexión libre* (E2b).
3. Esta manera de hablar sigue por un tiempo. Las palabras para los sentimientos vienen de una manera relativamente fácil. Pero en algunos momentos de este hablar reflexivo, el cliente se bloquea; está en contacto con un sentimiento pero le fallan las palabras. El cliente sólo tiene un sentir sin palabras. En una transcripción de la sesión podríamos ver que su texto llega a un punto álgido, pero termina con unos puntos suspensivos: ‘.....’. Es importante que el cliente mantenga su atención hacia adentro con este sentimiento sin palabras, en el lugar de estos puntos. Este es un silencio

donde su atención se enfoca hacia adentro: así que subrayamos los cinco puntos “.....” (esto se usa como una señal en la transcripción para la sensación sentida). De esta manera, en el mismo momento de la focalización específica de atención hacia adentro, el cliente crea un espacio, cuyos polos están formados por su atención focalizada por un lado y por otro lado por ese punto poco claro: el *espacio de focusing* (E3).

4. En este punto, el cliente comienza un proceso de búsqueda que tiene lugar entre el sentimiento poco claro por un lado, y las palabras y las frases que el cliente intenta por otro lado. Ellos dos forman los polos de un nuevo espacio, o mejor dicho: de una nueva versión del espacio interno, el *espacio de simbolización* (E4), donde finalmente el cliente tiene éxito en explicar la sensación sentida.
5. Hay un momento todavía más creativo. Después de una sesión, a veces, de repente y de manera inesperada, se pueden desarrollar ideas e imágenes sin la atención interna de focusing. El cliente debe estar abierto a ellas y debe recibirlas, pues de lo contrario se pueden perder. Estas nuevas ideas le suceden al cliente, sin que el cliente haga nada. Aquí el mismo proceso profundo llega a una simbolización. Así que podemos diferenciar un quinto nivel: el nivel donde el proceso se simboliza a sí mismo sin la ayuda del cliente, el nivel de auto-simbolización. Esto sucede en el *espacio de auto-simbolización* (E5)

La metáfora de ‘espacio’ dice algo especial: siempre hay dos polos. Lo que está sucediendo, por ejemplo entre dos personas (E1), o entre la atención reflejante del cliente y su experimentar (E2), no puede ser conceptualizado muy bien como algo en una línea entre dos puntos o como algo en la superficie entre dos extremos; es mejor concebirla como un suceder en un campo esférico entre dos polos.

Mirando atrás desde estos espacios terapéuticos podemos decir algo acerca de cómo está el cliente antes de la terapia. Podíamos llamar a esto ‘*espacio*’ patológico (espacio entre comillas) o espacio cero (E0), porque de hecho, no hay un espacio todavía. Por ejemplo, una persona con pensamientos obsesivos siempre pide ser asegurado y su pareja se lo proporciona. O, una persona con miedo a contaminarse presiona a su pareja para que también realice los rituales de lavado, y esta otra persona está de acuerdo con ello. Entre las dos personas no hay lugar para una relación respecto a eso. La persona con el problema no está libre de su necesidad de realizar conductas obsesivas, y no puede dejar que su pareja responda libremente o escoger su ‘re-acción’ de manera libre. Adicionalmente, la pareja no tiene la posibilidad de ser una persona independiente, tener un sí mismo en estos aspectos. En el espacio patológico, los patrones son –para decirlo con una palabra extraña– ‘de-selfing’ para ambas partes de la pareja.

LA TERAPIA COMO FASES

Esta descripción de espacios terapéuticos (*terapia como espacios*) nos permite ahora decir algo acerca de las fases a través de las cuales el cliente pasa desde el inicio hasta el final de su terapia (*terapia como fases*). Los espacios que he descrito (para un resumen véase Cuadro 1, en la próxima página) no deben ser confundidos con todas las fases de una terapia. El espacio de simbolización (*E4*) no significa un cuarto paso de una terapia, es un paso de cambio (*E3-E4*) se produce infinidad de veces. En primer lugar, el esquema de espacios muestra un ciclo que sucede infinidad de veces, una secuencia que va a *E3* y a *E4*; este es un paso de cambio. *Aquí un espacio es parte de un paso de cambio*. A través de estos muchos, muchos pasos de cambio, la terapia progresa gradualmente; por un período de tiempo, relativamente largo, el cliente puede permanecer principalmente en el espacio de relación, como si residiera, o morara allí. A partir de esta residencia el cliente puede hacer unos ciclos de un paso de cambio, retornando después de cada paso a su *residencia*, pero cada vez con algún beneficio. Con estos pequeños, innumerables pasos de cambio, el cliente avanza lentamente. Más adelante en la terapia, su principal residencia se convierte en el espacio de reflejo. Así, en el segundo lugar, el esquema muestra como la ‘residencia principal’ del cliente progresa lentamente: este es el proceso de fases. *Aquí un espacio es una residencia o una fase*.

¿Cómo podemos delinear este progreso a través de estas residencias? En el espacio patológico (*E0*) el cliente no piensa acerca de la terapia, o no quiere terapia. Motivar al cliente le puede conducir a *E1*, en que la terapia puede comenzar. Lentamente el cliente pudiera moverse a un espacio de reflejo no libre (*E2a*) como una residencia, donde él pudiera trabajar por un tiempo largo. Algún día el cliente se encontrará mayormente trabajando en el espacio de reflexión libre (*E2b*) como una residencia. Cuando el área del problema (por ejemplo, síntomas obsesivos) y las dificultades de personalidad inherentemente conectadas se trabajan de manera suficiente, entonces el cliente ya no es más una persona de funcionamiento problemático; en lugar de ello se ha convertido internamente en una persona con un funcionamiento libre. Más adelante cuando el cliente desarrolla nuevos problemas, habrá adquirido suficiente libertad interna para llegar él mismo a *E2b* y trabajar allí.

CUADRO 1 *¿Qué Sucede en los Espacios desde el Punto de Vista del Cliente?*

- E0** ‘Espacio’ Patológico: Por ejemplo, la persona esta focalizada en conseguir apoyo y la pareja se lo propociona.
- E1** *Espacio de Relación*: El cliente se dirige al terapeuta a quien le habla acerca de sus problemas.
 - E1a** ‘Espacio’ Patológico con el terapeuta: Por ejemplo, el cliente permanece exigiendo apoyo del terapeuta.

E1b *Ventana Terapéutica*: El cliente habla por sí mismo y permite al terapeuta relacionarse libremente con él.

E2 *Espacio de Reflejo*: La atención del cliente retorna o se ‘re-fleja’ en sí mismo.

E2a *Reflejo No Libre*: El cliente manipula los aspectos de su propio experimentar.

E2b *Reflejo Libre*: El cliente escucha y llama al todo de su experimentar para que hable por sí mismo.

E3 *Espacio de Focusing*: El cliente mantiene la atención hacia adentro con un sentir no claro, sin palabras (Sensación sentida)

E4 *Espacio de Simbolización*: El cliente busca con éxito explicar una sensación sentida.

E5 *Espacio de Auto-Simbolización*: El cliente recibe nuevas asociaciones que le llegan de manera inesperada

¿QUE SUCEDE EN ESTOS ESPACIOS?

Ahora, preguntemos de una manera sistemática: ¿Qué está sucediendo en los espacios? Responderemos a esta pregunta desde la psicoterapia experiencial, pero traeremos también algunos importantes elementos de otras terapias (Depestele, 2000).

Primero, considere el espacio de relación (*EI*). El terapeuta invita (mayormente de manera implícita) al cliente a la actividad por sí mismo; le invita a hablar. Éste hablar personal constituye el punto central del proceso de terapia, porque es sobre esta base –en la base del texto del cliente – que el cliente, por su propio reflejar y por los reflejos del terapeuta, llegará más profundamente dentro de sí mismo y ‘verá’ más y más cosas. Para estos propósitos el terapeuta crea un clima en el cual el cliente puede hablar. En esta visión, las actitudes básicas de relación descritas en la terapia centrada en el cliente encuentran aquí su lugar principal.

El cliente a menudo no presta atención a la invitación del terapeuta para la actividad de hablar por sí mismo. En primer lugar, él viene con preguntas y con una actitud de pedir. Es así aún en el caso de una minoría de clientes que al comienzo de la terapia solamente quieren mantener el espacio patológico – pero esta vez con el terapeuta, de la misma manera como el cliente lo hace con su pareja; exige apoyo del terapeuta, y se mantiene haciéndolo. El cliente quiere que el terapeuta *sea* la solución para su necesidad psicológica; él quiere que el terapeuta se adapte a esa necesidad y que ponga de lado a su propia persona con respecto a esto. Esta parte del espacio de relación (*E1a*) es la parte más difícil.

El cliente inicia un importante paso adelante cuando está más o menos de

acuerdo en hablar por sí mismo y dejar al terapeuta que sea la otra persona que escoge de manera libre cómo se relacionará con el cliente. El cliente entonces está deseoso de tomar un grado mínimo de auto-actividad. Y en ese momento, algo se abre y la terapia se vuelve posible. Podemos llamar a esto la ventana terapéutica (*E1b*): el cliente y el terapeuta se ven el uno al otro a través de esta ventana. Si no están ambos en la ventana, no se “ven” el uno al otro de una manera que pueda ser terapéutica.

Cuando habla en el espacio de relación, el cliente no está explorando sus sentimientos de manera profunda (si lo estuviera, estaría en *E2*): El cliente no se está cuestionando a sí mismo; no está dirigido a su vida interna, sino, en lugar de ello, al terapeuta. En *E1* el cliente explica *al* terapeuta cosas *acerca* de su vida. El cliente desea mostrarle cosas al terapeuta; quiere hablar acerca de sus quejas. El cliente quiere discutir con el terapeuta qué puede hacerse acerca de estos problemas. De manera implícita (y a menudo explícita), le pide al terapeuta que retire esas dificultades. En resumen, el cliente quiere que el terapeuta le *dé* (*E1b*) la solución para *sus* problemas psicológicos.

Así, en el espacio de relación sucede mucho más de lo que el cliente habla y el terapeuta está facilitando este hablar: el cliente trae sus dificultades de personalidad dentro de la relación y el terapeuta lo siente. El cliente está enfocado en el terapeuta; desde su necesidad psicológica trata de poner al terapeuta en cierto rol, trata de persuadir al terapeuta para que tome cierto rol (ésta es la transferencia) y el terapeuta siente esta presión (contratransferencia). La actitud del cliente de querer persuadir será visible en su lenguaje, el cual será *retórico*.

E2a difiere de *E1* en el hecho que el cliente no está dirigiéndose al terapeuta sino a sí mismo. El cliente todavía está persuadiendo – pero no al terapeuta, sino a sí mismo. Ahora, en lugar de esperar que el terapeuta le dé una solución, el cliente está deseoso de hacer él mismo el trabajo interno, pero primero él desea moldear algunos aspectos de su experienciar. De hecho, el sí mismo y la relación con uno mismo viene a primer plano; pero esto aún está coloreado por la manera problemática de ser del cliente. El cliente dice por ejemplo: *Tengo que aceptar eso*. De esta manera, el cliente se está relacionando retóricamente consigo mismo, negando *que algo en él no acepte eso*. El cliente se dice a sí mismo algo así como ‘Tengo que hacer lo mejor posible’. El cliente se está reprimiendo a sí mismo, culpándose, castigándose con palabras duras. O el cliente está prometiéndose cosas a sí mismo, o reasegurándose a sí mismo. O el cliente niega cosas en él mismo de otras maneras. Todas esas actitudes tienen en común que el cliente evita algunos aspectos de sus sentimientos; estos tienen que ser suprimidos, desaparecer. El cliente no puede permitir estos sentimientos y este experienciar; no puede escucharse a sí mismos de una manera abierta y receptiva; esto le hace sentir ansioso (defensas).

E2b difiere de *E2a* en que el cliente *es* ahora capaz de crear un espacio para estos sentimientos ‘difíciles’, prestarles atención, permitirles venir y expresar

aspectos de su vida interna lo cual evitaba anteriormente. En este momento, el cliente es capaz de escuchar sus verdades internas. Esto implica otro tipo de lenguaje: en contraste con la retórica, la verdad es el campo de lo *poético* (Ricoeur, 1978).

¿Cómo puede el terapeuta ayudar al cliente en su pasaje de *E2a* a *E2b*? Veamos el ejemplo donde el cliente está exigiéndose a sí mismo y diciendo: ‘Debo ser capaz de aceptar *eso*’. Un reflejo del terapeuta acerca de la actitud exigente del cliente puede clarificar mucho (en caso de que antes el cliente no se daba cuenta que se exigía tanto a sí mismo). El terapeuta también puede traer al cliente más cerca de sí mismo mediante el reflejo: “Además de la exigencia de ser capaz de aceptar *eso*, ¿qué otras cosas evoca *eso* en Ud? ¿Cómo le afecta *eso* exactamente?” Si el cliente puede esperar un momento y permitir que una respuesta surja desde su experienciar, entonces, la relación interna ya no es reflexiva de una manera problemática sino de una manera libre. Con la pregunta interna abierta “¿Cómo le afecta *eso* exactamente?”, el experienciar es invitado a contestar libremente.

De esta manera, el habla del cliente en este espacio no viene tanto de una manera problemática, limitada de ser y reflejar, sino de un reflejar más libre. El cliente no solamente conectado está con el lado de vida interna que él acepta fácilmente, sino también con el hasta ahora –evitado lado ‘difícil’. En este momento, el cliente habla claro desde la totalidad de los dos lados reunidos.

En *E2a*, el cliente siente su lado ‘fácil’ y no su lado ‘difícil’. Eventualmente, después de algún progreso, en *E2b*, el cliente es capaz también de sentir su lado difícil por unos momentos, y es capaz de ir y regresar de uno a otro lado. Luego, el cliente habla desde el lado fácil o desde el lado difícil de manera alternativa: él tiene *una o...o... actitud* hacia sí mismo. Además, cuando el cliente puede sentir los dos lados juntos se ha producido otro trabajo terapéutico importante – de hecho, aunque estén de una manera conflictiva, pero juntos: el cliente tienen una *y...y...actitud* hacia él mismo (un ejemplo es la exitosa finalización de la técnica de las dos sillas).

Entonces, por algún tiempo, la libre expresión reflexiva del cliente se da de manera relativamente fácil. Pero en ciertos momentos, cuando el cliente queda bloqueado, puede llegar a un momento de focusing, y el terapeuta puede ayudarlo a crear dicho momento de focusing (*E3*). Mientras el terapeuta escucha, se da cuenta que el cliente tiene algunos sentimientos poco claros que está omitiendo, de esta manera, el terapeuta puede invitarle a mantenerse con ellos.

El Focusing puede enseñarse y aprenderse antes y fuera de la terapia pero el cliente promedio no puede introducirse a sí mismo de manera fácil en él. Para él el aprendizaje mismo de focusing está mejor embebido dentro de todo al proceso terapéutico. Es más natural también aprenderlo de manera lenta *dentro y por* la terapia, porque de esa manera uno encuentra los obstáculos específicos para que *este* cliente aprenda focusing, obstáculos que a menudo están ligados cercanamente con la manera general problemática de ser del cliente (el racionalizar es por ejemplo un obstáculo típico para focusing).

Se han descrito muchos microprocesos de focusing. Pueden entretenerse a modo de intervenciones sin costuras. Los pasos esenciales en el espacio de focusing son: (1) tomar pausas o aperturas en medio de lo que uno está diciendo o haciendo; (2) en estas pausas, dirigir la atención interna hacia (3) una sensación corporal de la situación; y (4) quedarse por un momento con este sentir sin palabras. El terapeuta puede ofrecer estas dimensiones de la actitud de focusing en reflejos de focusing específicos.

Para lo que sucede en el espacio de simbolización y el espacio de auto-simbolización me remito a la corta descripción expuesta anteriormente.

EL LENGUAJE COMO EL VEHICULO ESENCIAL DEL CAMBIO

Hemos visto porqué el discurso personal del cliente constituye la parte central del proceso de terapia. Ya he mencionado cómo el esquema de los espacios puede dar un lugar natural y ‘lógico’ a los dos tipos de discurso (o formación de textos) que han sido distinguidos desde Aristóteles en lingüística: la retórica y la poética (Ricoeur, 1978). La *retórica* tiene su lugar cuando el cliente trata de persuadir al terapeuta (*E1*) y de persuadirse a sí mismo (*E2a*).

Aunque la meta de la retórica es persuadir, la meta de la *poética* es el hablar de la verdad, ya sea reproduciéndola o describiéndola. Y cuando el cliente va profundamente dentro del esquema, a partir de *S2b*, la poética viene más al primer plano en el lenguaje del cliente. Debido a que el cliente se acerca a su verdad y al decir su verdad, la exactitud de sus palabras se convierte en lo más importante —el encajar exactamente sus palabras con sus sentimientos internos. De esta manera vemos que la retórica tiene su lugar principal en la primera mitad del esquema, la mitad de las versiones secuenciales de la patología; y que la poética tiene un lugar en el esquema tan pronto como el cambio comienza en *E2b*, en la segunda parte del esquema (Depestele, 2003).

El lenguaje es el vehículo más importante. Sin él ¡no hay terapia! En relación a esto quiero mostrar que, además del paso de cambio esquematizado anteriormente (*E3-E4*), hay *otro tipo de cambio* que se produce en el espacio de reflejo libre (*E2b*): El cliente está hablando, prestando atención a lo que siente adentro; trata de ser abierto a esto. El cliente está prestando atención a su sentir antes de que se forme una sensación sentida; aquí estamos en el área antes de la sensación sentida. El cliente siente cosas aquí, pero no está muy focalizado; él atiende a estas cosas de una manera más difusa. Ahora, estas ‘cosas’ desean progresar, quieren ser puestas en palabras. Y esto tiene éxito, pero sin focusing. El cliente puede hablar y progresar sin bloqueos por un tiempo, sin sentir sin palabras que necesite de una atención focalizada. El discurso del cliente se da de una manera relativamente fácil. Hay algunas vacilaciones, pero estos momentos no necesitan la atención focalizada: El cliente puede continuar. Al principio, el cliente posiblemente se salte ciertas cosas un poco ‘difíciles’ (*E2a*), pero con la ayuda del terapeuta, puede sobrellevar su

ansiedad y ponerlas en palabras. Esto significa que el cliente puede sentirlas; ¡les puede dar un lugar adentro! En *E2b*, las cosas consiguen su lugar en el área del sentir interno. Son puestas en primer plano, se hacen claras, son sentidas, ‘comprendidas’ a manera de un auto-entendimiento. Son reconocidas por el cliente como pertenecientes al cliente. El cliente se atreve a reconocer estas cosas; toma una posición en relación con este sentir que tiene, a esa porción de su experimentar.

Que el cliente pueda sentir este aspecto tal como es, es crucial para su reconocimiento, y los medios por los cuales siente que es el lenguaje el que los pone delante de él. El lenguaje es el vehículo principal para conseguir que estas cosas sean sentidas.

Así que hay dos maneras complementarias de cambio. El cuerpo puede realizar sus próximos pasos sin necesitar que se forme una sensación sentida (*E2b*); y ante algunas coyunturas, el cuerpo necesita una sensación sentida para dar un paso (*E3*), porque tiene que encontrar una nueva solución para lo nuevo que siente. Los dos caminos son imposibles sin el vehículo del lenguaje.

Adicionalmente, el proceso de cambio referido como una experiencia emocional correctiva ocurre por medio de estos dos caminos. Lo podemos explicar como sigue: La relación con el terapeuta le da al cliente la oportunidad de exponerse a sí mismo a una nueva experiencia con el terapeuta, a una nueva experiencia con sentimientos ‘difíciles’, aquí con el terapeuta. El cliente se atreve a tomar el riesgo de una nueva experiencia de relación, por ejemplo, expresando su ira al terapeuta cuando no está seguro que el terapeuta no le rechazará (si el cliente está seguro de antemano de la aceptación del terapeuta, no aprenderá nada nuevo). El cliente siente esta dificultad y pone estos sentimientos en palabras de las dos maneras descritas. El lenguaje es un mejor acompañante aquí, para manejar estos sentimientos difíciles. El cliente habla y explora tanto como le sea necesario para darle un lugar adentro a cada matiz de este sentir difícil. Lo básico es el progreso del proceso del experimentar a través de los siguientes pasos: (1) Atreverse a exponer => (2) Experimentar algo nuevo => (3) lo cual es puesto entonces en palabras => (4) y consigue un lugar en la experiencia del cliente. La nueva experiencia correctiva es el *resultado del progreso de ese proceso*. Y para esto, el lenguaje es esencial.

El rol del lenguaje también explica por qué algunos clientes pueden cambiar al trabajar por sí mismos. El escribir, por ejemplo, puede tener un buen efecto terapéutico; se ha hecho mucha investigación acerca de este aspecto y también acerca de los efectos corporales del escribir terapéutico (Lepore y Smyth, 2002). O la persona puede focalizar por su cuenta. Otro ejemplo es el método desarrollado por Mahrer (2002), por el cual una persona puede tener sesiones experienciales por sí misma sin la ayuda de un terapeuta. Una teoría de psicoterapia debe ser capaz de comprender e incorporar también estos hechos. Creo que estos hechos pueden ser comprendidos en términos de los procesos descritos en *E2*, *E3*, y *E4*.

COMENTARIO FINAL

El esquema presentado aquí tiene la capacidad de ayudarnos a ver diferencias en el proceso de terapia. Lo que se ve como una faceta singular (por ejemplo, silencio en la sesión; la manera en la cual el experimentar ‘habla’) o un factor singular (por ejemplo, el ‘terapeuta’; lo que las palabras hacen), resultan diferentes en los diferentes espacios terapéuticos. Junto con esto, el terapeuta puede usar este esquema en cualquier momento de la sesión de terapia para ver de manera precisa a) dónde está el cliente y dónde está con el cliente; b) qué cosas específicas están sucediendo; c) qué dificultades específicas están ocurriendo; y d) qué posibilidades específicas están surgiendo. Estas capacidades pueden hacer que el esquema de espacios terapéuticos sea una gran ayuda para los terapeutas.

En este artículo se establece una división en cinco “espacios” consecutivos en el proceso de cambio terapéutico en la psicoterapia experiencial. Al principio de la terapia, el cliente crea con el terapeuta un espacio de relación. En este espacio el cliente entra gradualmente dentro de una actitud de reflexión dando lugar al espacio de reflexión. En ciertos momentos, cuando el cliente se mantiene silencioso y atiende a una sensación sentida poco clara, hablamos de espacio de focusing. Cuando el cliente está prestando atención a esta sensación sentida con palabras y frases para explicarla, está trabajando en el espacio de simbolización. A veces después de la sesión surgen nuevas ideas a la conciencia; aquí el experimentar se simboliza a sí mismo de manera espontánea, lo cual sucede en el espacio de auto-simbolización. Finalmente, el ser problemático del cliente antes de entrar a la terapia puede ser concebido como el espacio patológico.

Palabras clave: *psicoterapia experiencial, cambio terapéutico, espacios terapéuticos, focusing, lenguaje.*

Traducción: Agnes Rodríguez Halay
E-mail: bridgecr@yahoo.com

Nota Editorial:

Este artículo fue publicado por primera vez en Inglés: Depestele, F. (2004). Space differentiation in experiential psychotherapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3(2), 129-139.

Referencias bibliográficas

- DEPESTELE, F. (2000). De therapeutische ruimte(n) vanuit experiëntieel perspectief. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 38 (4), 237-262. Also available at <http://www.focusing.org/therarui-publicatietekst.html>
- DEPESTELE, F. (2003). Taal in de praktijk van experiëntiële psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 29 (5), 385-409.
- GENDLIN, E.T. (1981). *Focusing, 2nd edition*. (New revised instructions) New York: Bantam Books.
- GENDLIN, E.T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. New York: Guilford Press.
- LEPORE, S.J. AND J.M. SMYTH (Eds.) (2002). *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well being*. Washington, DC: APA.
- MAHRER, A. (2002). *Becoming the person you can become: The complete guide to self-transformation*. Boulder, CO: Bull Publishing.
- RICOEUR, P. (1978). Between rhetoric and poetics: Aristotle. In P. Ricoeur, *The rule of metaphor: Multidisciplinary studies of the creation of meaning in language* (transl. by R. Czerny, with K McLaughlin and J. Costello). London: Routledge & Paul, pp.8-43.

ESTAS VIEJAS LOCAS: ENVEJECER GAY EN EL BUENOS AIRES CONTEMPORÁNEO, UNA EXPERIENCIA GRUPAL.

Pablo Gagliesi, Medico Psiquiatra,
pablogagliesi@velocom.com.ar

In this article, gay and lesbian narratives explained by aged participants in therapeutic groups are considered as interesting evidence of developmental and existential processes of specific ways of life. This study with statistical and qualitative methodologies has been developed in Buenos Aires. The themes of narratives are, nevertheless, very similar to those described and validated in American bibliography.

Key words: homosexuality, aging, psychotherapy, group analysis, homophobia

Introducción

Había viajado a mi pueblo natal, un punto casi diluido en la pampa. Me encontraba en una animada reunión social y, entonces, por detrás de mi hombro escuché indiscretamente la conversación de cuatro mujeres ya entradas en años. Alguna señal punzó mi atención como un estilete fino en un fragmento de una estirada charla entre amigas en el borde de la tarde. Irrumpió el tema que generó una mezcla de compasión, regodeo en el chisme y sorpresa. Se desplegó desde el final hasta el comienzo, cada una aportó retazos de información experimentando sutiles cambios en las emociones. La historia se ordenaría en mi cabeza con el aporte de mis propios recuerdos sobre el personaje.

Un conocido peluquero, R., de la época de mi abuela, se había mudado a la capital de la provincia hacía ya décadas. Pude rastrearlo en mi memoria por las resonancias que implicaba, recordaba aquel relato sobre ese peluquero homosexual que buscó mejor vida en la ciudad. Las señoras comentaban entre sí que, ya pasados los 70 años, con su exigua pensión, R., había estado trabajando infructuosamente de taxista. Un buen día, había detenido su auto en el tránsito de una calle, descendió del coche y, ahí mismo, se pegó un tiro.

Quedé absolutamente consternado por la noticia; algo desorientado me

preguntaba una y otra vez por qué ese suceso particular devoró el resto de las horas en que no pude más que abstraerme y repartir algunas sonrisas a los que compartían mi rueda de conversación, algo más lejana y centrada en otros dilemas más generales.

Días después tuve la curiosidad de verificar el hecho, pero la verdad es que no encontré rastros de la historia en ningún diario de la provincia.

En mi vida, los refulgentes, extraños, breves, ensordecidos y escasísimos relatos que otorgaron significados a mi diferencia son guías importantes para reconocermé. Parte de mi existencia como gay de los '80 y '90 ha sido re-narrarlos con finales más o menos felices, o al menos posibles de ser vividos. Si alguien distinto no lograba encontrar el amor, nosotros, los de mi generación, podríamos encontrarlo; si el cuento refería los tormentos espirituales de una vida fragmentada o dividida, nosotros podríamos integrar los fragmentos, ser uno en todas las circunstancias de la vida; si de infertilidad se trataba, nosotros pro-crearíamos.

Pero como un viento vigoroso, la historia de R., posiblemente una de mis narraciones constitutivas, me golpeaba de frente como un tren a la carrera, como sólo pueden golpear las cosas que provienen del futuro. Con suerte.

Decidí, entonces, a partir de una Organización No Gubernamental (ONG), *Nexo Asociación Civil*, convocar a un grupo psicoterapéutico de varones *gays* mayores de 65 años (edad legal de la jubilación en la Argentina).

Los resultados de esa experiencia son expuestos en el presente trabajo. Éste consta de tres secciones: la primera responde a cierto interés en contextualizarnos, la segunda y tercera intentan, arriesgadamente, analizar la experiencia desde dos perspectivas conceptuales diversas, una estadística y otra narrativa.

I. Primera Parte: Un Contexto

La Argentina, un país con una breve historia, apenas dos siglos, no acaba de encontrar un rumbo. Sin un pasado muy documentado de su población aborigen, la región tuvo una función marginal en la época colonial y tardó casi un siglo en constituirse como una nación organizada.

Si bien las prácticas homosexuales¹ y de trans-género parecen haber formado parte de la vida precolombina en las Américas -existen registros de estas prácticas- esto no quiere decir que en las culturas indígenas reinara la permisividad sexual como en los paraísos perdidos que algunos antropólogos gustan de citar al estilo Mead (Sebreli, 1997). La llegada de los europeos, con sus miradas tan peculiares, y por qué no decirlo, despiadadas de la vida en estas tierras, describieron esas prácticas no sin asombro y reforzando el desprecio.²(Caldrin, 1984)

Durante la época colonial, a pesar del desorden fronterizo típico en estos confines del mundo, regían reglas imbuidas por la moral católica que persisten residualmente hasta la actualidad. Luego de la independencia, el siglo XIX estuvo atravesado por guerras civiles fundacionales, como instancias inevitables de la

búsqueda de una identidad nacional. Y, la llegada del 1900 con la aparición del Estado moderno llevó, de la mano de alianzas conservadoras y una inmigración creciente (en 1930 el 70% de la población de Buenos Aires era extranjera), a un gran crecimiento económico ubicando al país en el quinto lugar en el concierto de las naciones (Lanata, 2002).³

Desde entonces una sucesiva e interminable crisis institucional, política, social y económica nos ha traído a la tormenta interminable y espiralada que, aún más críticamente, se vive en el país en este comienzo de milenio (Bleichmar, 2002).

Salessi, (2000) en uno de los libros más inteligentes sobre, entre otras cosas, la homosexualidad en la Argentina, *Médicos, Maleantes y Maricas*, devela la creación de la *especie* homosexual en el Río de la Plata entre finales del siglo XIX y comienzos del XX, más precisamente. La modernización del Estado y el control de la gran masa inmigratoria instaló en el poder a varios médicos higienistas, que cobran un impresionante poder en el aparato gubernamental a partir de los sucesos de la epidemia de Fiebre Amarilla a fines de la década de 1860.⁴

El Estado se proponía construir entonces la idea de una Nación. Necesitaba, pues, integrar a estas masas de inmigrantes, nacionalizarlas, darles un manual de historia de apenas noventa años poblado de *mitos constitutivos y ficciones orientadoras* (Shumway, 1993), y un idioma con recursos diluidos, en un esfuerzo por un monolingüismo nacional (en 1910, en los festejos del centenario, los discursos políticos se dieron simultáneamente en varios idiomas europeos en la ciudad de Buenos Aires).

Dos preocupaciones se vuelven muy evidentes: regular *el espacio*; si la pampa es una metáfora del vacío la pregunta era cómo construir en el vacío; y regular *los cuerpos* en ese espacio, ya que había que poblar el desierto fértil y fijarlos de una manera que frenara todo nomadismo.

No es sorprendente descubrir nuevas tecnologías de control que permiten la clasificación e identificación de individuos. Por ejemplo, el surgimiento de la identificación dactiloscópica, sistema de invención criolla, obra del Dr. Juan Vucetich (Rapisardi & Modarelli 2001).⁴

Este Estado no sólo desarrolla tecnologías de control sino también nuevos discursos. Surgió así, la revista científica *Anales del Departamento Nacional de Higiene* (1892 y 1898) que mudó su nombre a *Anales de Higiene Pública y Medicina Legal*, para luego agregar *Psiquiatría* a comienzos de la década de 1910. Este desplazamiento dio nacimiento a la *psicología nacional*, nada menos que de la mano de la Higiene Pública y la Criminología. Estos *Anales...*, vanguardia absoluta en América Latina, eran publicados simultáneamente en francés y tenían amplia difusión en las Américas y en Europa. Esta suerte de amplificación del nombre es casi un muestrario que podría haber usado Foucault en algunos de sus libros.

La publicación médica más prestigiosa de esa época fue así una multiplicadora de

discursos pseudo-científicos y en 1902 publicó con sus primeras fotos impresas retratos de travestis estudiados por otro higienista, el Dr. Veyga. La homosexualidad como especie fue, definitivamente, una invención del Estado moderno (Foucault, 1990).

La tradición se mantiene intacta desde entonces, los gobiernos latinoamericanos, y en especial la Argentina, gastaron, y aún gastan, enormes sumas de sus magros presupuestos sostenidos por los contribuyentes en la vigilancia interna: un aparato de inteligencia que aún hoy, naturalizado, sigue controlando en formas diversas, convirtiendo la vida cotidiana en un *aparato de ver* marca Bentham. Todos espían. Y en el gobierno, todos conspiran. Dice Sebreli (1997):

En el discurso literario y en el discurso de las nuevas ciencias psicológicas y sociales, distintas construcciones y formas de representación de las desviaciones sexuales sirvieron a distintos propósitos. En primer lugar, fueron utilizadas para tratar de controlar, estigmatizar y criminalizar una visible y compleja cultura de homosexuales y travestís extendidas en todas las clases sociales de Buenos Aires del periodo. (...) La construcción de la homosexualidad fue utilizada en Argentina para definir y regular nuevas nociones de nacionalidad y clase social, además de sexualidad y género, de las mujeres y hombres de la "nueva raza" que debía resultar de la inmigración. (ob. cit.)

Después de la segunda. Guerra Mundial, con la llegada de Perón al poder, se constituye el Movimiento Peronista, que dará comienzo a una fase de industrialización sustitutiva y al ingreso de las masas, el proletariado urbano-industrial, a la vida política (Martuccelli & Svampa. 1997).

Sobre esta mítica presidencia se solidifica el más perfecto icono *camp*: Evita, que muere en 1952, en el apogeo del Movimiento.

Las idas y venidas de Perón al poder, y la sangrienta dialéctica con el anti-peronismo signaron y signan la historia de la Argentina. Después de innumerables golpes de estado militares y elecciones singulares (con proscriptos e incluidos, para no perder la costumbre de la intolerancia), Perón regresa en 1973 al poder, tras un largo exilio en la España de Franco, de la mano de las más inverosímiles alianzas: la derecha extrema y la izquierda extrema (Bazán, 2002).⁵

Poco después fallece, y su nueva mujer, Isabelita, agoniza en el Estado casi un año, como imposible parodia de la Evita de los '50.

¿No habrá un marica en alguna esquina
desequilibrando el futuro de su Hombre Nuevo?

¿Van a dejarnos bordar de pájaros
las banderas de la patria libre?(p. 94) (Lemebel, 2000)

Los discursos de la enrarecida derecha católica, conservadora pero capitalista y reaccionaria, no tienen mucho para sorprendernos, porque asumen el desplazamiento del pecado a la ilegalidad y posteriormente a la enfermedad como es común en Occidente (Halperin, 2000). Sin embargo, la desafiante cita de Lemebel nos

introduce a un problema más complejo: El Hombre Nuevo del socialismo no podía ser homosexual. La izquierda ha sido, en el estricto sentido de Eve Kosofsky Sedgwick (Kosofsky, 1990), un fenomenal aparato de producción de ignorancia.⁶

Influidos por la aparición en Estados Unidos y por otras organizaciones similares en varios países europeos en la década del setenta, se constituyó en Buenos Aires el Frente de Liberación Homosexual (FLH), conformado por una estructura laxa de grupos celulares autónomos. Entre esos grupos se destacaban aquellos alienados en corrientes de izquierda que, fieles al clima de la época, consideraban que la Revolución Sexual estaba indisolublemente unida a la Revolución Social y que la discriminación sólo desaparecería en una nueva sociedad sin clases.

La izquierda de los setenta era un arco heteróclito de grupos y partidos que disintían ideológica y estratégicamente, que abarcaba el Partido Comunista, el Trotskismo pasando por la Izquierda Peronista y los grupos de resistencia armados. Pero más allá de sus desavenencias ideológicas, para todas ellas, la homosexualidad era un anatema. Tal es así que se acercaban en sus posiciones al ala derecha más reaccionaria. Los grupos GLTTB estaban en la más absoluta de las soledades. Como afirman Rapisardi y Modarelli (2001):

La homosexualidad es para esta izquierda nacional de los setenta un peligroso cebo del imperialismo, una de las tentaciones de San Antonio, que acaricia el cuerpo de la Revolución y lo conduce a la molicie y el despilfarro. Y para la derecha son armas de exportación del marxismo internacional. (ob.cit.)

El escritor Manuel Puig contaba con ingenio, en su largo exilio, que sus libros fueron prohibidos antes del '73, durante el gobierno peronista y por la dictadura militar. Esto resume la coherencia del sistema. *El Beso de la Mujer Araña* será quizás su libro más difundido, en dónde los prejuicios asaltan desde la izquierda y la derecha (Jill – Levine, 2000).

Otra de las variables importantes a la hora de revisar las fuerzas que enfrentaron a los discursos dominantes es, sin duda alguna, la “delgada línea cisplatina” del movimiento estético-literario, fenómeno exclusivamente latinoamericano, próximo a las poéticas del barroco y que algunos críticos han caracterizado como neobarroco, pero no distinguiendo claramente los límites, sino más bien estableciendo un dominante estético común. Entre los escritores que comparten el espacio, en posiciones diferentes de acuerdo a la variedad de genealogías que se componen, hay muchos homosexuales (por nominar de algún modo irrespetuoso sus andares de alcoba). Desde los cubanos José Lezama Lima, Severo Sarduy y Reinaldo Arenas a los sureños Néstor Perlongher, Copi, Manuel Puig y Batato Berea, entre otros tantos talentos, muchos arrastrados lamentablemente por la marea del SIDA y la muerte.

Sería pretencioso, y arriesgado, entrar en el análisis literario de sus obras, y específicamente de sus vidas, pero creo que cualquier análisis serio de la *gaydad*

latina no podría pensarse sin estas referencias literarias (Amíncola, 2000). Este mismo texto sería impensable sin respetar semejantes influencias. Pero debo dejar para ulteriores trabajos dicha exploración (Giordano, 2001).

La Guerra Fría no fue tan fría en América Latina. Los intentos de reducir la política a la dialéctica de izquierda y derecha han tenido un poderoso efecto en nuestros países. Si el proyecto de Occidente era la lucha contra el comunismo, esa batalla caliente se libró en cada calle, en cada hogar, en cada plaza, en cada pueblo, de la región desde donde se ve la Cruz del Sur.

En 1976 un grupo de militares, ex alumnos de la famosa “Escuela de las Américas” tomaron el poder derrocando al gobierno de Isabel Perón, instaurando, en medio de una guerra de guerrillas, el Terror de Estado. Esa dictadura termina en 1983 con 30.000 *desaparecidos*, cientos de miles de exiliados, tradición muy argentina por cierto, y otro rosario de incontables muertos, casi todos muy jóvenes, caídos en los campos helados de las islas Malvinas en una absurda guerra contra Inglaterra.

Tal como sucediera durante el genocidio de la II Guerra Mundial, el documento oficial de los *desaparecidos*, *Nunca Más* (CONADEP, 1984), no contiene ningún relato sobre los *desaparecidos* por su orientación sexual, como afirman Rapisardi y Modarelli.

La democracia tampoco fue una solución fácil, y el espejismo de felicidad estaba a punto de fracturarse. Hubo una redefinición del modelo de redistribución, una apertura violenta de la economía y la instauración del individualismo competitivo como una sarcástica metáfora de la libertad.

La alianza entre los sectores financieros globalizados, otra palabra curiosa, y una política de corrupción gubernamental (en la que ya no importa qué partido se elija, porque de algún modo no se han inventado aún formas eficaces de resistencia en estas democracias) han configurado lo que Bobbio llama “las promesas incumplidas de la democracia” (Bobbio, 1986).

En los ochenta, en el movimiento gay-lésbico-transgénero-travestí-bisexual (GLTTB) se produce la escisión entre, la revolución en el orden de lo político, como cambio social, y la revolución en el orden del deseo como una política distinta. Hoy a comienzos del nuevo milenio, uno vuelve a sospechar de esa disociación operativa. Los altos niveles de desesperanza social, de desintegración de clases, la pobreza, ¿acaso no atraviesan las políticas del deseo?, ¿acaso estos bordes de lo soportable no son peligrosos para los logros obtenidos en otros campos?, ¿cómo es que las agendas políticas de los movimientos GLTTB pueden artificialmente divorciarse?

Actualmente en la Argentina 5000 personas caen a diario por debajo de la línea de pobreza, la tasa de desempleo trepa al 25% (*Clarín, La Nación, 2002*). Además el fenómeno de emigración, principalmente de clase media y profesionales (se calculan cien mil en el período enero-julio del 2002) ha constituido un novedoso

exilio, donde se huye ya no del peligro presente y sonante sino de la ausencia de futuro y de la desesperanza.⁷

La marginación/exclusión y la frustración nunca han traído políticas sociales de mayor tolerancia bajo su brazo, muy por el contrario, traen un pan más bien ácido: son las musas de los movimientos más funestos en términos de las libertades individuales (Birken, 1997).

Es imposible hablar de la homosexualidad descontextualizada de este fenómeno social. Ese escalpelo finísimo esperable en manos de un científico que espera separar el objeto de estudio para finalmente objetivarlo no alcanza a desprender toda la urdiembre que atrapa el fenómeno dentro de una sola pieza indivisible.

Una de las preocupaciones más insistente de los argentinos es verificar cómo somos vistos desde afuera, que quizás escuché tan atentamente a varios amigos extranjeros, llegados a los márgenes de este Río de la Plata y que se sorprenden por lo gay que es Buenos Aires, si esa expresión es posible.

Y es posible que esto sea cierto; la vida nocturna bulle, el levante es relativamente fácil, la prostitución no está penada, *Will & Grace* o *Queer as Folk*, en sus dos versiones anglosajonas, entran en todos los hogares de clase media; las serie locales incluyen personajes de *sexualidades no normatizadas*; y personajes públicos hacen sus *coming out* en tiempo real en talk-shows, aún con cierto gusto a martirologio, mientras los chicos vuelven del colegio a la hora del té. Los noticieros abren el debate sobre la legalización de las parejas GLTTB, en medio de una selva de lenguaje políticamente incorrecto casi imposible de desmalezar, a la hora de la cena familiar; o sobre una madre transexual que defiende a sus hijos adoptivos recogidos prácticamente de la calle, y a quien un juez quiere quitarle el derecho de crianza, mientras la población, vota mayoritariamente por la transexual en cuestión.

En la Argentina la homosexualidad no está penada desde hace ya tiempo y se están realizando avances en el sentido de los derechos civiles; como por ejemplo el derecho a la cobertura médica de las parejas GLTTB, un proyecto de ley sobre uniones GL (que se encuentra detenida por la “Cruzada” promovida desde la Universidad Católica Argentina); una ley contra la discriminación laboral y social, el derecho a tratamiento gratuito para pacientes HIV (aunque intuyo que esta promesa será difícil de sostener debido a la debacle económica); y, si bien todavía no hay un acuerdo en relación con la adopción, la procreación de cuidadores primarios GLTTB es una práctica en expansión (www.cha.org.ar).

De todos modos aún falta un trecho por andar, las ONGs sufren de una gran fragmentación, existen demasiados grupos, posiblemente producto residual de la dictadura (1976-1983) que afectó la capacidad de agregación social y participación, hecho observable en otros campos sociales.⁸

La comunidad GLTTB sigue denunciando el abuso de poder de la policía, la marginación de las travestís y transgéneros, y mantienen una abultada agenda para

mejorar la calidad de vida de la comunidad.

Según la activista Lohana Berkins, en el último Foro Social (agosto de 2002, Buenos Aires), encuentro estrechamente vinculado con el movimiento anti-globalización, la situación de las travestis y transgéneros en la región es preocupante.

La expectativa de vida en Latinoamérica de nosotras, según las estadísticas, es de 30 años. Debido a la legislación vigente no hay posibilidades aún del cambio de identidad en los documentos y por ende nos vemos forzadas a la prostitución como único modelo de supervivencia, mientras se nos escatiman los tratamientos para el HIV-SIDA por no ser "nadie" en los papeles, morimos en quirófanos ilegales o en manos de médicos inescrupulosos, somos asesinadas por las fuerzas policiales, o por la misma calle. Si ser mujer es tener sangrados mensuales, nosotras estamos bañadas en sangre.

Lo anterior requiere algún comentario. Los militares han sido hasta la década de 1990 una organización social poderosa en nuestros países, con sus prácticas que han subsumido la legalidad. Pero el progresivo descrédito social y los desatinos geopolíticos como la aventura de las islas Malvinas los alejaron de los Estados Unidos, sus más fuertes aliados, provocaron su pérdida evidente de poder. Debido a esto ha habido un deslizamiento hacia otras formas de control social. Desde esta perspectiva, es posible interpretar el surgimiento de una fuerza policíaca con una ideología más estrecha, con prácticas para-policiales más eficaces para terminar ocupando la función represiva. Curiosamente la generación actual de dichas fuerzas ha sido instruida durante las dictaduras militares.

Los diarios de ciudades como Río de Janeiro con sus "Escuadrones de la muerte", Buenos Aires con la "Maldita policía", Lima, México, Bogotá, se desbordan de relatos sobre estas prácticas ilegales que, en parte es ofertada a la clase media, en aras de su "propia seguridad", objetivo que finalmente no se cumple.

Este Contexto y la Tercera Edad

"Estamos al borde de un gerontocidio..."

Eugenio Semino, Ombudsman de la tercera edad, Buenos Aires.

La Argentina tiene una pirámide poblacional parecida a la de los países desarrollados, donde la tercera edad representa el 12% de la población, casi como Estados Unidos o Australia. Hasta el gobierno del Dr. Menem en los 90, el sistema previsional del Estado aseguraba mediante el ahorro solidario y distributivo las jubilaciones y pensiones, y un programa de salud específico para la tercera edad.

La ola privatizadora desplazó al Estado como garante y el sistema de previsión social fue capturado por el mercado financiero (Strejilevich, 2001). En la actualidad la seguridad social y sanitaria, se encuentran virtualmente en banca rota (Redondo, 2001). El ingreso mínimo se derrumbó hasta llegar a los 30 dólares mensuales (Julio 2002) (Archaga Quirós, 2001).

Envejecer Gay

Si ser viejo es una forma de transparencia social en Buenos Aires, ser viejo y homosexual es una forma de *invisibilidad*.

Hace ya cierto tiempo discutía con unos colegas la película *The Truman Show*. Algunos se mostraban asombrados de cómo podíamos ser observados sistemáticamente y comparaban esta observación con la vigilancia, atribuyéndole un carácter panoptizante.

Hoy, no muchos años después, nos hemos acostumbrado a las cámaras de video en los centros comerciales, estaciones de trenes, bancos, escritorios de políticos o de amigos de políticos, casas fabricadas para ser miradas o *reality shows*, bares llenos de cámaras, aeropuertos, entre otros lugares públicos -mejor dicho *no lugares*- devenidos *ad-hoc* públicos. Pero hoy también descubrimos con sorpresa que ese estado de observación no garantiza la seguridad, si era eso lo que se pretendía garantizar.

De todos modos, sostengo, que la preocupación debería histerificarse de alguna forma, y reconocer que más que ser observados, nos preocupa que no nos miren en absoluto. El sistema que aparenta un control, una gran pulsión escópica, es, un sistema ciego. Fuera de las discrepancias entre mirar y ver, es indudable que el sistema no observa.⁹

Lo que sostengo con estos argumentos es que el aparato u órgano para mirar ha sido desmantelado. *Lo peligroso es que muchos en este país han comenzado a volverse invisibles*. Casi como en un cuento de Bradbury.

En este contexto es difícil esperar que se realicen estudios sobre envejecimiento de la población GLTTB en la Argentina; aunque siempre existen los riesgos de generar datos específicos sobre poblaciones estigmatizadas y posibilitar el uso indiscriminado o displicente que podría hacerse de esos datos (Hogg, Strathdee, Craib, O' Shaughnessy, Montaner, & Schechter, 2001). Esta paradoja nos arroja a los fuegos del infierno: si estudiamos, estigmatizamos. Sin embargo, parece evidente, que esta población requiere de recursos específicos y herramientas específicas.

Desde el libro *Quite Fire, Memoirs of Older Men* de Vacha, en adelante (Vacha, 1985), y en forma creciente, la investigación sobre el envejecimiento de hombres homosexuales ha ido en aumento, a pesar de las dificultades metodológicas que esto implica (la forma de selección de los grupos, la gran heterogeneidad de los mismos, las personas que a pesar de la práctica homosexual no se autodefinen como gays, entre otras). Vacha, en la dedicatoria, propone la metáfora del *sobreviviente*, y revisa en las narraciones propuestas los relatos de hombres gays de la tercera edad.

Los resultados de los desarrollos sobre este grupo social han refutado los estereotipos y mitos relacionados con el envejecimiento gay y lesbiano ("solos, depresivos y sobre-sexuados") (Kelly, XXXX). Dichas creencias estarían fundadas en: primero en la heterosexualidad como un seguro frente a la soledad, segundo,

desacreditando los procesos adaptativos y tercero como una manera prejuiciosa de pensar la sexualidad en la tercera edad.

Berger en esta línea, encontró que las personas tienden a tener buenos niveles de adaptación psicológica, bajos niveles de depresión y una buena auto-aceptación (Berger, 1996). Otros investigadores demostraron que la población gay en la tercera edad refiere actitudes positivas respecto de la salud física y el propio envejecimiento, una vida social y sexual satisfactoria, vínculos de amistad sólidos y fuertes (Friend). Mientras que, no se encontraron diferencias sustanciales en relación con la medición de la soledad o la depresión con la población más joven. Es cierto que aquellos con mayor participación en la comunidad gay-lésbica resultan más adaptados, conformes consigo mismos, con menores niveles de malestar, y con menos temor al envejecimiento (Berger, 1996).

Se ha especulado también sobre la idea de que la homosexualidad puede en realidad facilitar un envejecimiento exitoso, ya que se supone que el proceso de *coming out* provee herramientas para enfrentar crisis vitales más adelante en la vida, que existiría una mejor adaptación a los cambios y a la flexibilidad en relación con los roles sociales (Cruikshank, 1991).

Uno de los últimos trabajos que reflejan datos de esta comunidad corroboran más extensamente estas conclusiones (Quam & Whitford, 1992). Sin embargo nuevos problemas propios que requieren soluciones particulares empiezan a emerger. Algunos son: la discriminación por la sexualidad y por la edad, la salud, la soledad, los económicos, entre otros, que deben ser tenidos en cuenta según las características de este grupo social (por ejemplo, cerca del 69% preferirían vivir en hogares específicos para la población gay-lésbica, aunque su red social sea mixta); o cierto temor en la relación con sus médicos de cabecera a ser discriminados por su orientación sexual; o que muestran poco interés en la integración con grupos de tercera edad generales.

Grupos, Tercera Edad y Comunidad Gay

La característica gregaria de los seres humanos, quizás, sea una de las razones por las que los grupos psicoterapéuticos sean cada vez más una opción en la resolución de problemas (Tillitski, 1990), la reducción de síntomas, el aprendizaje o el apoyo emocional (Brent Malinckrodt, 1989). Su eficacia está ampliamente discutida en numerosos artículos científicos, desde grupos heterogéneos hasta en los homogéneos (Hamilton, Courville, Richman, Hanson, Swanson & Stafford, 1993). En estos últimos, desde personas que sufren de enfermedades crónicas (Schut, De Keijser, Van den Bout & Stroebe, 1996), trastornos alimentarios (Riess, 2002), alcoholismo (Vandereycken & Hoek 1992), violencia doméstica (Pandya & Gingerich, 2002), o trastorno límite de personalidad (Linehan, 1993), hasta grupos de familiares de dichas personas (Kreger & Mason 1998).

Existe también una extensa bibliografía en el uso de grupos en la población

gay-lésbica, desde las experiencias con consultantes HIV (Goodkin, Blaney, Feaster, Baldewicz, Burkhalter & Leeds, 1999; Lee, Cohen, Hadley & Goodwin, 1999; Mulder, Antoni, Emmelkamp, Veugelers, Sandfort, van de Vijver, & de Vries, 1995), abuso de sustancias (Cabaj, 1992; Paul, Barrett, Crosby & Stall, 1996), entre otras (Sanders & Kroll, 2000).

Es interesante notar la profusión en la actualidad de grupos para personas con *identidades deterioradas o estigmatizadas* en el sentido en que lo plantea Goffman (O'Leary, 2001), posiblemente como medio para aliviar el malestar que esto genera (Aviram, & Rosenfeld, 2002), o mejorar la calidad de vida (Keinman, 1988).

Hay también algunas experiencias previas en relación con grupos y programas específicos de la tercera edad gay-lésbicos y varios de ellos han resultado de mucha utilidad en otras comunidades (Slusher, Mayer & Dunkle, 1996).

Desarrollo

Hipótesis

Me propuse las siguientes hipótesis de trabajo:

1. Los grupos homogéneos son eficaces en algunos contextos. Mejoran los niveles de malestar y la calidad de vida.
2. Los niveles de malestar y adaptación social se encuentran en relación con los antecedentes históricos (abuso de poder, duelos durante las últimas dictaduras militares, duelos por la epidemia de SIDA y las dificultades en la supervivencia económica).
3. Las Narrativas Gay y Lesbianas descritas y validadas en la bibliografía contemporánea anglosajona son compartidas por este grupo.
4. La *atribución melodramática* está relacionada con la homofobia.
5. La *homofobia internalizada* está relacionada con tratamientos psicoterapéuticos anteriores.

Método

Se ofreció a través de un centro de la comunidad Queer y de una ONG a varones homosexuales mayores de 65 años, la posibilidad de participar en un grupo gratuito que decidí llamar de *reflexión*, con un coordinador, y de una duración de ocho meses.

La dinámica propuesta fue compartir una reunión de dos horas semanalmente. El grupo fue abierto (podían ingresar o salir participantes libremente), la coordinación mantuvo una agenda no disciplinada, que era aportada por los participantes.

La propuesta que fue publicada en el organismo de difusión de la ONG rezaba:

La comunidad GLTTB, tal como la describimos ahora, es muy nueva. Como tribu tenemos que reinventar algunos procesos de la vida, encontrar nuestros modos de crecer y nuestros modos de vivir, con nuevos ritos y ceremonias. La sociedad contemporánea, y, quizás aún más nosotros,

respondemos a ideales de eterna juventud, y empujamos a las personas en la segunda mitad de sus vidas a verdaderas crisis vitales. Por otro lado las diferentes generaciones presentan diferentes necesidades a pesar de pertenecer a una misma comunidad. Las personas de esta generación tienen otras historias que contar; en nuestro país, la historia política, la historia de la represión y ocultamiento, la irrupción del SIDA. La idea es re-contar las historias de todos, investigar las alternativas, reflexionar sobre nosotros y crear nuevos modos de estar en el mundo, o nuevos mundos posibles de habitar.

Se realizó una breve entrevista informativa, de recolección de datos historiográficos y estadísticos, y la formulación de cuatro preguntas explicitadas más adelante. Se las agrupó en dos escalas: la escala de depresión de Beck (BDI) (Beck, 1972), como variable de distrés (Beutler & Harwood, 2000), y una de adaptación social (SAS) (Bosc, Dubini, & Polin, 1997).

Al finalizar los ocho meses se volvieron a tomar las mismas escalas para evaluar el desenlace de la intervención grupal en las medidas de malestar y de calidad de vida. A los concurrentes que habían pertenecido al grupo pero abandonaron, con una asistencia de más del 70%, se los entrevistó y se utilizaron dichas herramientas telefónicamente.

II. Segunda Parte: Análisis Estadístico y Resultados

a. Características historiográficas y epidemiológicas:

El total de personas fue de 15 (n=15), la edad promedio de 66,89 años (desviación estándar \pm 6 años).

Su estado civil (*Figura 1: Estado Civil*): 66% (n=10) solteros, 20% (n=3) divorciados, 7% (n=1) casados, 7% (n=1) viudos.

En relación con la convivencia (*Figura 2: Con quien viven*): viven solos el 66% (n=10), 20% (n=3) con familia de origen, 7% (n=1) geriátrico, 7% (n=1) con su esposa.

En relación con el trabajo (*Figura 3: Ocupación*) 7 estaban jubilados, cinco aún trabajaban y 3 estaban desocupados. Sin embargo 10 de los 15 referían problemas económicos que atentaban con la supervivencia. Respecto al nivel de educación (*Figura 4: Educación*) el 47% tenían carreras universitarias completas, el 40% estudios secundarios completos, y sólo el 13% tenían el primario finalizado.

En relación con los tratamientos de psicoterapia (*Figura 5: Tipo de psicoterapia*): el 80% del grupo

Fig. 1 Estado civil

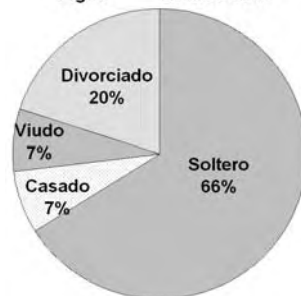
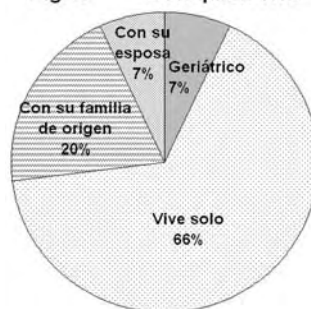
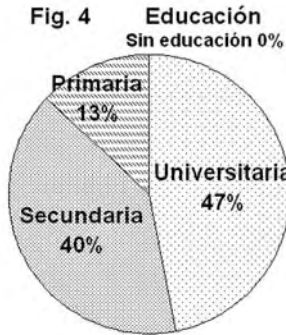


Fig. 2 Con quién vive





realizó tratamientos de psicoterapia (en todos los casos se referían a ese tratamiento como “psicoanalítico”). Algunos de ellos confirmaban más de un tratamiento. Los promedios de tiempo que se mantuvieron en dichos tratamientos fue del 31% menos de tres años, 46% entre 3 y seis años, y el 26% más de seis años. Estos datos reflejan la sumatoria de diversos tratamientos. Del grupo de personas que habían realizado tratamientos, el 75% (9 de 12) referían haber percibido que sus terapeutas tenían como intención modificar su orientación sexual. Mientras que el 58,6% (7 de 12) referían haber deseado ellos mismos cambiar, por medio de la terapia, la orientación sexual.

Los resultados de los BDI de ingreso al grupo eran de una media de 12,73 (desviación estándar \pm 6.45) y al finalizar el grupo de 6.86 (desviación estándar \pm 5.22).

Se halló una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes de ingreso y de terminación de la BDI mediante la prueba de T para datos apareados de dos colas ($t = 4,45$; $df 14$; $p = 0.0006$).

En relación con la escala de SAS, al ingreso del grupo la media era de 40.8 ± 5.21 y al finalizar de 45.6 ± 4.88 . Igualmente se encontró una diferencia significativa estadísticamente en la comparación antes y después del grupo en la prueba de t para datos apareados de dos colas ($t = -5,12$; $df 14$; $p = 0,00016$) (ver Tabla 1).

Tabla 1. Puntajes, desvíos y t, de las escalas DBI y SAS, en el ingreso y en el egreso.

	BDI ingreso	BDI egreso	SAS ingreso	SAS egreso
Promedio	12,73	6,86	40,80	40,60
Desvio	6,45	5,22	5,21	4,88
T de student		0,0006		0,00016

Durante la breve entrevista que se tomó en la admisión al grupo se realizaron tres preguntas:

- 1- Si habían sufrido en algún momento abuso de poder por parte los organismos de seguridad (policía, ejército) en relación a su sexualidad (ser

detenido en baños públicos o cines en razias o individualmente, ser “coimeados”, o robados y abusados verbalmente como lo sugiere Cotton et als. (Cotton, 1992)) (Figura 6: Abuso de poder).

- 2- Si tenían ellos u otras personas significativas historias de represión por motivos políticos (desaparecidos próximos, detenciones en centros ilegales, emigración) (Figura 7: Duelos por razones políticas).
- 3- Si habían perdido personas significativas a causa de la epidemia de SIDA (Figura 8: Duelos HIV-SIDA).
- 4- Si tenían problemas serios en relación con su situación económica (Figura 9: Problemas económicos).

Fig. 6 Abuso de poder

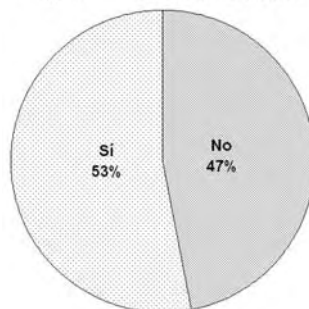


Fig. 7 Duelos por razones políticas

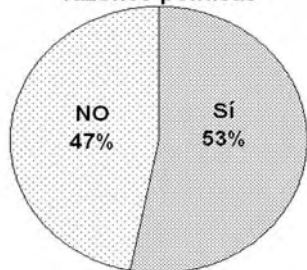


Fig. 8 Duelos HIV-SIDA

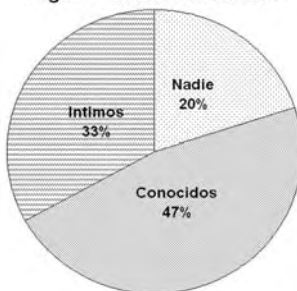
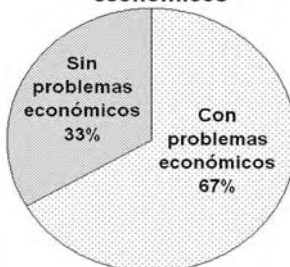


Fig. 9 Problemas económicos



b. Discusión

En relación con el estudio de Quam et als (Quam, 1992), este grupo contiene más personas viviendo solas (66% en relación a 51%) y tienen menos hijos (20%), aunque esto se relacione con el hecho de que la población del estudio anterior incluye mujeres lesbianas.

Si bien no hay un grupo comparativo, sorprenden los resultados del primer BDI por su alto puntaje, aunque la escala de Beck no se halla validada para diagnóstico de depresión, se puede observar que los niveles de malestar eran altos. Esto podría relacionarse con el hecho de que varias de estas personas concurren derivadas por otros profesionales de la salud mental. Lamentablemente la variable de la derivación no ha sido tomada en cuenta en la admisión.

La variable que contiene los datos sobre la cantidad de años de psicoterapia, también parece de una magnitud considerable. Estos resultados podrían explicarse teniendo en cuenta el nivel de educación medio del grupo, y el contexto de la ciudad de Buenos Aires, donde es muy habitual que la gente realice alguna forma de

psicoterapia, podríamos suponer, entonces que se debe a un factor cultural (Alonso, 2002). Creo, así mismo, que la relación entre homosexualidad y la auto-percepción de *trastorno* o *enfermedad*, podría justificar este alto nivel de consulta.

Goffman sugiere que las personas con *identidades deterioradas* siempre tienden a la reparación de su estigma (p.20) (Goffman, 2001). Esto se observa claramente en el hecho de que el 58% de los que realizaron tratamiento (n=7) referían que en algún momento tuvieron como motivo de consulta el cambio de su orientación sexual.

La hipótesis del nivel de malestar y la socialización se encontrarían relacionadas con sucesos traumáticos, no ha podido ser demostrada, ya que no se halló relación entre los resultados del BDI, la escala SAS y las otras variables. Los análisis de correlación y regresión no fueron significativos con ninguna de ellas (convivencia, nivel de educación, problemas económicos, duelos o estigmatización).

El modelo de Estrés Postraumático (EPT) que nos hacía suponer en primera instancia que las historias previas crónicas, persistentes, de pérdidas o estigmatización, generarían mayores niveles de malestar; sin embargo esto no ha podido ser validado en este grupo. Este resultado podría correlacionarse con la hipótesis de Berger y los datos provenientes de los pacientes entrevistados por Quam et als. en los que se sostiene que el *coming out*, y por qué no otras situaciones traumáticas, generarían más riqueza en los recursos de afrontamiento.

Debo así mismo posponer cierto entrecruzamiento de estos datos con el constructo para ulteriores trabajos teóricos sobre Duelos Inhibidos que posiblemente generen nuevos recursos para pensar estos fenómenos.

Según los resultados de significación de T para datos apareados de los BDI y SAS comparados al inicio y al final de grupo, podríamos afirmar que, al menos en el presente informe, los grupos homogéneos con varones homosexuales de la tercera edad son útiles en la reducción del nivel de malestar y la socialización.

III. Tercera Parte: El Asunto de las Narrativas Gays y Lesbianas

“Innumerables son los relatos existentes (...) en estas formas acaso infinitas, el relato está presente en todos los tiempo, en todos los lugares, en todas las sociedades; el relato comienza con la historia misma de la humanidad; no hay ni ha habido jamás en parte alguna un pueblo sin relatos; todas las clases, todos los grupos humanos, tienen sus relatos...”.
(Barthes, 1970)

El construccionismo social, ese paradigma legado de la postmodernidad, nos acercó una herramienta valiosa: la *metáfora narrativa* (Freedman & Combs, 1996). Si bien el corpus teórico (White, 1994) es algo disperso en diferentes líneas teóricas de las ciencias sociales (White & Epston, 1993), la verdad es que ha tenido, y tiene (Spence, 1982), un poderoso efecto en la práctica de la psicoterapia (Ricoeur, 1983).

La *concepción narrativa* se funda en gran medida en la observación de que la actividad humana es la del lenguaje, y en el lenguaje crear significados implica narrar historias. En este sentido el *self* puede considerarse como una expresión de la capacidad para la narración. Los seres humanos desde siempre se han estado contando cosas entre sí y han escuchado lo que otros contaban. Hemos comprendido quiénes somos a partir de las narraciones que nos relatamos mutuamente, y, en el mejor de los casos, no somos más que coautores de una narración en permanente cambio que se transforma en nuestra mismidad (Anderson & Goolishian, 1995). Y como coautores de esas narraciones de identidad hemos estado inmersos desde siempre en la historia de nuestro pasado, narrando los múltiples contextos de nuestras construcciones narrativas (p.209) (Anderson & Goolishian, 1988).

Esto genera una nueva arqueología de la verdad ya que supone *relatos dominantes* y *relatos diferentes a los dominantes*. A través de la analogía de estos relatos, con su peso testimonial y *performativo*, se han logrado organizar una serie de estructuras de significados que permite algún orden categorial (Gagliesi, 1999-2000). A esta estructura, en el caso de las personas gays y lesbianas, es que se denomina *Narrativas gays y lesbianas* (NGL), que son la resultante de historias encontradas en los relatos dominantes. Es decir que, no hay NGL sin relatos de la cultura dominante (Gagliesi, 2000).

El grupo de personas que participaron en la experiencia compartía diferentes motivaciones, la de socializar, presentar sus problemas e intentar soluciones, buscar consejos, contar sus historias. En el proceso se pudieron avistar los relatos que son ciertamente similares a lo que la literatura denomina *coming out*. (Coleman, 1985; Mc Donald, 1982).

Un ejemplo es el siguiente:

M.: “Yo comencé a vagabundear por las calles cuando iba a la universidad. Sabía que terminaría encontrando a alguien. Después me enamoré y creí que eso era todo. No podía comentarlo con nadie... Pero otro compañero de la facultad me dijo, con un guiño que él entendía. Nos hicimos compadres así de pegados. Sólo cuando me fui de mi casa empecé a aliviarme. Pero me cambié a un barrio, me vine al centro. Nunca me deschavé con los viejos. Pero ahora con mi hermana hablamos de aquello, de cuando ella me descubrió una carta de S., mientras yo afilaba con M. La verdad es que no reíamos. Tenemos más de 60 años y seguimos con los secretos...”

Cada uno de los participantes en algún momento contó, y se contó, su relato de este proceso. Lo interesante es que, con diferencias en las tonalidades subjetivas, todos compartían la NGL. La metáfora común por la que significan este proceso, acordaron espontáneamente llamarla *deschavarse*¹⁰.

En este proceso de narración-interpretación, se transmitía un “saber de qué se hablaba”. En este ejercicio solidario de re-narración de estas estructuras no

dominantes de relatos, todos nos aliviábamos, nos reíamos y sentíamos compasión por nosotros mismos y por el otro.

Posiblemente en el grupo los efectos tengan que ver con varios elementos diferentes: como señala Eve Kosovsky Sedgwick (1992) las historias de las personas GLTTB han carecido de validación externa, *performadas* por el silencio y el binarismo dominante en la cultura, y constituyen el *relato fundacional* de la identidad moderna de las personas GLTTB en Occidente.

En este grupo en particular, si bien ninguno de los participantes de esta experiencia tenía conocimientos previos de los términos usados por las NGL, era evidente que tenían una fuerte pregnancia en sus vidas, el grupo fue encontrando nombres y formas a dichas experiencias.

Una de las formas en las que el grupo se auto-denominó fue *Estas Viejas Locas*, en la que se hace evidente la operación política descrita por Esther Newton por la cual, al abrazar el estigma uno puede neutralizarlo y hacerlo risible (Newton, 1972). Curiosamente este es el mismo movimiento por el cual se abrazó el término *gay* en el mundo anglosajón y que posteriormente se globalizó. Es interesante resaltar que los participantes utilizaban palabras como *homosexual*, *loca* o *puto* para autodenominarse, pero en ninguna ocasión se referían así mismos como *gays*.

Sutiles Diferencias

El grupo ha permitido un proceso de validación por dos vías: por un lado, a simple vista sus similitudes, *-cómo tranquilizan las copias*; y por el otro lado, por las diferencias, desplazamientos o trastoques, que permiten la individuación.

Veamos ahora los siguientes relatos:

- S, casi jovialmente comentó: “*Cuando yo era chico, tenía como seis años, yo ya sabía. Buscaba a mi primo más grande yo solito, me fascinaba verlo con los pantalones bajos. Yo no sabía que era calentarme. Pero estaba recaliente. Yo lo buscaba. Me divertía.*”
- J, por el contrario, cambiando la tonalidad afectiva, en una especie de revés de la trama, aporta el siguiente testimonio: “*Yo recuerdo los terrores nocturnos que tenía, la entrada de mi tío en la habitación donde dormía, cómo me bajaba los calzoncillos... yo debía hacer que dormía si no se enfurecía y me amenazaba con contarle a mi madre qué tipo de chico yo era. Yo creo que él me hizo así, homosexual*”.

Entre estas dos viñetas surge un material de diferencia. No sólo de cómo fue vivida cada experiencia sino de los significados atribuidos.

Pero intentemos una segunda operación con esas narraciones. Una de las cosas sorprendentes fue la reacción general de rechazo que despertó entre los participantes del grupo la segunda historia. Por un lado, por lo que llamaron “el dramatismo de la Singerman” (Singerman, 1981)¹¹ y por otro, la idea de que el abuso sexual está relacionado con la génesis de la homosexualidad (todos deliberaban sobre diferen-

tes teorías al respecto). Trabajaré a continuación ambos elementos. Veamos el primer aspecto, “el dramatismo de la Singerman” que llamaré *atribución melodramática* y en segundo lugar la *atribución de causalidad de la homosexualidad*.

La Atribución Melodramática

En una de nuestras reuniones surgió, a partir de un avergonzado J., cómo todos evitaban manifestar emociones intensas. Les molestaban estas manifestaciones propias y la de sus compañeros. Siempre surgía lo que he dado en llamar *atribución melodramática*, que no es otra cosa que una actitud peyorativa o injuriosa frente a estas manifestaciones.

La fuente probable se encuentra en la feminización que el melodramatismo carga, quizás como parodia como ciertos autores proponen. O, quizás como hipótesis a demostrar en este trabajo, se trate de *la suspensión de la búsqueda de justicia*.

Intentemos una explicación de lo anterior. Las personas de este grupo han estado inmersas en gran medida en sus *estructuras de sentimiento* (Williams, 1980,) y emociones, por intermedio de tres formas culturales que se revelan sistemáticamente en sus discursos y en sus citas: el folletín, el radioteatro y el prolífico cine argentino y extranjero de las décadas de mitad de la centuria y, por qué no, por la música del tango y el bolero¹².

Distrayéndome del centro argumental de este texto me gustaría recordar algunas características de este género detalladas por Rivera (Rivera, 1997).

Según este autor, la novela de folletín alimentaba su suspenso a través de la forma fragmentada de entrega (“Sigue en el próximo número”) y por un argumento con una estructura simple “1) Exposición reivindicatoria (un inocente es condenado injustamente por las intrigas de su oponente); 2) Interviene un héroe reivindicador; 3) Esta actuación contiene en sí misma lo esencial de la trama y su extensión es variable; enfrentamientos, persecuciones, intrigas, trampas, luchas, etc. 4) La reivindicación del inocente”(p. 205).

Otros rasgos característicos, según este autor, son “los disfraces, máscaras, metamorfosis y cambios de identidad”, y que, el narrador, omnisciente tiende, con frecuencia, puentes hacia el lector, como por ejemplo: “Enrique comenzó su interrogatorio, todos los presentes se estremecieron al oír la tragedia que nuestros lectores conocen ya en todos sus detalles”.

Ahora bien, se podría suponer que, el folletín es en cierto modo, un género con cierta vinculación con la búsqueda de la justicia. Recordemos su nacimiento, en los cambios sociales posteriores a la revolución industrial, y en la Argentina en particular, donde se expande con el surgimiento de las clases trabajadoras y medias en la primera mitad del siglo XX.

Yo sostengo que esta *atribución melodramática* es un recurso violento de la

cultura dominante frente al reclamo incontenible de justicia que las estructuras folletinescas de sentimiento ejercen. En este sentido la atribución dramática, práctica frecuente entre gays y lesbianas o heterosexuales, es una forma aprendida para alienar la reivindicación de justicia. En el *Diccionario de la Real Academia Española* reivindicar, en una de sus acepciones, es una forma de “reparar una injuria” o “de reclamar lo propio”.

Por otro lado, la complicidad que el narrador supone del lector acorta distancias e invade el espacio de intimidad del lector. Esto supone que nadie puede mantener una distancia de ese reclamo, el dramatismo del folletín compromete al lector, como hemos visto más arriba, lo implica de un modo donde no queda espacio más que para la adherencia al reclamo o a esta forma de atribución. Es literalmente una situación incómoda.

Mazzotti (1995), ya hablando de la heredera natural del folletín, la telenovela latinoamericana, dice lo siguiente:

... (las audiencias) tal vez estén llevando a cabo una operación de ruptura con la realidad que les permite reinstalarse durante una hora, en un mundo imaginario, donde es posible que el bien y el mal estén en un lugar preciso.

He escuchado a lo largo de los años entre mis amigos, colegas y consultantes esta forma de atribución melodramática. Por otro lado, he leído con fruición liberadora los textos *Queer* que dotan de significados por ejemplo a la mariconería como forma de resistencia, subversión de los discursos dominantes y emergencias revolucionarias (Jagose, 1996; Gonzalez, 2000). Mi discreta hipótesis sólo intenta aumentar el número de metáforas disponibles a la hora de asistir al grupo.

Un buen resumen de lo anterior se explica en la siguiente cita de Didier Eribon (2002):

La injuria es un enunciado performativo: su función es producir efectos y, en especial, instituir o perpetuar la separación de normales y aquellos estigmatizados e inculcar esa grieta en la cabeza de los individuos. La injuria me dice lo que soy en la misma medida que me hace ser lo que soy.

White (White, 2002), en uno de sus trabajos con *identidades deterioradas*, hace referencia a un caso clínico diciendo: “(el consultante) lloraba por él mismo, se trataba de lágrimas de compasión”.¹³ Propuse al grupo hablar de las emociones inhibidas y que facilitarían la expresión de la compasión sin tapujos, incluso con ellos mismos, en relación con los relatos de injuria. Expliqué, durante una de las reuniones, esta nueva idea sobre la búsqueda de justicia o reivindicación. Esto permitió una especie de desmontaje interpretativo de la *atribución melodramática* (una renovada forma de injuria desde esta perspectiva), seguir contando historias y profundizar la intimidad entre nosotros.

Es importante realizar la siguiente salvedad: no caben dudas de que es indispensable recordar que estaba frente a un grupo que daba su testimonio de vida. En ese movimiento, desde el instante discursivo hasta estas páginas ha sido

inevitable el ejercicio manipulativo de la traducción, como un nuevo testimonio, el mío mismo; doy testimonio de lo que he escuchado, pero sin perder de vista otra operación muy peculiar en relación con este grupo, cierta anticipación de mi propio testimonio, casi como un ejercicio de ciencia ficción. Por otro lado la ligazón entre la institución de la justicia y el testimonio en sí mismo es ampliamente reconocida, como refiere Ferro (Ferro, 1998).

La Atribución de Causalidad de la Homosexualidad

[The] gay patients will have inevitable read or been exposed to these theories [etiological], which, in various ways, have either caused these men to be mystified or stigmatized, or, in some cases, have actually served to anchor some part of their gay or homosexual identities. ¹⁴ Jack Dresher, 1998

La crianza de un hijo por parte de una pareja homosexual, podría hacer que se inclinara hacia la homosexualidad... en la adolescencia la tendencia a permeabilizar las prohibiciones y buscan transgredir como algo natural o a través de canales... delictivos o adictivos... habría una inclinación hacia el incesto en casos en que la pareja homosexual tenga un hijo del mismo sexo. Dr. Gabriel Juffe, 2002 Asociación Psicoanalítica Argentina

Si bien no hay hasta el momento estudios sobre homofobia (en el sentido clásico del término u homoprejuicio) entre profesionales de la salud mental en la Argentina, a diferencia de otros países (Rubinstein, 1995; Blumenfeld, 1992; Phillips, Bartlett & King, 2001; Brooks, 1981), creo que sería tentador para aquellos que disfrutan de las formas de contabilizar el estigma.

Creo, con muchos otros, que lo más importante a la hora de la pregunta etiológica sobre la sexualidad, es saber quién pregunta. Y, parafraseando a Foucault, importa para qué se pregunta (Katz, 1990; Schüklenk, 1996).

Según algunos investigadores, entre ellos M. Alonso (Aviram, 2002), hay pocos países del mundo donde el psicoanálisis tiene tanta vigencia y popularidad (O'Leary, 2001). Sin embargo, salvo en raras ocasiones, y por qué no quizás, para poder sobrevivir en medio de los marasmos de la política nacional, ha sido un pilar de los modos discursivos dominantes.

Lo preocupante es la falta actual de *aggiornamento* o de agenciamiento de nuevos discursos. Quizás esto forme parte de otra de las curiosidades de estas tierras donde destacados intelectuales y los poderes más reaccionarios conviven en la más inútil de las desarmonías.

Si en los Estados Unidos, frente a las políticas Reaganianas (Halperin, 2000), las universidades se volvieron focos de resistencia, los procesos parecen inversos en la Argentina, especialmente en los últimos tiempos. En estas latitudes las asociaciones oficiales de psicoterapia y los organismos formales de educación

como las universidades, muy detrás de los novedosos cambios sociales que imperan en el país, patologizan aún la homosexualidad (Barzani, 1998; Monzón, 1998).

Existe sí, un preguntarse de los psicoanalistas argentinos sobre la crisis del paradigma, o en el mejor de los casos de la práctica, pero como en otros espacios no han dado con la respuesta, sólo con una retórica repetición de la pregunta.

Sólo como “raros peinados modernos” algunas señales se apoderan de la escena, habitando ingeniosamente en los bordes de lo formal. Novedoso es que se hayan realizado tres encuentros de psicoterapeutas gays y lesbianas en la ciudad de Buenos Aires, que exista una multiplicidad de organizaciones no gubernamentales relacionadas con lo GLTTB y el HIV-Sida con sus centros de salud, y un centro de investigaciones Queer; o que ciertos psicoterapeutas y psicoanalistas que navegan aisladamente produzcan otro tipo de saber, o incluyan nuevas corrientes y tradiciones en psicoterapia. Sin embargo siguen manteniendo un extenso diálogo de sordos en los altos muros que rodean las instituciones psicoanalíticas y los centros educativos.

En una encuesta, quizás el prolegómeno de un proyecto más ambicioso, varios de los terapeutas que concurren a los *Encuentros de Terapeutas GLTTB*, afirmaban haber sido rechazados en las organizaciones oficiales de psicoanálisis o haber tenido que ocultar su orientación sexual para ingresar.

Pero, en la actualidad, muchos consultantes GLTTB, que constituyen un importante mercado en salud mental, han comenzado a cuestionar a sus prestadores, y el cambio llegará impulsado por los flacos consultorios de la crisis económica, después de todo, y con los datos del presente trabajo, “somos buenos clientes” (Duranti, R, Comunicación personal, 2000).

La hipótesis de las razones de esta verdadera producción masiva de ignorancia podría relacionarse, a mi simple entender, con al menos, cinco hechos:

- 1- Estas organizaciones son herederas tácitas de las *ficciones orientadoras*, en términos de Shumway, es decir, de los médicos higienistas fundadores de las modernas ciencias de la conducta, circa 1900.
- 2- O por procesos de estigmatización instalados desde el centro mismo de la teoría y su práctica (Gagliesi P, 2000; Schüklenk et al, 1996; Barzani, C, 1998; Duranti, R, Comunicación personal, 2000; Macchioli; F, 2000).
- 3- Porque no hay organización social que no haya sido inoculada por acciones desmovilizantes promovidas desde el centro mismo del poder, especialmente durante la dictadura (1976-1983).
- 4- Porque el poder ha sido un impulsor sostenido de la ignorancia, revirtiendo el desarrollo científico logrado hasta la década del 70, recortando la tecnología, “mandando científicos a lavar los platos”¹⁵ o generando exilios caros de hombres de ciencia y burocratizando hasta la inutilidad los organismos dedicados a la investigación.
- 5- Cierta desprecio alienante por los “datos duros” y las estadísticas como

circuito autopropagante de desinformación. Creo aquí importante señalar que los procesos de globalización intelectual han importado los modelos postmodernos a nuestro país, casi sin un atravesamiento por la modernidad y el proceso de *hibridación*¹⁶ (García Canclini, 2001) ha complejizado el campo de las ciencias (Stregilevich, 2002; Keegan, comunicación personal).

Si esta máquina se encuentra en movimiento, es indudable que la internalización del discurso provoque estancamientos en el proceso, como sugiere Eribon, de *reinventar la identidad* en las personas GLTTB (p.41) y, de algún modo la psicoterapia devenga un proceso de re-traumatización. Este dinamismo *performador* aparece mucho en las conversaciones del grupo.

B.: *Yo creo que somos un poco así por nuestras madres. Ya saben... y sobreprotectoras. Demasiada madre, decía mi analista.*

C.: *Mi madre falleció, pero posiblemente el haber vivido en un mundo de hombres con mis tíos en la carnicería familiar..., el mío decía que eso me erotizó con los hombres.*

Es sugestivo que ambos breves relatos, con una coherencia interna se vuelvan tan incoherentes al leerlos secuencialmente. Ambas personas habían iniciado una terapia por razones diversas hacía ya tiempo, pero ahora a la distancia referían haber sentido que sus terapeutas habían tenido el propósito de cambiar su orientación sexual. Este breve diálogo nos deja penetrar en la homofobia externa iatrogénicamente inoculada y en cómo las experiencias psicoterapéuticas de estas personas han sido multiplicadoras de ciertos discursos dominantes.

La notable preocupación teleológica sobre la homosexualidad aparece como en la viñeta anterior sistemáticamente en el discurso del grupo. Tal como el luminoso texto de Jack Drescher sugiere, esta preocupación sobre las *causas* parece haber desplazado la pregunta más ontológica sobre *quiénes somos*.

El desmantelamiento de este dispositivo dentro del grupo generó cambios importantes en las personas, y, creo, aparecieron funciones más reparadoras. Primero señalando que no existen evidencias científicas de la etiología (como experto no ingenuo), segundo develando el poder político de la pregunta y tercero desviando la atención a la pregunta sobre la *esencia* (quién soy y qué haré con eso).

Pronto aparecieron los sentimientos de fracaso que se habían condensado y multiplicado en dichos tratamientos.

Uno de los participantes refería: *“Me pasé demasiado tiempo usando las preguntas del porqué, ahora no quiero perder tiempo. O mejor, no puedo perderlo, me lleva mucho tiempo llegar a ser quien soy”*.

Conclusiones

Mediante este trabajo hemos intentado dar cuenta de una experiencia grupal enriquecedora y compleja analizando variables de texturas diferentes.

Existen evidencias para sostener que estos grupos son herramientas eficaces

con esta población y en este contexto.

Por otro lado, parecería que los antecedentes de estigmatización, dificultades económicas, abuso de poder y duelos, no se relacionan directamente con los niveles de malestar y la calidad de vida. De todos modos, creo que el número de la muestra no es suficiente para los análisis estadísticos requeridos para correlacionar estos aspectos. Posiblemente la duplicación de trabajos similares a los de Quam et als. generen información importante a la hora de pensar las políticas de salud de esta comunidad.

En relación con los elementos más narrativos sostengo que las NGL se encuentran en los relatos de las vidas de las personas que participaron del grupo. Sin embargo, sería interesante deslindar las diferencias con personas gay-lésbicas jóvenes y adultas.

Se deberá explorar más seriamente el alcance de la concepción patologizante de la homosexualidad en la salud mental en la Argentina, a la vista de los productos visibles en el presente trabajo.

Asimismo, la *atribución melodramática* parece una metáfora de cierta utilidad a la hora de dismantelar la *homofobia internalizada* y la evitación emocional.

Los relatos traían a los participantes a las costas del grupo como *sobrevivientes*, como aquellos que hablan con Vacha, felices de llegar, pero con un cierto aspecto, ése que se tiene después de una tormenta.

El mundo, y en especial el mundo GLTTB está rápida y constantemente mudando, y en esas nuevas *estructuras de sentir* deberemos discriminar lo *residual* de lo *emergente*. ¿Es posible que las narraciones que cuentan estas personas caigan en desuso? ¿Serán historias que se convertirán en lenguas muertas? Hasta el dibujo de la ciudad de Buenos Aires ha cambiado, su anatomía en sus narraciones es distinta.

A partir de esta experiencia, creo que es necesario algún ejercicio para historificar la vida cotidiana de estas personas, una especie de *libro de texto*, de mitos y recuerdos, de *ancestralización* de estos relatos, engarzados en una memoria colectiva que incluya todas las memorias fragmentadas, diluidas, hechas de restos y sobras, en este país que tiende al olvido.

El propósito de este trabajo es exponer y debatir la experiencia grupal de psicoterapia con varones homosexuales mayores de 65 años en Buenos Aires. Las hipótesis centrales que lo articulan se constituyen desde dos perspectivas, una estadística y otra de análisis narrativo. Se parte del supuesto que los grupos homogéneos son eficaces en algunos contextos, lo que queda demostrado en los resultados de las tomas de inicio y final del BDI y SAS; aunque dichos datos no se encuentran, como se suponía,

vinculados consistentemente con los antecedentes históricos (abuso de poder, duelos durante las últimas dictaduras militares, duelos por la epidemia del SIDA y las dificultades en la supervivencia económica). Por otro lado, se ha evidenciado que las Narrativas Gay y Lesbianas descritas y validadas en la bibliografía contemporánea anglosajona son asumidas por este grupo. Por último, se discute el constructo de la atribución melodramática el cual está relacionado con la homofobia, y las vinculaciones de esta con el carácter patologizante de los tratamientos psicoterapéuticos anteriores.

Palabras clave: *homosexualidad, factor edad, psicoterapia, dinámica grupal, homofobia*

Notas del autor

- 1 Utilizaré la palabra *homosexualidad* porque fue la autodenominación elegida por el grupo de personas sobre la que se basa este trabajo como sinónimo de *gay*.
- 2 “Los Puelches [tenían] chamanes-travestidos que vestían como mujeres, cocinaban como mujeres, transportaban agua como mujeres y se reunían con mujeres...” J.M. Cooper, *Patagonian and Pampean Hunters*, 1846.
- 3 Tal era y es su importancia que se enraizaron en cargos en las fuerzas policiales, militares, cargos públicos (inspectores, directores, supervisores, entre otras funciones). Sus nombres son hoy calles de pueblos y ciudades, Wilde, Ramos Mejía, Ingenieros, Vucetich, Veyga, Coni, entre otros.
- 4 Por otro lado es curiosa la relación establecida entre el control del nomadismo (el erotismo en la *Región Moral* de Goffman, o en *Los No Lugares* de Augé) y el *flaneurismo* homosexual, donde uno de los argumentos ya en 1980 para el permiso para la apertura de cines, saunas y discos era regular, fijar el movimiento, despoblar lo público y llevarlo a esos espacios regulados como actividad comercial (Rapisardi, F.; Modarelli, A. op. cit.).
- 5 “El peronismo es como un mosaico en donde podían convivir Mao, Jauretche, Marx, Eva, Cristo y el Che. Un universo *pop* comandado por un comandante sabio en el exilio.” (p.106).
- 6 Esta idea es sostenida en la Introducción del libro de Rapisardi y Modarelli por María Moreno (Rapisardi, F.; Modarelli, A. op. cit.).
- 7 Una novedosa instalación del artista plástico Fabián Trigo conmociona a la ciudad por estos días. Se denomina A.S. (Argentinos Seleccionados). Se trata de una empresa, con Concept Brand, Merchandising, página web, etc., que ofrece “exportar” personas en especies de cápsulas a países desarrollados, una suerte de promesa de emigración absurda, parafraseando la tradicional “*exportación de carnes*” de este país. Cientos de personas se han inscripto en el programa/ instalación sin registrar que se trataba de una metáfora (Santiago Rial Húngaro en *Radar*, “AS La campaña para exportar argentinos”, 14 de Junio del 2002, año 4 número 309, Buenos Aires).
- 8 Un conocido activista que entrevisté para el presente trabajo decía irónicamente: “El problema es que todas somos tan fotogénicas...”.
- 9 Una evidencia más, recordando párrafos anteriores, está representada por el argumento referido a la larga historia de monitorización instalada en la Argentina a partir de 1890 con la aparición de los higienistas y criminólogos (Ingenieros, Ramos Mejía, Vucetich). La tradición que se instaura es entonces aquella de la sospecha interna. Nuestro país ha tenido oficinas de información más o menos secretas, más o menos relacionadas con el Estado que hacia el final de la centuria nadie duda que sean inoperantes pero no por ello peligrosas (salvo que sólo la peligrosidad sea su función). Hace recordar a los restos monumentales de la ex URSS, un país que se ha vuelto peligroso por el

- manejo actual de su poderío del pasado. El único remanente persecutorio en ser mirado parecería estar depositado en las llamadas operaciones de prensa de las que algunos políticos se consideran víctimas. A pesar de todo no hay un solo preso por corrupción.
- 10 Esta palabra forma parte del lenguaje lunfardo (Deschavar: Delatar, confesar. Deschave: Confesión. Apertura de una cerradura o cerrojo) (Diccionario Lunfardo)
 - 11 Actriz que recitaba poesía entre 1920-1950 en diversas ciudades latinoamericanas frente a multitudes. Un artículo dice: “La bisagra entre los modos recitativos anquilosados y los modernos, opera a través de la figura de Berta Singerman. Apoyada en su concepción de teatro sintético, por el sólo virtuosismo de su aparato vocal sabía dosificar canto, voces y silencios para conseguir tonalidades siempre diferenciadas. A veces criticada por su «*exageración expresiva*», que ya perfila los modos performáticos posteriores. A veces valiéndose del medio radiofónico, por entonces en auge”. (Estévez, C.) www.postypographika.com.
 - 12 El género del folletín, como género *menor* de la literatura, deleuzianamente hablando, ha sido rescatado en la actualidad por sus aspectos arcaicos y modernos simultáneos, y por su articulación con el mundo *camp* (Y aquí posiblemente se encuentre el anclaje con el movimiento *neobarroco* del que he hablado).
 - 13 Por un lado, el término latino “-assione” que significa “sentimiento de pena o dolor hacia el mal que padece alguno”, y por otro, el término griego “ampatheia – pasión” que significa “participación afectiva, y por lo común emotiva, de un sujeto en una realidad ajena”. Esta palabra, de fuerte raigambre religiosa, implica etimológicamente hablando la idea de “sentir con el otro”. (P. 11)
 - 14 “Los pacientes gays han inevitablemente leído o estado expuestos a estas teorías [etiológicas], las cuales, en distintas medidas han causado que estos hombres se mistificaran o estigmatizaran, o en algunos casos, han servido en realidad como ancla a alguna parte de su identidad gay u homosexual”. (Traducción mía).
 - 15 Comentario del ex ministro de economía, Domingo Cavallo en relación con el pedido de aumento salarial por parte de los investigadores de la Comisión Nacional De Ciencia y Tecnología – CONICET.
 - 16 Hibridación: “Son procesos socioculturales en los que estructuras, prácticas discretas, que existían en forma separada, se combinan para generar nuevas estructuras, objetos y prácticas. (p.14) En general se pasa de estructuras más heterogéneas a formas más homogéneas, aunque no se logren estructuras puras, son los ciclos de hibridación, estados de *collage* de las mismas (G.Canclini. op. cit.).

Referencias Bibliográficas

- ALONSO, M. (2002). Comunicación Personal. “*La Psicoterapia en la Argentina*”. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. (Investigación en curso).
- AMÍNCOLA, J. (2000). *Camp y Post vanguardia*. Buenos Aires, Piados.
- ANDERSON, H. & GOOLISHIAN, H. (1988). *Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory*”, Family Process. p.371 Editorial Pais.
- ANDERSON, H., & GOOLISHIAN, H. (1995). Narrativa y self. Algunos Dilemas Postmodernos de la Psicoterapia. En Fried Scnitman, D. (comp.). *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*. Buenos Aires, Piados.
- ARCHAGA QUIRÓS, L. M. (2001). Breve crónica de la seguridad social. *Encrucijadas*, 3(1) AVIRAM, R. B. & ROSENFELD, S. (2002). Application of social identity theory in group therapy with stigmatized adults. *International Journal Group Psychotherapy*, 52(1), 121-130.
- BARTHES, R. (1970). *Análisis Estructural del Relato.*, Buenos Aires, Editorial Tiempo Contemporáneo.
- BARZANI, C. (1998). La homosexualidad a la luz de los mitos sociales y la homofobia. Derecho a una sexualidad Alternativa. En *Concurso Literario Rodolfo Walsh*. Ed Buenos Aires, Secretaría de Derechos Humanos CEFyL UBA, , Autor del Libro
- BAZÁN, O. (2002). *La Más Maravillosa Música, Una Historia de Amor Peronista*. Buenos Aires, Libros Perfil.

- BECK, A. T. (1972). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- BERGER, R. (1996). *Gay and Grey. The Homosexual Man*. (2nd ed.). NY, Harrington Park Press, and imprint of The Haworth Press, Inc.
- BEUTLER, L., & HARWOOD, M. (2000). *Prescriptive Psychotherapy*. New York, Oxford University Press.
- BIRKEN, L. (1997). Homosexuality and totalitarianism. *Journal of Homosexuality*, 33(1), 1-16.
- BLEICHMAR, S. (2002). *Dolor País*. Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- BLUMENFELD, W. J. (1992). *Homophobia – How we all pay the price -*, Boston, Beacon Press.
- BOBBIO, N. (1986). *El futuro de la democracia*. México, Fondo de Cultura Económica.
- BOSC, M., DUBINI, A., & POLIN, V. (1997). Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *European Neuropsychopharmacology*, 7 (Suppl. 1), S57-S70.
- BRENT, M. (1989). Social support and the effectiveness of group therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 170-176.
- BROOKS, V.R. (1981). Sexual orientation as variable in therapists' biases and therapy out-comes. *Clinical Social Work Journal* 9:198-210.
- CABAJ, R. P. (1992). Substance Abuse among gays and lesbian. En *Substance Abuse: A Comprehensive Text book*. (2nd ed.). NY, Edited by Lowinson, J. H., Williams & Wilkins.
- CARDÍN, A. (1984). *Guerreros, Chamanes y Travestis*. Cuadernos Ínfimos, 120. Barcelona, Tusquets editores.
- COLEMAN, E. (1988.) *Psychotherapy with Homosexual Men and Women: Integrated Identity Approches for Clinical Practice*. New York, Haworth Press.
- COLEMAN, E. (1985). Developmental Stages of The Coming Out Process. En Gronsiorek, (ed.) *Homosexuality and Psychotherapy*. New York, The Haworth Press. Inicial del Ed.
- COTTON, P. (1992). Attacks on homosexual persons may be increasing, but many bashings still aren't reported to police. *JAMA*, 267, faltan datos de numero volumen y paginas
- CRUIKSHANK, M. (1991). Lavander and Gray: A brief Survey of Lesbian and Gay Aging Studies. *The Journal of Homosexuality*, 4(1/2), 77-81.
- Diario Clarín*, Sábado 27 de abril de 2002. ETAPA EN LA CRISIS: CONCORDIA ES LA MAS CASTIGADA: EL 66,4% DE SUS HABITANTES ES POBRE EL 38,3% de la población de las ciudades vive en la pobreza.
- Diario La Nación* "Camaño estimó el desempleo en un 23 por ciento", sección Política | fecha de publicación 09.07.2002.
- DRESCHER, J (1998). *Psychoanalytic Therapy and The Gay Man*. Hillsdale, New Jersey, The Analytic Press.
- DURANTI, R. (2000). Comunicación personal.
- ERIBON, D. (2002). *Reflexiones sobre la cuestión gay*. Barcelona, Anagrama.
- FERRO, R. (1998). *La Ficción. Un caso de sonambulismo teórico*. Buenos Aires, Editorial Biblos.
- FOUCAULT, M. (1990). *Historia de la Sexualidad, 1- La voluntad de saber*. Buenos Aires, Siglo XXI Editorial.
- FREEDMAN, J. & COMBS, G. (1996). *Narrative Therapy: The Social Construction of Preferred realities*. New York, NY, Norton Professional Book.
- FRIEND, R. A. The Individual and social psychology of aging; Clinical Implications for lesbians and gay men. *The Journal of Homosexuality*, 4(1/2), 307-331.
- GAGLIESI P. (1999-2000). Apuntes para una Psicoterapia con Pacientes Gays y Lesbianas. *Vertex* n° 38 pág 300, Buenos Aires.
- GAGLIESI P. (2000). Políticas Sexuales e Identidad en Psicoterapia. *Actualidad Psicológica*, Buenos Aires, Nov.. Volumen numero pp.
- GARCÍA CANCLINI, N. (2001). *Culturas Híbridas: Estrategias para entrar y salir de la modernidad*. Buenos Aires, Piados.
- GIORDANO, A. (2001). *Manuel Puig: La conversación infinita*. Rosario, Beatriz Viterbo Editora.
- GOFFMAN, E. (2001). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires. Amorrortu editores.
- GONZALEZ, F. (2000). *Psycho-Analytics Off the Strait and Narrow: Therapeutics, Queer Theory and Future Possibility*. Chicago, American Psychoanalytic Congress.
- GOODKIN, K., BLANEY, N. T., FEASTER, D. J., BALDEWICZ, T., BURKHALTER, J. E., & LEEDS, B. (1999). A randomized controlled clinical trial of a bereavement support group intervention in human immunodeficiency virus type 1-seropositive and seronegative homosexual men. *Arch Gen Psychiatry*, 56(1), 52-61 Erratum in: *Arch Gen Psychiatry* 1999 Aug;56.
- GWENWALD, M. The SAGE model for serving older lesbians and gay men. *Journal of Social Work and Human Sexuality*, 2 (2/3), 53-61.
- HALPERIN, D. (2000). *San Foucault. Para una hagiografía gay*. Córdoba, Cuadernos del Litoral.

- HAMILTON, J. D., COURVILLE, T. J., RICHMAN, B., HANSON, P., SWANSON, C., & STAFFORD, J. (1993). Quality assessment and improvement in group psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 150(2), 316-321.
- HOGG, R.S., STRATHDEE, S.A., CRAIB, K.J., O'SHAUGHNESSY, M.V., MONTANER, J., & SCHECHTER, M.T. (2001). Gay life expectancy revisited. *International Journal of Epidemiology*, 30(6), 1499
- JAGOSE, A. (1996). *Queer Theory - An Introduction*. New York, New York University Press.
- JILL-LEVINE, S. (2000). *Manuel Puig y La Mujer Araña*. Buenos Aires, Grupo Editorial Planeta / Seix Barral.
- JUFFE, G. (2002). Asociación Psicoanalítica Argentina. *Revista* 23, N2 20, Junio 2002. Nombre del articulo paginas
- KATZ, J. (1990). The Invention of Heterosexuality. *Socialist Review* 20(1).
- KEEGAN, E. (2002). Comunicación Personal.
- KEINMAN, A. (1988). *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal experience*. New York, Free Press.
- KOSOFSKY SEDGWICK, E. (1992). *Between Men: English Literature and Male Homosexual Desire*, New York, NY. Columbia University Press.
- KOSOFSKY SEDGWICK, E. (1990) *Epistemology of The Closet*. Berkeley, UCLA Press.
- KREGER, R., & MASON, P. (1998). *Stop Walking on Eggshells*. Oakland, CA, New Harbinger Publications, Inc..
- LANATA, J. (2002). *Argentinos. Desde Pedro de Mendoza hasta la Argentina del Centenario*. Buenos Aires, Ediciones Grupo Zeta.
- LEE, M. R., COHEN, L., HADLEY, S. W., & GOODWIN, F. K. (1999). Cognitive-behavioral group therapy with medication for depressed gay men with AIDS or symptomatic HIV infection. *Psychiatr Serv*, 50(7):948-952.
- LEMEBEL, P. (2000). *Loco Afán*. Barcelona, Anagrama.
- LINEHAN, M (1993). *Skill Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. NY, The Guilford Press.
- MACCHIOLI, F. (2000). *Homosexualidad, prejuicios y clínica psicoanalítica*, www.isisweb.com.ar.
- MARTUCCELLI, D., SVAMPA, M. (1997). *La Plaza Vacía: Las Transformaciones del Peronismo*. Buenos Aires, Editorial Losada.
- MAZZIOTTI, N. (1995). Introducción. En Mazzoti, N (comp.) *El espectáculo de la pasión. Las telenovelas latinoamericanas*. Buenos Aires. Editorial Colihue.
- MCDONALD, G. J. (1982). Individual Differences in the coming out process for gay men: implications for theoretical models. *Journal of Homosexuality* 847-60.
- MONZÓN, I. (1998). *¿Elecciones de vida o estructuras psicopatológicas? El psicoanálisis frente a: transexualidad, travestismo, homosexualidad, bisexualidad, paidofilia, etc.*, Buenos Aires, Conferencia en la Asociación Argentina de Psicólogos, Junio. www.isis.com.ar
- MULDER, C. L., ANTONI, M. H., EMMELKAMP, P. M., VEUGELERS, P. J., SANDFORT, T. G., VAN DE VIJVER, F. A., & DE VRIES, M. J. (1995). Psychosocial group intervention and the rate of decline of immunological parameters in asymptomatic HIV-infected homosexual men. *Psychother Psychosom*, 63(3-4):185-192.
- NEWTON, E. (1972). *Mother Camp: Female Impersonators in America*. New Jersey, Prentice Hall. *Nunca Más*, Informe de la CONADEP, SET.1984.
- O'LEARY, J. V. (2001). The postmodern turn in group therapy. *International Journal Group Psychotherapy*, 51(4), 473-487. Página de la Comunidad Homosexual Argentina, apartado sobre historia del movimiento (www.cha.org.ar).
- PANDYA, V., & GINGERICH, W. J. (2002). Group therapy intervention for male batterers: a microethnographic study. *Health Social Work*, 27(1), 47-55.
- PAUL, J. P., BARRETT, D. C., CROSBY, G. M., & STALL, R. D. (1996). Longitudinal changes in alcohol and drug use among men seen at a gay-specific substance abuse treatment agency. *J Stud Alcohol*, 57(5), 475-485.
- PHILLIPS, P., BARTLETT, A., & KING, M. (2001). Psychoterapist's approaches to gay and lesbian patients/clients: Aqualitative study. *British journal of Medical Psycholog*, 74, 73-84.
- QUAM, J., & WHITFORD, G. (1992). Adaptation and Age-related Expectations of older gay and lesbian adults. *The Gerontologist*. 32(3), 367-374.
- RAPISARDI, F., MODARELLI, A. (2001). *Fiestas, Baños y Exilios: Los gays porteños en la última dictadura*. Buenos Aires, Editorial Sudamericana.
- REDONDO, N. (2001). Radiografía de una población. El impacto social del envejecimiento. *Encrucijadas*, 3(1).

- RICOEUR, P (1983). *Time and Narrative*. Chicago, University of Chicago Press.
- RIESS, H. (2002). Integrative time-limited group therapy for bulimia nervosa. *International Journal Group Psychotherapy*, 52(1), 1-26.
- RIVERA, J. (1997). *Postales electrónicas. Ensayos sobre medios, cultura y sociedad*. Buenos Aires, Editorial Atuel.
- RUBINSTEIN, G. (1995). The decision to remove homosexuality from DSM: Twenty years later. *Am Journal of Psychotherapy*, 49(3) Paginas.
- SALESSI, J. (2000). *Médicos, Maleantes y Maricas*. Rosario, Beatriz Viterbo Editora.
- SANDERS, G. L., & KROLL, I. T. (2000). Generating stories of resilience: helping gay and lesbian youth and their families. *Journal of Marital Familiar Therapy*, 26(4), 433-442 .
- SARDUY, S. (1987). *Ensayos Generales sobre el Barroco*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- SEBRELI, J. J. (1997). *Historia secreta de los homosexuales en Buenos Aires, en Escritos sobre escritos, ciudades bajo ciudades*. Buenos Aires, Editorial Sudamericana.
- SCHÜKLENK et al (1996). The ethics of research into the cause(s) of homosexuality. *Journal of Homosexuality*. 31(3). Autores. Paginas.
- SCHUT, H. A. W., DE KEIJSER, J., VAN DEN BOUT, J., & STROEBE, J. S. (1996). Cross-modality grief therapy: description and assessment of a new program. *Journal of Clinical Psychology*, 52(3), 357-366.
- SHUMWAY, N. (1993). *La Invención de la Argentina, Historia de una Idea*. Buenos Aires, Emecé Editores.
- SINGERMAN, B. (1981). *Mis dos vidas*. Buenos Aires, Ediciones tres tiempos.
- SLUSHER, M., MAYER, C., & DUNKLE, R. (1996). Gay and Lesbian Older and Wiser (GLOW): A support group for older gay people. *The Gerontologist*, 36(118),
- SPENCE, D. (1982). *Narrative truth and Historical truth; meanings and interpretation in Psychoanalysis*. New York, Norton.
- STREJILEVICH, S. (2001). ¿Quién se va a ocupar de su cabeza?. *Encrucijadas*, 3(1) Strejilievich, S. (2002). Los Fundamentos de la Psiquiatría. *Congreso Argentino de Psiquiatría, APSA*, Mar del Plata, 2002 (no publ.).
- TILLITSKI, C. J. (1990). A meta-analysis of estimated effect sizes for group versus individual control treatments. *International Journal Group Psychotherapy*, 40(2), 215-24.
- VACHA, K. (1985). *Quiet Fire; Memoirs of older gay men*. Trumansburg, NY, The Crossing Press.
- VANDEREYCKEN & HOEK (1992). Are Eating Disorders Culture-Bund Syndromes. Chapter 2. Halmi (ed.). *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Washington, American Psychiatric Press.
- WHITE, M. (1994). *Guías Para Una Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona, Gedisa.
- WHITE, M. (2002). *Reescribir la Vida*. Barcelona, Editorial Gedisa.
- WHITE, M., & EPSTON, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, Paidós.
- WILLIAMS, R. (1980). *Marxismo y Literatura*. Barcelona, Ediciones Península.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Numancia, 52, 2º 2ª

08029 BARCELONA

Fax.: 933 217 532

e-mail: mvillegas@ub.edu

Gestión y Administración:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITORIAL GRAÓ

c./ Hurtado, 29

08022 BARCELONA

Tel.: 934 080 464

Fax: 933 524 337

e-mail: revista@grao.com