

REVISTA DE

# PSICOTERAPIA

PSICOTERAPIA, NEUROBIOLOGÍA Y NEUROCIENCIAS

Epoca II, Volumen XVI - 1er. trimestre 2005

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ

61

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<sup>a</sup> 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 XVI - Nº 61 - 1er. trimestre 2005**

Esta revista tuvo una época 1<sup>a</sup>, 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 15 euros (incluido I.V.A.)

# SUMARIO

<b>EDITORIAL .....</b>	<b>3</b>
<b>LA NECESIDAD EVOLUTIVA DE LA PSICOTERAPIA ....</b> Louis J. Cozolino y Susan L. Sprokay	<b>5</b>
<b>APEGO Y COMPRENSIÓN DEL SÍ MISMO: SER PADRE PENSANDO EN EL CEREBRO .....</b>	<b>29</b>
Daniel J. Siegel	
<b>CIENCIAS COGNITIVAS Y PSICOTERAPIAS COGNITIVAS: UNA ALIANZA PROBLEMÁTICA .....</b>	<b>43</b>
Carmelo Vázquez	
<b>NEUROCIENCIAS Y PSICOTERAPIA: RETORNO A LO BÁSICO .....</b>	<b>65</b>
Óscar F. Gonçalves, João Cerqueira, Cármen Guimarães, Jenniffer Belpalme, Liliana Amorim, Manuela Peixoto y Nuno Sousa	
<b>NEUROBIOLOGÍA DE LA AUTORREGULACIÓN AFECTIVA, PATRONES DE APEGO Y COMPATIBILIDAD EN LA RELACIÓN TERAPEUTA-PACIENTE .....</b>	<b>77</b>
Luis Botella y Sergi Corbella	
<b>LA EXPERIENCIA ES UNA INTERVENCIÓN BIOQUÍMICA: UNA RECONCEPTUALIZACIÓN DEL “TRASTORNO MENTAL CON BASE BIOLÓGICA” .....</b>	<b>105</b>
Jason A. Seidel	
<b>TRANSFERENCIA Y AJUSTE DE PERSONALIDAD EN LA RELACION SANCHO-QUIJOTE.....</b>	<b>121</b>
Vicente M. Ortiz Oria	



## EDITORIAL

Por primera vez dedicamos un monográfico de nuestra revista a la exploración detallada y sistemática de las bases neurobiológicas y neurocientíficas de nuestra disciplina: la psicoterapia. Los motivos que nos han llevado a ello son fundamentalmente de orden científico e histórico: nos encontramos, quizá por primera vez en la historia de la psicoterapia, ante lo que parece la emergencia de una fundamentación neurobiológica para nuestras intervenciones —a lo cual no es ajeno el desarrollo exponencial de las técnicas de neuroimagen funcional en las últimas décadas. Como reconocen varios de los autores de los trabajos incluidos en este monográfico, hasta ahora y en ausencia de una sólida base neurocientífica, la mayoría de orientaciones teóricas de la psicoterapia se ha guiado por intuiciones y metáforas más o menos acertadas y por un proceso de ensayo y error. Aún así (o precisamente debido a ello) es admirable lo acertado de tales intuiciones en algunos casos: muchos de los datos que la neurobiología actual empieza a revelar avalan prácticas que son habituales en las terapias dinámicas, humanistas, sistémicas, conductuales, cognitivas y constructivistas desde hace décadas. Precisamente por eso, la fundamentación neurobiológica no sólo no es reduccionista sino que ofrece una base sorprendentemente renovadora al movimiento de integración en psicoterapia en el que algunos de nosotros nos hemos significado desde siempre.

Por supuesto, la intención de este número monográfico no es ni mucho menos sentar las bases para una “psicoterapia neurobiológica”, sino explorar la fundamentación de nuestras prácticas en un lenguaje que vaya más allá de las metáforas y conceptos etéreos habituales en algunas de nuestras teorías. En este sentido, la calidad de los trabajos incluidos y el prestigio científico de sus autores atestiguan la solidez de sus planteamientos.

En primer lugar, el artículo de Cozolino y Sprokay elabora de forma sumamente convincente la tesis de que nuestra evolución como organismos (especialmente por lo que se refiere a la vida social y relacional) nos han hecho más vulnerables al tipo de problemas que traen a la gente a psicoterapia, a pesar de sus evidentes ventajas evolutivas.

El trabajo de Dan Siegel es un complemento muy adecuado al anterior, dado que analiza con detalle la influencia de las relaciones de apego en la fisiología del sistema nervioso y, particularmente, las implicaciones de la calidad de las relaciones en la autorregulación emocional. Por supuesto el tema no es del todo nuevo, y ya autores como Schore o Fonagy se habían interesado por él. Sin embargo Siegel tiene el acierto de sacarlo del encasillamiento estricto en lecturas exclusivamente psicoanalíticas de las teorías del apego y hacerlo accesible a prácticamente todas las orientaciones teóricas.

A continuación, el trabajo de Carmelo Vázquez desarrolla con enorme acierto y profundidad la conexión (o preocupante falta de ella) entre terapia cognitiva y ciencias cognitivas. Se trata de un tema sin duda polémico y espinoso, pero precisamente por

ello de absoluta relevancia y actualidad. Sin duda más de uno de nosotros ya había tenido la sensación de que los psicólogos cognitivos no utilizaban su vocabulario en el mismo sentido que los terapeutas cognitivos. Tras la lectura del artículo de Vázquez se hace evidente todo el trabajo que aún queda por hacer para aproximar ambos mundos, y cómo de nuevo las intuiciones de algunos autores que ya en su momento fueron más allá de las metáforas racionalistas de la terapia cognitiva clásica se han demostrado acertadas a la luz de los conocimientos neurocientífico.

El trabajo de Oscar Gonçalves y sus colaboradores en la Universidad de Minho es realmente único en su género. Los autores han encontrado una forma de abordar el estudio experimental de la neurobiología de los procesos psicológicos básicos mediante el empleo de tareas análogas a las terapéuticas que arroja una luz sorprendente sobre la investigación de proceso en psicoterapia. Gonçalves, y así quiero reconocerlo aquí, fue el primer psicoterapeuta a quién vi interesarse en serio (y muy en serio) por las neurociencias, y el culpable más directo de mi propio interés desde hace unos años. Nuestro propio trabajo en este monográfico es también un estudio empírico (aunque más clásico que el de Oscar, pues seguimos empleando clientes en lugar de ratas) sobre los efectos de la compatibilidad entre terapeuta y paciente en cuanto a la promoción del cambio terapéutico. Es otro ejemplo de cómo los más recientes hallazgos de la neurobiología relacional sirven para dar un nuevo fundamento a prácticas y conceptos que manejábamos ya hace años.

Por último, el artículo de Jason Seidel presenta una detallada revisión de las controvertidas evidencias sobre el efecto placebo y sobre la supuesta base biológica de muchos trastornos mentales. El argumento del autor, a pesar de lo chocante del título del artículo, es claramente favorable a las intervenciones psicoterapéuticas (que él engloba bajo el epígrafe de las que denomina psicosociales), y de la lectura de su documentado trabajo se sigue la necesidad de una revisión profunda de la clásica división entre cuerpo (cerebro en este caso) y mente —tema por otra parte común a todas las contribuciones a este monográfico.

Es nuestro deseo que este número monográfico de la Revista de Psicoterapia sirva para iniciar el diálogo entre dos mundos a veces desgraciadamente desconectados, y que se sume a la polifonía que ya otras publicaciones de gran prestigio han ido iniciando. Creemos que de nuevo nuestra revista se posiciona como punta de lanza de nuestra disciplina no sólo en el terreno aplicado sino en la investigación básica de mayor actualidad internacional.

Fuera de la monografía y como homenaje al genio literario de Cervantes incluimos un artículo de Vicente M. Ortiz Oría, que analiza la “transferencia y ajuste de personalidad en la relación Sancho-Quijote”, en conmemoración del cuarto Centenario de la publicación de la primera parte del Quijote (1605-2005).

Luis Botella  
Editor invitado

Manuel Villegas  
Director

# LA NECESIDAD EVOLUTIVA DE LA PSICOTERAPIA

Louis J. Cozolino y Susan L. Sprokay  
Pepperdine University

*Historical, scientific, and theoretical issues in the emergence of psychotherapy from its early roots in neurology are explored. Seeing the brain in an evolutionary context helps to understand its organization, vulnerabilities, and the emerging necessity of psychotherapy. These principles will be tied to the everyday clinical issues of the practicing therapist such as diagnosis, treatment and educating clients on how their brains work.*

*Keywords: neurobiology, psychotherapy, brain evolution, narratives, clinical psychology.*

---

La evolución ha conformado nuestro cerebro admirablemente. A lo largo de toda nuestra vida el cerebro es capaz de crecer y adaptarse a un rango casi infinito de retos ambientales e interpersonales. Los avances en los métodos y modelos de las neurociencias en los últimos años han permitido incrementar nuestra comprensión de muchas de las estructuras y funciones del sistema nervioso humano. Nuestra apreciación de la sofisticación del cerebro se combina con una conciencia creciente de las elecciones más problemáticas de la selección natural. Si la necesidad es la madre del ingenio, parece que muchas de las elecciones de la evolución acabaron dando lugar a la necesidad de la psicoterapia. Dicho de otro modo, la evolución, el desarrollo y la integración de las estructuras del cerebro humano lo hacen vulnerable a la angustia y al malestar psicológico —que sin embargo puede aliviarse mediante las relaciones terapéuticas interpersonales.

Dado que una complejidad creciente requiere mayor interdependencia, nuestros cerebros han llegado a existir en una matriz de otros cerebros. Tal como sucede con cualquier ser vivo, desde una sola célula hasta un ecosistema complejo, el cerebro depende de la interacción con los otros para su supervivencia. En el momento del nacimiento, el cerebro humano depende de sus cuidadores para su supervivencia y crecimiento. Los cuidados prolongados y sofisticados que han

evolucionado en los primates permiten que gran parte del crecimiento y el desarrollo ocurran durante el período postnatal. Esto permite que cada cerebro humano sea una mezcla única de herencia y ambiente que construye sus estructuras a través de las interacciones y se adapta a su entorno. Los padres son el ambiente primario al que se adapta el cerebro del bebé, y sus mentes inconscientes son nuestra primera realidad. Sus comunicaciones no verbales y patrones de respuesta ante las necesidades básicas del bebé modelan literalmente las percepciones del mundo del niño y su sentido de sí mismo. Dado que los primeros años de vida son un periodo de desarrollo cerebral exuberante, las primeras experiencias tienen un impacto desproporcionado en el desarrollo de los sistemas neuronales.

Nuestros cerebros se construyen en la interfaz entre experiencia y genética, y herencia y ambiente se convierten en un solo factor. Los genes sirven en un primer momento para organizar el cerebro e iniciar los períodos sensibles, más tarde orquestan la transcripción de la experiencia a material genético. El setenta por ciento de la estructura del cerebro se le añade después del nacimiento y es esculpida por la experiencia. A través de esta alquimia bioquímica, la experiencia se convierte en carne y el amor toma forma material. Mediante la transcripción de la experiencia en material genético la experiencia se convierte en el disco duro de nuestro cerebro. Este, a su vez, organiza los de otros, permitiendo que nuestras experiencias pasen a formar parte de las de un grupo y perduren en el tiempo. Si bien formar parte de un grupo de cerebros sociales da como resultado un buen número de dificultades también nos otorga la capacidad de regular interactivamente los estados internos de los demás e impacta en el crecimiento y la integración de nuestro cerebro. La evolución —a través de la dimensión social de nuestro cerebro— nos ha dotado de capacidades de conexión, regulación, sintonía y crecimiento ligadas a los cerebros de los demás, como contrapartida a algunas desventajas.

En nuestra vida cotidiana, esta conexión, regulación, sintonía y crecimiento se produce con quienes tenemos un vínculo más estrecho. Cuando esto no es posible, buscamos la ayuda de un psicoterapeuta. Los psicoterapeutas son personas formadas para usar sus cerebros sociales como herramientas para conectar y modificar los cerebros de sus clientes. A través de procesos neurobiológicos interpersonales, los terapeutas sirven como un circuito neuronal externo que ayuda a reestablecer un flujo óptimo de energía e información. Esto es así para los circuitos neuronales interhemisféricos y a través de todos los niveles de neuraxis desde las regiones más profundas hasta los componentes de más reciente evolución de la neocorteza. A través de este incremento en la integración neuronal se establece un mejor procesamiento mental y los síntomas se sustituyen por comportamientos funcionales.

En primer lugar examinaremos la herencia de la evolución tal como se manifiesta en el crecimiento, desarrollo e integración del cerebro humano contemporáneo. Veremos cómo cambios tales como una neocorteza expandida, la lateralidad hemisférica y el desarrollo del lenguaje se dan en una tensión dinámica con la



conservación de las reglas automáticas de sus predecesores subcorticales primitivos. Dado que tanto la velocidad como la flexibilidad de respuesta son vitales, la evolución de los primates refleja un compromiso entre ambas (Mesulam, 1998). Cada red neuronal manifiesta elementos de este compromiso y, como sucede en la mayoría de compromisos, da como resultado colateral algunos defectos funcionales. En último término, la herencia y la plasticidad proporcionada por las relaciones sociales son las herramientas que utilizan los psicoterapeutas para reducir el impacto de los compromisos de la evolución sobre el cerebro.

## CONSERVACIÓN

El modelo de *cerebro triuno*, tres estructuras unidas en una, de Paul MacLean (MacLean, 1990) es bastante conocido. Según él, en el núcleo se encuentra el cerebro reptiliano que es el responsable de la activación, el *arousal*, la homeostasis del organismo y el instinto de reproducción. El cerebro paleomamífero, responsable del aprendizaje, la memoria y la emoción envuelve al cerebro reptiliano. El cerebro neomamífero, sobre todo la neocorteza cerebral, se requiere para el pensamiento consciente y la conciencia de uno mismo (MacLean, 1985). Estos tres niveles siguen básicamente la distinción entre tronco cerebral, sistema límbico y corteza. La noción de conservación en el modelo de MacLean se refleja en el mantenimiento y modificación de las estructuras más tempranas en funciones más complejas (Taylor, 1999). Por ejemplo, el *locus coeruleus*, parte del tronco cerebral primitivo, parece mediar en las funciones de aprendizaje y ejecución de la corteza frontal de más reciente evolución (Bouret & Sara, 2004; Middleton, Sharma, Agouzoul, Sahakian, & Robbins, 1999). El modelo triuno del cerebro contiene una explicación evolutiva que puede aclarar algunas de las contradicciones y discontinuidades de la conciencia y el comportamiento humano. MacLean sugiere que nuestros tres cerebros no siempre trabajan bien juntos. Propone que el vínculo entre ellos es problemático dado que sus “mentalidades” discrepan (MacLean, 1990). Otro aspecto de la conservación evolutiva es la retención del control ejecutivo de las funciones más básicas y primitivas en los niveles inferiores del cerebro. Por ejemplo, el tronco encefálico conserva la función ejecutiva de orientación de los reflejos y regulación de las funciones básicas del cuerpo, mientras que las estructuras límbicas, particularmente la amígdala, dirigen la respuesta de miedo y la activación del sistema nervioso autónomo. Es más, MacLean señaló que sólo una pequeña sección del cerebro neomamífero es capaz de generar conciencia y comunicación verbal. El hecho de que tantos procesos neurales se den fuera de nuestra conciencia y de que estas decisiones ejecutivas a múltiples niveles puedan ser contradictorias crea la base para el conflicto interno.

Lo que Charcot denominó histeria podría ser el resultado de «conexiones» inadecuadas o problemáticas entre cerebros diferentes que cohabitan en uno. La descripción de MacLean de cómo el cerebro reptiliano o paleomamífero no verbal

influyen en el neomamífero también recuerda a la distinción de Freud entre consciente e inconsciente. Así, un paciente de la clásica histeria, podría ser incapaz de conectar las cogniciones verbales neomamarias con los síntomas físicos controlados por las partes no-verbales de su cerebro —de modo que parecería que sus síntomas hubieran aparecido de la nada: del inconsciente. Esta formación anacrónica del cerebro triuno enfrenta al terapeuta con el reto de tratar simultáneamente a una persona, un caballo y un cocodrilo que intentan cohabitar en el mismo cuerpo (Hampden-Turner, 1981). El conflicto interno y el malestar emocional han llevado a nuestros congéneres a consultar a los ancianos de la tribu y a los chamanes, a peregrinar o a encerrarse en monasterios o universidades a lo largo de toda la historia. La psicoterapia es una de las adiciones más recientes a la lista de formas de buscar ayuda.

La psicoterapia psicodinámica ha puesto nuevos nombres a las diferentes partes del cerebro triuno. Se las puede llamar ello, yo y superyó; o niño, adulto y salvaje. Sea cómo sea, animamos a nuestros clientes a hablar de las diferentes fuerzas que habitan en su interior, a familiarizarse con ellas y a intentar entender sus orígenes evolutivos. Al dar forma a una narrativa sobre ellas el cliente es más capaz de tomar conciencia de sus peculiaridades y conflictos, de predecir cuándo pueden ser problemáticos y de buscar una forma de que coexistan pacíficamente.

## **EL SESGO DEL APRENDIZAJE TEMPRANO**

La teoría de que la ontogénesis recapitula la filogénesis se refiere al concepto de que la evolución de la especie se recrea en la gestación y el desarrollo de cada individuo. En términos de MacLean, pasamos por las fases reptilianas y paleomamífera antes de ser del todo humanos. Si bien la teoría de la recapitulación es incorrecta en muchos sentidos (Gould, 1977), existen paralelismos interesantes entre nuestra historia y el proceso evolutivo de nuestra especie. Si bien al nacer las estructuras más primitivas ya son plenamente funcionales, la corteza se desarrolla poco a poco durante las primeras décadas de vida. Gran parte de nuestro aprendizaje emocional e interpersonal se produce durante nuestro primer año bajo el control de nuestro cerebro primitivo. Como resultado, una gran cantidad de aprendizaje extremadamente importante tiene lugar antes de que seamos conscientes de lo que estamos aprendiendo.

Dado el poco control que tenemos sobre nuestra experiencia temprana, y dado que todo el mundo puede tener hijos independientemente de su competencia, una cantidad enorme de ajustes emocionales se deja al azar. La memoria explícita requiere de redes que implican al hipocampo y a estructuras corticales superiores, que se desarrollan después del segundo año de vida (Fuster, 1996; Jacobs, van Praag, & Gage, 2000; LeDoux, 1996; McCarthy, 1995). La amnesia infantil es un resultado de la inmadurez de estos sistemas de memoria. En ausencia de memoria explícita aprendemos si el mundo es seguro o peligroso, cómo establecer relaciones

de apego con los demás y si son dignos de amor o de rechazo. Estos recuerdos permanecen inaccesibles a la consideración y modificación consciente. Esas lecciones vitales, almacenadas en redes distribuidas en nuestro cerebro, no pueden atribuirse a ninguna fuente; es decir, no recordamos cómo las aprendimos. Llegamos a la autoconciencia años después de haber sido programados con aprendizajes tempranos y haberlos aceptado naturalmente como nuestra única verdad.

El lento desarrollo del cerebro maximiza la influencia de los factores ambientales, incrementando sus posibilidades de sobrevivir ante cambios radicales de una generación a otra. El hecho de que el cerebro se vea conformado después del nacimiento hasta tal punto conlleva a la vez una buena y mala noticia. La buena noticia es que el cerebro individual está construido para sobrevivir en un entorno concreto. La cultura, el lenguaje, el clima, la nutrición y los padres conforman nuestro cerebro en un modo único. Dado que las relaciones son nuestro entorno primordial, la personalidad de nuestros padres, sus procesos inconscientes y su conducta serán el contenedor que conforma la organización de nuestro cerebro. En buenos tiempos y con unos buenos padres esta construcción temprana del cerebro puede servir al niño bien durante toda su vida. La mala noticia llega cuando los factores no son tan favorables, como en el caso de una guerra o de psicopatología de los padres. El cerebro queda entonces esculpido de una manera que puede llegar a ser desadaptativa.

La gente que ha padecido abusos o malos tratos en la infancia ingresa en la edad adulta con poca conciencia de sus experiencias tempranas pero con toda una serie de síntomas. La rabia explosiva, los trastornos alimentarios, los problemas de drogas y alcohol e incluso la promiscuidad son bastante habituales en estos casos. También padecen trastornos de identidad y tienen una mala imagen de sí mismos exacerbada por sus conductas, de las cuales a menudo culpan a su propio carácter. En ausencia de la capacidad para conectar estas sensaciones y pensamientos con su victimización pasada, estas parecen presentarse sin causa, desde dentro. Puesto que el recuerdo explícito de su victimización se ha perdido en la amnesia infantil, al cliente sólo le queda recurrir a su propio carácter para dar sentido a su caos interno y a su comportamiento amoral. Si se les ayuda a contemplar la realidad de su experiencia temprana, la presentación sintomática disfrazada se puede considerar como su memoria implícita de los acontecimientos, permitiendo que entiendan sus comportamientos como los efectos disfuncionales de su experiencia temprana y como una forma de venganza desorientada.

## **LA VELOCIDAD DEL PROCESAMIENTO INCONSCIENTE**

El registro de una experiencia en la conciencia lleva aproximadamente 500-600 milisegundos mientras que la amígdala, sede del miedo y de los circuitos del apego, puede reaccionar a una amenaza potencial en menos de 100 milisegundos (Keysers, Xiao, Földiák, & Perrett, 2001). Nuestra amígdala se activa viendo

rostros incluso si se presentan demasiado rápidamente para que nos demos cuenta de que los hemos visto (Adolphs, Tranel, Damasio, & Damasio, 1994; Critchley, et al., 2000; Morris, Friston, et al., 1998; Morris, Frith, et al., 1996; Whalen, 1998). Esto significa que cuando nos hacemos conscientes de una experiencia ya se ha procesado varias veces, activando recuerdos similares y provocando emociones. Este afecto de fondo conformará la percepción de aquello a lo que se está atendiendo conscientemente (Nomura, et al., 2003).

Así, mientras pensamos que estamos experimentando lo que está a nuestro alrededor, lo que experimentamos es más bien lo que está ya dentro de nosotros. Esto tiene sentido para la valoración rápida y la acción refleja pero también da lugar a distorsiones, prejuicios, y a que caigamos en las rutinas perceptivas que nos mantienen asustados, aislados o confundidos. Parece que los esquemas de apego son la suma de miles de experiencias con nuestros primeros cuidadores que se convierten en predicciones de los resultados de futuras relaciones. Estos esquemas se activan en relaciones subsecuentes y nos conducen a buscar o evitar la proximidad. Los esquemas de apego se activan automáticamente antes de que seamos incluso conscientes de con quién estamos a punto de interactuar. Los esquemas conforman nuestra experiencia consciente de los demás activando sistemas rápidos de evaluación emocional.

## **VELOCIDAD DE RESPUESTA VS. FLEXIBILIDAD**

Para sobrevivir, los animales tienen que ser o resistentes o rápidos. Las tortugas y las liebres son buenos ejemplos de estas dos opciones diferentes pero igualmente viables. Al carecer de caparazón, los seres humanos parecemos estar más bien en la categoría de las liebres. Por otra parte, nuestra elaborada corteza cerebral nos separa tanto de la tortuga como de la liebre, aunque debajo de ella haya un cerebro similar a los suyos. Igual que el caparazón hace más lenta a la tortuga, a nosotros nos retrasa pensar porque lleva más tiempo que reaccionar por reflejos. Dado que el cerebro de los primates ha desarrollado estructuras cada vez más complejas, parece haber tenido que luchar por mantener en equilibrio entre las estrategias de supervivencia mamíferas y reptilianas más primitivas y las que permite una corteza mucho mayor.

Nuestra corteza expandida nos permite una gran flexibilidad de respuesta comparada con la de nuestros parientes más primitivos. Los conejos pueden correr, las tortugas pueden esconderse en su caparazón, los leones pueden atacar o huir, pero nosotros podemos desarrollar estrategias, construir trampas o aprender el lenguaje de otra especie para utilizarlo contra ella. Por supuesto, todo esto lleva tiempo cuando en algunos casos es más probable que nos salve un reflejo rápido. La velocidad y la flexibilidad son obviamente vitales para nuestra supervivencia, y la evolución de los primates refleja un compromiso entre las dos (Mesulam, 1998). La dialéctica entre velocidad y flexibilidad es una manera general de plantear cómo

la evolución ha intentado conservar a la vez la corteza y las áreas subcorticales. Como veremos, este equilibrio emerge de muchas maneras.

## **ESPECIALIZACIÓN HEMISFÉRICA E INHIBICIÓN LATERAL**

Durante el curso de la evolución los hemisferios cerebrales derecho e izquierdo han llegado a ser cada vez más diferentes (Geschwind y Galaburda, 1985). Si bien tener hemisferios similares proporciona un sistema de reserva en caso de lesión, la selección natural aparece favorecer la especialización hemisférica para proporcionar una organización neuronal más compleja y funciones de mayor nivel. Las áreas de la corteza izquierda y derecha se han especializado para servir a la formación del sí mismo lingüístico consciente en la izquierda y el emocional y físico en la derecha. Durante los primeros años del desarrollo, el hemisferio izquierdo se mantiene en segundo plano y se reserva para funciones que se desarrollan más tarde (Gould, 1977) mientras que el hemisferio derecho es moldeado por las experiencias corporales y emocionales tempranas del niño (Schore, 1994).

Puede que, a medida que nuestros hemisferios izquierdo y derecho se diferenciaban durante la evolución, cada uno haya llegado a dominar ciertas funciones específicas después de experimentos fallidos de democracia transcortical (Levy, Trevarthen, & Sperry, 1972). Ahora parece que la dominancia lateral depende del dominio funcional en cuestión (Cutting, 1992; Goldberg y Costa, 1981; Semmes, 1968). Por ejemplo, el hemisferio izquierdo, que contiene el área de Broca, es el dominante en el procesamiento del lenguaje verbal, el razonamiento causa-efecto y la creación de una narrativa lógica cuando no toda la información está disponible. El hemisferio derecho es dominante en el procesamiento de la información espacial, el sentido de dónde está situado el cuerpo en el espacio y la percepción y expresión de aspectos no verbales de la comunicación y del afecto. Unir las fuerzas de cada hemisferio permite la integración máxima de nuestra experiencia cognitiva y emocional con nuestros mundos internos y externos. Cuando estamos despiertos el hemisferio derecho proporciona constantemente información al izquierdo, aunque ese hemisferio no necesariamente la registre, entienda, ni permita que acceda a la conciencia. Nasrallah (1985) sugiere que esta entrada se relaciona con la intuición, las sensaciones, la fantasía y las imágenes visuales. Esta filtración de procesos hemisféricos derechos puede ser necesaria para permitir que sigamos centrados en las tareas que nos ocupan.

La «sobre-inhibición» de la información del hemisferio derecho respecto al izquierdo puede dar lugar a ciertas formas de psicopatología. La alexitimia, incapacidad para experimentar sentimientos y describirlos conscientemente, se caracteriza por un déficit en las funciones identificadas generalmente con el hemisferio derecho. Los pacientes con este trastorno han sido descritos como sujetos a un «déficit interhemisférico de la transferencia bidireccional» (Taylor, 2000). Esto deja al sí mismo consciente del hemisferio izquierdo con poca

información procedente del procesamiento emocional, intuitivo e imaginativo del derecho. Los clientes que sufren de alexitimia saben reconocer que los demás tienen sentimientos pero a menudo informan de que no pueden localizarlas dentro de sí mismos. Es como si las sensaciones se hubiesen excluido de su percatamiento consciente. Desde una perspectiva psicodinámica, estos pacientes parecen atrapados en un pensamiento de proceso secundario, desconectados de sus mundos internos físicos y emocionales. Tienen dificultades para beneficiarse de las formas tradicionales de terapia psicológica debido a su incapacidad para acceder a emociones en la sesión o para utilizar su imaginación para ampliar su pensamiento sobre sí mismos.

El examen de pacientes con trastornos psicósomáticos revela patrones similares a los de los pacientes con alexitimia. Hoppe (1977) encontró que los pacientes psicósomáticos también tenían sueños empobrecidos, escasez de pensamiento simbólico y dificultades para expresar sus sentimientos con palabras. Dificultades similares se encontraron en supervivientes del holocausto nazi y en pacientes con el cuerpo caloso seccionado (Hoppe y Bogen, 1977). La autonomía de ambos hemisferios podría estar conduciendo a una falta de integración en procesos, tales como el desarrollo de un sentido coherente del uno mismo, que requieren de su integración. Así, la opción de la evolución por la dominancia del procesamiento consciente del hemisferio izquierdo nos hace vulnerables a una sobre-inhibición de los inputs emocionales y corporales y al desarrollo de trastornos psicósomáticos y alexitimia.

Cuando durante el desarrollo temprano se produce un trauma, la comunicación entre los hemisferios se integra menos y se observan síntomas patológicos. De Bellis et al. (1999) y Teicher et al. (2004) utilizaron técnicas de neuroimagen (resonancias magnéticas) para comparar el volumen del cuerpo caloso de gente sana con el de gente con historias de abuso y abandono en la infancia. En estos estudios se encontró que el menor volumen del cuerpo caloso correlacionaba positivamente con los síntomas de trastorno por estrés post-traumático, lo cual indicaba que los cerebros de quienes lo padecían tenían menos fibras disponibles para conectar e integrar los procesos hemisféricos derecho e izquierdo. El equipo de Teicher propuso que muchos de los síntomas de trastorno por estrés post-traumático (p.e., disociación, ansiedad aumentada, hipervigilancia, afecto restringido, foco en los peligros, miedo exagerado) podían ser adaptativos si uno ha nacido en un mundo que resulta peligroso (2002).

## **LA SUPRESIÓN DEL LENGUAJE Y DE LA CAPACIDAD PREDICTIVA EN CONDICIONES DE ESTRÉS**

Cuando los animales oyen un sonido extraño y potencialmente amenazador se quedan inmóviles, en silencio y examinan atentamente el entorno en busca de posibles depredadores. Esta respuesta de detención es un reflejo primitivo que

compartimos con nuestros antiguos parientes. Si nos quedamos inmóviles es menos probable que nos vean u oigan; mantener la cabeza quieta nos permite localizar mejor la fuente del peligro potencial; si mantenemos silencio disminuimos las probabilidades de ser detectados. La investigación ha demostrado que en estados de *arousal* elevado se inhibe la acción del área de nuestro cerebro responsable de la producción del discurso —el área de Broca; Rauch et al. (1996). Parece que la evolución, al conservar la respuesta de detención, nos ha dejado sin habla cuando estamos asustados.

Si bien esta reacción puede no tener ningún efecto negativo en los animales, puesto que no hablan, para un ser humano es un precio elevado a pagar por estar asustado. Cuando la gente está traumatizada pierde la capacidad de hablar, de expresar sus sensaciones en palabras y de crear una narrativa que podría ayudar a dar sentido a la experiencia y a crear redes inhibitorias para controlar el miedo. Un problema adicional de esta inhibición es que el área de Broca también contribuye a los sistemas cerebrales que nos ayudan a anticipar y predecir los comportamientos de los demás y suele resultar útil para defendernos. La pérdida simultánea de las palabras y de las capacidades de planificación cuando uno está amenazado y traumatizado aumenta el impacto de la amenaza a la vez que la probabilidad de la disociación, el trastorno por estrés post-traumático y la victimización continuada.

## **EL SESGO HACIA LA ANSIEDAD Y EL MIEDO**

Sobrevivimos aproximándonos a lo que nos mantiene vivos y alejándonos de lo que es peligroso. La supervivencia se basa en decisiones rápidas y precisas de aproximación-evitación. Parece que algunas ansiedades están inscritas genéticamente, son específicas de los primates y están ligadas a nuestras necesidades de supervivencia presentes y futuras. Tanto el miedo a las arañas como a las serpientes, a los espacios abiertos y/o cerrados o a las alturas nos recuerdan los reflejos de supervivencia de nuestros antepasados habitantes de los árboles. Dado que las reacciones de vigilancia y de aproximación-evitación son un mecanismo central del proceso de la selección natural, la evolución favorece a los genes ansiosos (Beck, Rush, Shaw , & Emery, 1979).

La base de los circuitos neuronales implicados en el miedo y la ansiedad es la amígdala, una estructura que compartimos con nuestros antepasados reptiles que se vieron obligados a centrarse en la evaluación de su medio circundante. Con la evolución de la corteza los seres humanos ganamos la capacidad de tener una imaginación compleja que puede proyectarnos en el futuro y a mundos de nuestra propia invención. Por desgracia estos circuitos primitivos del miedo no distinguen el peligro real del imaginario. Esto hace que seamos susceptibles de experimentar ansiedad casi por cualquier cosa —conducir un coche, una crisis existencial o la destrucción inevitable del planeta Tierra cuando nuestro sol envejezca y su luz se extinga.

¿Por qué es tan fácil olvidarse de un nombre pero tan difícil olvidar algo que nos da miedo? Una de las razones por las que el miedo es tan difícil de olvidar puede residir en las diferencias de neuroplasticidad entre el hipocampo y la amígdala. El hipocampo, fundamental para la memoria explícita, varía de tamaño dependiendo de los requisitos de aprendizaje a los que se enfrenta, invierte antiguos aprendizajes y mantiene constante su capacidad para modificar lo aprendido. Por el contrario, la amígdala ha demostrado que su modelado dendrítico tras una situación estresante es permanente (Vyas y Chattarji, 2004). Dicho de otra forma, el papel de la amígdala es recordar las amenazas y generalizar lo aprendido a otras amenazas posibles, mientras que el hipocampo se remodela constantemente para mantenerse al corriente de los cambios ambientales. La evolución ha conformado nuestros cerebros para que pequen de cautos y para que se asusten aunque eso sólo sea remotamente útil.

El miedo vuelve nuestro comportamiento rígido. Nos asusta asumir riesgos y aprender cosas nuevas, lo que da lugar a que quien está enfermo continúe enfermo. Un síntoma reconocible del trauma es la «neofobia» o miedo a cualquier cosa nueva. Una vez que el miedo ha conformado nuestro cerebro para percibir, pensar y actuar de forma estereotipada tendemos a mantener patrones rígidos que son reforzados por nuestra propia supervivencia. Nuestra lógica interna es auto-perpetuadora, cosa que hace difícil que demos respuestas diferentes de las que ya conocemos. Nuestra única oportunidad para aprender se reduce entonces a la influencia de los demás. Sin embargo, las relaciones con ellos son también difíciles porque junto con el miedo aprendemos la desconfianza y perdemos así nuestro sentido de seguridad. No nos es fácil mantener relaciones de cuidado mutuo, ni beneficiarnos de ellas. La franqueza y la confianza son criaturas frágiles; incluso con la gente a la que más queremos.

## **LA FORMACIÓN DEL CEREBRO SOCIAL**

A diferencia de los reptiles que cavan un agujero, ponen sus huevos y se marchan, los seres humanos tenemos relaciones, instintos maternos, amistades, familias y sociedades. A veces nos preguntamos si la vida no sería más fácil sin los chismes, las envidias y la familia política... Quizá, pero quizá no. Partimos de la base de que nuestro cerebro social se ha formado por selección natural porque nuestra supervivencia se ve favorecida por ser organismos sociales. Probablemente un cerebro más grande y más complejo permite respuestas más diversificadas en situaciones difíciles y en entornos cambiantes. Nuestro cerebro nos permite diseñar nuestro vestuario, construir viviendas con calefacción central y estaciones espaciales con ambientes artificiales que amplían nuestros *habitats* y fuentes de alimento. ¿Pero explica esto porqué tenemos relaciones?

Sabemos que la expansión de la corteza de los primates se corresponde con grupos sociales cada vez más grandes. La ventaja no es solamente que eso aumente la seguridad, sino que también aumenta la capacidad para que los grupos se



especialicen en tareas tales como la caza, la recolección y el cuidado de los pequeños. Así pues, mientras que muchos peces y reptiles han de nacer completamente preparados para enfrentarse a los desafíos de la supervivencia, los niños pasan por años de dependencia total durante los cuales su cerebro crece, se adapta y se forma gracias a experiencias muy concretas. Así, el desarrollo del cerebro, la organización del grupo y la comunicación social co-evolucionan en una red de dependencias entrelazadas.

Hay muchas teorías interesantes sobre cómo los seres humanos llegamos a ser las criaturas sociales que somos. El argumento general es algo así:

- Los grupos sociales de tamaño mayor incrementaron las probabilidades de supervivencia, pero exigieron cerebros más grandes y más complejos para procesar la información social.
- Un cerebro mayor y más complejo permitió estructuras sociales mayores y más complejas, un tratamiento de la información más complejo y más capacidades de adaptación.
- A la vez, un cerebro mayor y más complejo requiere un período más largo de desarrollo y eso resulta en períodos prolongados de dependencia infantil.
- Períodos más largos de dependencia requieren más atención y esmero, cuidados maternos especializados y estructuras sociales que puedan apoyar esta especialización.
- Las estructuras sociales complejas fomentaron el desarrollo de procesos complejos de comunicación que conducían al desarrollo del lenguaje oral y escrito.
- El lenguaje y la cultura escrita proporcionaron a nuestros cerebros en desarrollo la capacidad de registrar y acumular historias e información y de desarrollar tecnología.
- Los logros de la cultura permitieron incluso un tamaño mayor del grupo.

A medida que el tamaño de los grupos de los primates aumentó, los gruñidos y gestos manuales —suficientes para grupos pequeños— se volvieron inadecuados y se fueron transformando gradualmente en lenguaje hablado. Mientras los grupos sociales se hacían más grandes y el lenguaje más elaborado era necesaria más corteza para procesar información cada vez más compleja. La complejidad cortical en aumento y la evolución del lenguaje permitieron el desarrollo de niveles más elevados de funcionamiento simbólico. Estos procesos evolutivos interdependientes conformaron el cerebro humano actual. Los seres humanos somos criaturas sociales interdependientes con capacidades lingüísticas y de pensamiento simbólico. A través de todos estos cambios tan notables seguimos siendo gobernados por los principios biológicos básicos de la homeostasis, los conflictos fundamentales de atracción-evitación y los flujos de información eléctrica y química a través de nuestro cuerpo. Es desde esta perspectiva «de abajo arriba» que hemos examinado cómo la conservación biológica convierte nuestras vidas en problemáticas.

## LA PRIMACÍA DE LA PROYECCIÓN

El cerebro de los primates desarrolló circuitos complejos que se activan mientras observamos a los que nos rodean. Las neuronas de las áreas premotoras de la corteza frontal de los primates se disparan cuando observan a otro llevando a cabo un comportamiento específico tal como agarrar un objeto con una mano (Jeannerod, Arbib, Rizzolatti, & Sakata, 1995). Algunas de estas neuronas son tan específicas que sólo se disparan cuando un objeto es agarrado de cierta manera y con unos dedos en concreto (Rizzolatti y Arbib, 1998). Estas mismas neuronas se disparan cuando el mono realiza la acción él mismo (Gallese, Fadiga, Fogassi, & Rizzolatti, 1996). Estas neuronas espejo vinculan las redes de la observación y de la acción que nos permiten (a) aprender de los demás mediante la observación, (b) anticipar y predecir sus acciones de forma que podamos coordinar la autodefensa del grupo, y (c) activar estados emocionales internos que mantienen nuestra resonancia emocional y nuestra empatía.

La existencia de estas redes de neuronas espejo sugiere que la evolución ha dedicado millones de años a refinar nuestros sistemas de lectura de las intenciones, comportamientos, pensamientos y sentimientos de los demás. Somos rápidos en pensar que conocemos a los demás dado que estos procesos, y las atribuciones y emociones que generan, son automáticos e inconscientes. El antropomorfismo — la tendencia a imputar pensamientos e intenciones humanas a animales u objetos inanimados— puede tener sus raíces en los sesgos proyectivos de nuestro cerebro. Todo este trazado de circuito neuronal nos hace muy buenos a la hora de sacar conclusiones sobre qué hay en la mente de los demás. Desgraciadamente, la evolución no ha considerado oportuno hasta ahora invertir la misma cantidad de circuito en el conocimiento de uno mismo. Esta puede ser la causa de que a menudo descubramos nuestras propias verdades en lo que les decimos a los demás sobre sí mismos. Proyectamos nuestras intuiciones sobre nosotros mismos en ellos y asumimos que es su verdad, no la nuestra. Es fácil ver qué hay de malo en los demás, pero es muy duro llegar a ver qué hay de malo en uno mismo.

Si bien Freud consideró la proyección como defensiva, la literatura de las neurociencias sugiere que puede ser un producto de cómo se ha desarrollado nuestro cerebro para procesar la información. La proyección es reflexiva y disminuye la ansiedad, pero la autoconciencia requiere esfuerzo, atención sostenida y capacidad para tolerar la ansiedad. Ver nuestros propios defectos nos enfrenta a la posibilidad del rechazo social, una realidad generadora de ansiedad —cosa que hace que generalmente se evite. Una mayor fuerza del yo puede correlacionar con una disminución de las defensas proyectivas debido a una capacidad creciente para regular el afecto y tolerar la ansiedad.

El autoanálisis no suele llevarnos a grandes novedades dado que la lógica de nuestra investigación está sumamente entrelazada con nuestros aprendizajes y presupuestos implícitos. Hasta el observador más ingenuo puede ver muchas cosas

en nosotros más claramente de lo que las vemos nosotros mismos. Incluso Freud, famoso por su autoanálisis, actuó evidentemente sesgado por su experiencia de su vida cotidiana y por sus propias teorías. Las relaciones nos aportan otro “par de ojos” externos que pueden darnos información a la que no podemos llegar por nosotros mismos.

## **AUTOENGAÑO INCONSCIENTE**

Quizás, hasta este momento, la autoconciencia no ha jugado un gran papel en la supervivencia. Puede incluso que haya sido discriminada por la selección natural porque conduce a vacilaciones y dudas que en un campo de batalla podrían ser claramente problemáticas. Esa puede ser la causa de que hayamos desarrollado tantas formas de distorsionar la realidad a favor de nuestra percepción, de nuestras creencias y de nosotros mismos. Los mecanismos de defensa y todos los sesgos de atribución ponen en evidencia las múltiples formas en que distorsionamos la información para favorecer a nuestra propia posición.

Los mecanismos de defensa y de autoengaño pueden cumplir varias funciones óptimas para la supervivencia. La represión, la negación y el humor ciertamente son lubricantes de los mecanismos de la vida social y nos llevan dar un giro positivo al comportamiento de los que nos rodean. Las defensas también nos ayudan a regular nuestros estados internos disminuyendo la vergüenza, la ansiedad y distanciándonos de realidades desmoralizadoras (Nesse y Lloyd, 1992). Tanto la realidad como sus distorsiones son espadas de doble filo; pueden contribuir tanto a la salud como a la enfermedad mental. La depresión se ha definido a veces como la pérdida de los mecanismos de negación y de distorsión adecuados. Algunas investigaciones incluso han sugerido que la gente deprimida ve el mundo con mayor precisión. La realidad puede ser verdaderamente deprimente.

Si bien el autoengaño disminuye la ansiedad, también aumenta la probabilidad de que consigamos engañar a los demás. Si nos creemos nuestros propios engaños es menos probable que descubramos nuestros verdaderos pensamientos e intenciones a través de nuestra conducta no verbal. La formación reactiva, o los comportamientos y sensaciones que son contrarios a nuestros deseos verdaderos, consiguen a menudo engañar a los demás de forma absolutamente eficaz. Se ha descrito, por ejemplo, que «... la gente se resiste notablemente a atribuir motivaciones impuras a un moralista vocinglero» (Nesse y Lloyd, 1992). Los buenos farsantes resultan tan convincentes que sus víctimas se niegan a creer que las han engañado a pesar de disponer de una considerable evidencia económica negativa.

En nuestros grandes grupos sociales contemporáneos la autoconciencia ha llegado a ser cada vez más importante para la supervivencia de la especie, quizás tanto como el autoengaño para la supervivencia del individuo. Distorsionar la realidad para reducir nuestra propia ansiedad puede permitir que los ricos se hagan más ricos y los moralistas más moralistas, pero a largo plazo tiene consecuencias

para el entorno y para los sistemas sociales que ejercen un impacto negativo en las generaciones futuras.

## **LA NECESIDAD DE LA PSICOTERAPIA**

La conservación, el aprendizaje precoz, la velocidad de la respuesta... todas las opciones evolutivas que hemos discutido hasta este punto nos hacen más capaces de sobrevivir; sin embargo también nos hacen más vulnerables a la desorganización y más dependientes unos de otros para seguir en el camino. Las personas con las que mantenemos relaciones tienen una gran ventaja sobre nosotros porque pueden ver cosas que inevitablemente nosotros mismos no vemos. Si son cariñosas, tienen una buena formación o ambas cosas, su cerebro puede conectarse con el nuestro y hacer que nuestras redes neuronales se mantengan integradas y en buen funcionamiento. Nos necesitamos unos a otros para regular nuestras emociones, para descubrirnos y para curarnos cuando nos dañan. La psicoterapia como ámbito emergió de estos defectos en nuestro diseño. En la Figura 1 se mencionan algunas de las opciones de la evolución junto a algunos de los riesgos psicológicos que pueden conllevar cuando la integración de los circuitos cerebrales no es la óptima.

Nuestras capacidades de resonancia interpersonal, intuición, empatía, y altruismo implican que podemos ayudarnos y curarnos unos a otros. El cerebro humano tiene debilidades características que solamente otros cerebros son capaces de reparar. Han evolucionado para desarrollarse, crecer y adaptarse constantemente a otros cerebros. Para los seres humanos las relaciones son el ambiente primario. La intimidad es lo contrario del trauma. El trauma nos enseña a estar asustados y adherirnos a una seguridad rígida. Pero la intimidad, la seguridad, la ayuda y el estímulo nos enseñan a confiar en nosotros mismos y a explorar nuestros mundos internos y externos. En el contexto de relaciones positivas y sanas nuestro cerebro continúa creciendo, adaptándose y haciéndose más flexibles durante toda la vida.

Los primeros años de vida de la mayoría de gente se dedican a conocer mejor a su madre: su olor, sabor, gusto, tacto y mirada. Experimentamos gradualmente su capacidad para adaptarse a nosotros y calmarnos ante nuestras señales de malestar; ella se hace sinónima de seguridad. Nuestras madres y nuestros padres forman nuestros cerebros “de dentro afuera” en una danza de instintos que interactúan recíprocamente. Para un bebé la supervivencia no depende de cuánto pueda correr, de trepar a un árbol o de distinguir las setas comestibles de las venenosas. Más bien sobrevivimos gracias a nuestra capacidad para detectar las necesidades y las intenciones de los que nos rodean. Cuando un bebé sonríe y establece contacto visual con su madre ella experimenta amor y gozo y actúa recíprocamente con él abrazándolo y hablándole. El bebé aprende cómo satisfacer la necesidad de afecto de la madre y de esta forma obtiene más de las atenciones y el afecto que necesita. Cuando un bebé estira del pelo a su madre y ve que ella se enfada y lo separa aprende que esta no es la forma de conseguir afecto y deja de hacerlo.

**Figura 1. Beneficios evolutivos y riesgos psicológicos relativos.**

<i>Opción evolutiva</i>	<i>Utilidad en el funcionamiento normal</i>	<i>Repercusiones sobre el funcionamiento patológico</i>
Conservación de reacciones primitivas.	Cautela ante situaciones peligrosas; no cometer los mismos errores dos veces.	Hipervigilancia y sobre-reacción a estímulos benignos (p.e., ansiedad o trastornos del estado de ánimo).
Sesgo hacia el aprendizaje precoz.	Maximización del encaje individual con el entorno.	Internalización de la parentalidad negativa, los estilos de apego inseguros y desorganizados y la psicopatología paterna.
Velocidad de procesamiento inconsciente.	Capacidades predictivas y anticipatorias rápidas.	Apego inseguro, prejuicios culturales, miedo y rabia excesivos, evitación (fobias).
Velocidad de respuesta versus flexibilidad.	Equilibrio entre la preparación inmediata y el razonamiento cognitivo.	Conductas reactivas, incapacidad para tranquilizarse, respuestas estereotipadas.
Especialización hemisférica e inhibición lateral.	Mayor número de habilidades especializadas.	La inhibición del hemisferio derecho a favor del izquierdo puede llevar a la desconexión de la cognición, el afecto y la conciencia somática.
Supresión del lenguaje y de la capacidad predictiva en condiciones de estrés.	Mantenerse quieto y callado cuando uno se esconde de un enemigo.	Falta de memoria consciente en las situaciones evocadoras de emociones.
Sesgo hacia la ansiedad y el miedo.	Cautela ante situaciones peligrosas; no cometer los mismos errores dos veces.	Miedos, fobias y trastornos de ansiedad.
Primacía de la proyección.	Ver cosas en los demás que nos preocupan a nosotros, imitar las habilidades que nos permiten la empatía y el cuidado.	Proyección. Ideación paranoide, falta de autoconocimiento, foco excesivo en los demás (p.e., personalidades dependientes, límites y narcisistas, fobia social).
Autoengaño inconsciente.	Capacidad para actuar rápidamente y asumir riesgos sin dudarle facilidad para engañar a los demás en la vida social.	Uso de defensas primitivas tales como evitación, negación y proyección.

Para los seres humanos la gente es el entorno al que nos adaptamos. Si acertamos en nuestras relaciones tendremos alimento, abrigo, protección e hijos. En el resto de este artículo sugeriremos algunas de las formas en que la gente conforma mutuamente sus cerebros.

## **LA SUPERVIVENCIA DE LOS MEJOR CRIADOS**

Los “machos alfa” de nuestra sociedad no son los culturistas rubios y altos de la televisión, sino más bien aquellos que consiguen regular el estrés. La capacidad para regular el estrés depende de las condiciones de nuestra crianza. Los más aptos de los que sobreviven son los que han sido mejor criados. Cuanto más podamos regular nuestros propios sentimientos, no estar a la defensiva y utilizar defensas más maduras, más capaces seremos de aprender sobre nosotros mismos en nuestras relaciones y de continuar creciendo a lo largo de la vida. La regulación de los sentimientos mantiene a todo el organismo más sano: el sistema inmunológico, la presión arterial y el corazón, la digestión y todo el metabolismo se ven afectados por cómo hacemos frente a la tensión.

Los esquemas de apego reflejan una forma de transducción de la experiencia interpersonal en la estructura biológica. Si comenzamos la vida con un apego seguro, tendremos la capacidad de utilizar a los demás para ayudarnos a regular nuestro afecto e integrar nuestras funciones cerebrales. El apego seguro significa una conexión emocional mantenida con una figura de vínculo en la que se confía. Esta relación contrarresta muchos de los defectos evolutivos descritos antes y mantiene nuestra plasticidad cerebral y nuestra capacidad para aprender durante toda la vida. Hay que recordar que el trazado del circuito social del cerebro y el del miedo comparten la amígdala como base. Debido a esto, la negociación de las relaciones y la modulación del miedo se convierten en una sola cosa.

El apego seguro esculpe los sistemas del cerebro social en formas que optimizan la integración de redes, el arousal autonómico y las respuestas de afrontamiento positivo (Schore, 1994). La corteza orbitofrontal y la amígdala están conectadas entre sí y con el nervio vago y el eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal por un circuito social. Este sistema procesa el valor de castigo y recompensa de los estímulos complejos (tales como los padres y otros factores ambientales relevantes para la supervivencia) y media las respuestas emocionales y viscerales basadas en aprendizajes pasados, (Hariri, Bookheimer, & Mazziotta, 2000; O’Doherty, Kringelbach, Rolls, Hornak, & Andrews, 2001; Porges, 2001; Price, Carmichael, & Drevets, 1996; Tremblay & Schultz, 1999). La regulación de estos sistemas se establece en fases tempranas de la vida y se organiza en patrones duraderos de arousal, de reactividad al estrés, y de vulnerabilidad a la psicopatología. Los estilos inseguros y desorganizados de apego reflejan patrones evolutivos y formas de enfrentarse a los episodios de pérdida de la regulación menos que óptimos. Cuando la regulación del contacto social es deficitaria debido al apego inseguro, la gente

tiende a depender de una regulación autonómica más primitiva en sus relaciones. Esto podría dar lugar a las reacciones emocionales y corporales radicales y duraderas ante la tensión interpersonal que se expresan en los comportamientos evitativos y ansiosos (Porges, 2001).

Los esquemas de apego seguros e inseguros son absolutamente diferentes. Los niños con apego seguro no producen una respuesta adrenocortical al estrés, lo cual sugiere que es una estrategia de afrontamiento exitosa. Por otra parte, los que tienen esquemas de apego inseguros muestran una reacción al estrés que sugiere que el apego inseguro se explica mejor con un modelo de *arousal* que con uno de afrontamiento (Izard et al., 1991; Nachmias, Gunnar, Mangelsdorf, Parritz, & Buss, 1996; Spangler y Grossman, 1993; Spangler y Schieche, 1998). El comportamiento de los individuos con apego seguro es una expresión del estado de su *arousal* autonómico en respuesta al miedo.

Los esquemas de apego son recuerdos implícitos que se conocen sin pensarlos. Afectan a la elección de pareja y a la calidad de nuestras relaciones. Se almacenan en la arquitectura del circuito social del cerebro y en el del miedo como predicciones de los comportamientos de los demás y dirigen inconscientemente nuestras interacciones sociales. Los esquemas de apego crean a la vez nuestras creencias sobre la gente que conocemos y nuestras reacciones a ellos. Su impacto va más allá de la capacidad de formar nuestras relaciones; también influyen fuertemente en nuestra vida emocional, nuestro funcionamiento inmunológico y nuestra experiencia de nosotros mismos. Si bien siempre se ha aceptado que las relaciones tempranas parecen tener un impacto permanente en nosotros, ahora tenemos las primeras intuiciones sobre los procesos subyacentes que median en dicho impacto. Estos esquemas de apego se evocan en la relación de la terapia como transferencia. Si se puede establecer una relación de trabajo y ver la transferencia como memoria implícita, terapeuta y cliente pueden trabajar juntos para descubrir su origen y separarlo de la situación actual.

## **PLASTICIDAD NEURONAL SOCIAL**

El cerebro es un órgano de adaptación —puede adaptarse a cualquier ambiente, incluyendo algunos que no conducen a la salud, la felicidad y la capacidad para mantener relaciones. Hemos visto mucha evidencia del impacto de la crianza temprana en la formación del cerebro social y de sus circuitos emocionales. Así, cuando nuestras relaciones tempranas son atemorizantes, abusivas o inexistentes, nuestros cerebros se adaptan obedientemente a las realidades de nuestras desafortunadas situaciones. Sin embargo, hay motivos para creer que estos circuitos mantienen su plasticidad dependiente de la experiencia a lo largo de toda la vida, especialmente en las relaciones de intimidad (Bowlby, 1988; Davidson, 2000). Además, hay investigaciones que demuestran que en la transición entre el noviazgo y el matrimonio se da una tendencia a evolucionar desde esquemas inseguros y

desorganizados de apego a patrones de mayor seguridad (Crowell, Treboux , & Waters, 2002).

La plasticidad dependiente de la experiencia se ha encontrado en muchas áreas del cerebro, incluyendo la corteza prefrontal (Kolb y Gibb, 2002), la amígdala (Maren y Fanselow, 1995) y el hipocampo (Maletic-Savatic, Malinow , & Svoboda, 1999). Estas estructuras, fundamentales para el aprendizaje y la memoria, son también claves en la organización de los esquemas de apego. Es muy probable que las conexiones seguras con los demás sirvan para modificar los esquemas de apego inseguro.

En un trabajo previo, uno de nosotros esbozó los aspectos de la psicoterapia exitosa que optimizan las condiciones de neuroplasticidad del cerebro para maximizar el éxito del tratamiento (Cozolino, 2002). Son las siguientes:

- Una relación segura y de confianza con un terapeuta con el que se produce una conexión emocional;
- El mantenimiento de niveles moderados de *arousal*;
- La activación de cognición y emoción;
- La co-construcción de una narrativa que refleje los aspectos positivos del *self*.

Revisando varias orientaciones psicoterapéuticas parece que todos estos elementos se dan en las principales modalidades de tratamiento, y que son condiciones necesarias para su éxito. Cada uno de estos cuatro elementos parece también tener un cierto grado de apoyo en la literatura neurobiológica. Una relación de intimidad emocional con el terapeuta inhibe las respuestas del miedo de la amígdala en la relación y activa el circuito del apego haciéndolo más plástico. Los niveles moderados de *arousal* maximizan los procesos bioquímicos que conducen a la síntesis de las proteínas necesarias para modificar las estructuras neuronales. La activación de circuitos afectivos y cognoscitivos permite la reasociación y regulación de los sistemas frontales, maximizando la integración de la experiencia entre los hemisferios derecho a izquierdo. El trabajo contra la disociación de las redes afectiva y cognitiva es una meta fundamental de muchas formas de terapia y resulta vital para el tratamiento de una amplia gama de trastornos. Finalmente, la co-construcción de una nueva narrativa crea un nuevo lenguaje para la experiencia, cosa que puede modificar la autoimagen y servir como guía para el comportamiento positivo futuro.

El estudio de las relaciones de parentalidad óptima ofrece muchas pistas sobre las relaciones terapéuticas. Después de todo las redes del cerebro social se construyen en el contexto interactivo de las relaciones paterno-filiales y puede que cambien de maneras similares. Desgraciadamente, el estrés en etapas tempranas de la vida, las dificultades de vinculación, la psicopatología de los padres y otras experiencias traumáticas hacen difícil la conexión y el apego. Dado que la base del cerebro social es también el núcleo del trazado del circuito del miedo, la experiencia negativa temprana puede dar lugar a que las relaciones sociales actúen como



estímulo para la ansiedad. Así, el miedo generado en relaciones pasadas se convierte en problemas de desconfianza, falta de intimidad y dificultades de regulación afectiva en relaciones subsecuentes. No es de extrañar que el desafío mayor para la psicoterapia sea el establecimiento de la suficiente confianza como para permitir que se dé una relación terapéutica de apego.

## **NARRATIVAS E INTEGRACIÓN DE REDES NEURONALES**

El cerebro humano contemporáneo encarna millones de años de adaptación evolutiva, con estructuras antiguas que se conservan y modifican y nuevas estructuras que emergen, se amplían y se conectan en red. Las redes y los incontables compromisos de diseño que obran recíprocamente crean simultáneamente grandes logros y caos potencial. La evolución del cerebro es interdependiente al aumento de complejidad social y a la aparición del lenguaje. Las narrativas han emergido como elemento de organización central de estos procesos co-evolutivos.

Las narrativas sirven como herramientas muy poderosas para el trabajo de la integración de redes neuronales de alto nivel (Rossi, 1993). La combinación de una línea argumental directa y orientada a metas con expresiones emocionales verbales y no verbales activa y utiliza el procesamiento de ambos hemisferios —izquierdo y derecho— así como procesos corticales y subcorticales (Siegel, 1999). Esta activación cooperativa e interactiva puede ser precisamente la que se requiere para esculpir redes neuronales integradas. Las narrativas requieren la participación de estructuras cerebrales múltiples permitiendo que combinemos, en nuestra memoria consciente, nuestros conocimientos, sensaciones, sentimientos y comportamientos (Siegel, 1999).

Gran parte de la integración neuronal se da en las áreas de asociación de los lóbulos frontal, temporal y parietal, que sirven para coordinar, regular y dirigir múltiples circuitos neuronales. Son los operadores de la centralita telefónica del cerebro, capaces de usar el lenguaje, las historias y las narrativas para conectar el funcionamiento sistémico a través del cerebro y del cuerpo. Una historia bien narrada, que contenga conflictos y su resolución, gestos y expresiones y pensamientos salpicados de emoción conecta a la gente e integra redes neuronales. Una estructura narrativa inclusiva le aporta al cerebro ejecutivo la mejor plantilla y la mejor estrategia para el diseño y la coordinación de las funciones de la mente. Hay evidencia de que tales narrativas ayudan a conseguir seguridad emocional a la vez que reducen al mínimo la necesidad de defensas psicológicas elaboradas (Fonagy, Steele, Steele, Moran, & Higgitt, 1991).

Las narrativas son especialmente importantes en situaciones de estrés grave. Se ha encontrado que en estados de ansiedad y miedo extremo, la porción del cerebro responsable de la producción del lenguaje se inhibe activamente (Rauch et al., 1996). Esto se relaciona muy probablemente con la opción evolutiva por el silencio como camuflaje cuando nos sentimos amenazados. El miedo puede dar

lugar a una forma de afasia expresiva que no solamente deteriora nuestra capacidad de hablar, sino que también hace difícil la organización consciente de las ideas y la integración del proceso neuronal de la información.

Un ejemplo de la plasticidad de la memoria que resulta del intercambio narrativo interpersonal es el caso de Diego. Diego tenía 25 años y estaba en terapia por tercera vez, con una historia de abusos sexuales por parte de sus hermanos y de intentos de suicidio. A él le iba muy bien en su carrera, pero sus relaciones familiares, sociales y románticas eran caóticas y le causaban un malestar persistente. Después de muchos meses se había desarrollado un vínculo de confianza entre Diego y su terapeuta. Diego se atrevió a compartir con su terapeuta la historia de cómo su hermano lo forzó a practicar sexo oral con uno de sus amigos —Diego y el amigo de su hermano no tenían más de 7 años. Diego expresó vergüenza y cólera hacia sí mismo y rabia hacia su hermano. Estas sensaciones caracterizaban su relación de adulto consigo mismo y con su hermano.

Su terapeuta le animó a que volviese a explicar la historia, pero que se imaginara cómo hubiese sido de diferente la experiencia si él pudiera viajar en el tiempo e intervenir como adulto. Diego se vio como adulto entrando en la habitación mientras tenía lugar el abuso. Le exigió a su hermano —apenas adolescente comparado con Diego adulto— que lo detuviese inmediatamente. El Diego adulto tranquilizó al Diego niño y a su amigo, asegurándoles que no era culpa suya y que no era justo que los hubiesen colocado en esa situación. Buscó después a sus padres y los riñó por no comprobar cómo estaban los niños para saber si había que protegerlos de su hermano mayor. En su nueva narrativa Diego podía hacerse cargo de la situación y defenderse de forma competente. Todavía sentía tristeza y rabia por la violación, pero ahora con la conciencia de que la amenaza estaba en el pasado y de que como adulto tenía la energía para protegerse en sus relaciones. Lentamente la nueva narrativa de Diego dio lugar a cambios en su concepto de sí mismo y en su capacidad de comunicarse asertivamente con su familia.

La relación estable y segura con el terapeuta ayudó a reducir la actividad del miedo en el circuito de la amígdala de Diego para que pudiese participar en actividades más propias del lóbulo frontal, tales como razonar sobre sus respuestas emocionales y planear cómo enfrentarse a ellas. Antes del intercambio terapéutico las funciones hemisféricas derecha e izquierda de Diego no estaban bien integradas. Sin poder adoptar una perspectiva temporal lógica respecto al incidente había estado volviendo a vivir el acontecimiento en los niveles emocional y somático como si su hermano todavía pudiese abusar de él hoy mismo. Muy probablemente el ambiente de la familia desalentó el que se hablara entre los hermanos de los abusos, cosa que se agregó a la supresión natural del lenguaje durante los episodios traumáticos. Como hemos visto, el aprendizaje temprano establece nuestros esquemas de apego, y el patrón adulto de Diego de iniciar relaciones con gente que lo intimidaba y abusaba de él le dio al terapeuta una pista de lo que había aprendido

sobre las relaciones durante su niñez. Al implicar a Diego en una narrativa sobre un recuerdo que previamente era predominantemente del hemisferio derecho, el terapeuta facilitó una mayor integración lateral y Diego adquirió conciencia de causa-efecto.

En conclusión, la evolución del cerebro humano ha dado lugar a un número de compromisos y a un nivel de complejidad que lo hace vulnerable a la disociación y a problemas de regulación. Dado que parte de esta complejidad creciente está entrelazada con la socialización del cerebro, las relaciones y las interacciones tienen la capacidad de afectar y alterar el funcionamiento cerebral. En ausencia de un modelo de cambio basado en el cerebro, la psicoterapia ha utilizado un proceso de ensayo y error para descubrir las formas mediante las cuales influir en sus funciones y en la dirección de su desarrollo. Es gracias a esta capacidad del cerebro de afectar a otros cerebros que la psicoterapia puede alcanzar sus resultados.

La psicoterapia, como la paternidad, no es una actividad ni mecánica ni genérica. Cada pareja terapeuta-cliente crea una relación única que tiene un resultado particular. La importancia de los procesos inconscientes tanto de los padres como de los terapeutas queda resaltada por su participación activa en la co-construcción de las nuevas narrativas de sus hijos o pacientes. Como demuestra la investigación sobre apego, el inconsciente de cada padre juega un papel en la creación del cerebro del niño, igual que el inconsciente del terapeuta contribuye al contexto y al resultado de la terapia. Esto subraya la importancia de una formación y supervisión adecuada para los terapeutas que dejarán huella en los corazones, las mentes y los cerebros de sus clientes.

---

*En este artículo se exploran los aspectos históricos, científicos y teóricos de la emergencia de la psicoterapia desde sus raíces iniciales en la neurología. Ver el cerebro en su contexto evolutivo ayuda a entender su organización, sus vulnerabilidades y la necesidad emergente de la psicoterapia. Estos principios se ligan a cuestiones clínicas cotidianas para los terapeutas tales como el diagnóstico, el tratamiento y la educación de los clientes sobre su funcionamiento cerebral*

*Palabras clave: neurobiología, psicoterapia, evolucionismo, narrativas, psicología clínica.*

## Referencias bibliográficas

- ADOLPHS, R., TRANEL, D., DAMASIO, H., & DAMASIO, A. (1994). Impaired recognition of emotion in facial expressions following bilateral damage to the human amygdala. *Nature*, 372, 669–672.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F., & EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- BOURET, S., & SARA, S. J. (2004). Reward expectation, orientation of attention and locus coeruleus-medial frontal cortex interplay during learning. *European Journal of Neuroscience*, 20, 791–802.
- BOWLBY, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- COZOLINO, L. J. (2002). *The neuroscience of psychotherapy: Building and rebuilding the human brain*. New York: Norton.
- CRITCHLEY, H., DALY, E., PHILLIPS, M., BRAMMER, M., BULLMORE, E., WILLIAMS, S., ET AL. (2000). Explicit and implicit mechanisms for processing of social information from facial expressions: A functional magnetic resonance imaging study. *Human Brain Mapping*, 9, 93–105.
- CROWELL, J. A., TREBOUX, D., & WATERS, E. (2002). Stability of attachment representations: The transition to marriage. *Developmental Psychology*, 38, 467–479.
- CUTTING, J. (1992). The role of the right hemisphere in psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 160, 583–588.
- DAVIDSON, R. J. (2000). Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist*, 55, 1196–1214.
- DE BELLIS, M. D., KESHAVAN, CLARK, D. B., CASEY, B. J., GIEDD, J. N., BORING, A. M., ET AL. (1999). Developmental traumatology part II: Brain development. *Biological Psychiatry*, 45, 1271–1284.
- FONAGY, P., STEELE, M., STEELE, H., MORAN, G. S., & HIGGITT, A. C. (1991). The capacity to understand mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12, 201–218.
- FUSTER, J. M. (1996). Frontal lobe and the cognitive foundation of behavioral action. In A. R. Damasio, H. Damasio, & Y. Christen (Eds.), *Neurobiology of decision-making* (pp. 47–61). Berlin: Springer-Verlag.
- GALLESE, V., FADIGA, L., FOGASSI, L., & RIZZOLATTI, G. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain*, 119, 593–609.
- GESCHWIND, N., & GALABURDA, A. M. (1985). Cerebral lateralization: Biological mechanisms, associations and pathology: I. A hypothesis and a program for research. *Archives of Neurology*, 42, 428–459.
- GOLDBERG, E., & COSTA, L. D. (1981). Hemispheric differences in the acquisition and use of descriptive systems. *Brain and Language*, 14, 144–173.
- GOULD, S. J. (1977). *Ontogeny and phylogeny*. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University.
- HAMPDEN-TURNER, C. (1981). *Maps of the mind*. New York: MacMillian Publishing Company.
- HARIRI, A. R., BOOKHEIMER, S. Y., & MAZZIOTTA, J. C. (2000). Modulating emotional responses: Effects of a neocortical network on the limbic system. *NeuroReport*, 11, 43–48.
- HOPPE, K. D. (1977). Split-brains and psychoanalysis. *Psychoanalytic Quarterly*, 46, 220–244.
- HOPPE, K. D., & BOGEN, J. E. (1977). Alexithymia in twelve commissurotomy patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 148–155.
- IZARD, C. E., PORGES, S. W., SIMONS, R. F., HAYNES, O. M., HYDE, C., PARISI, M., ET AL. (1991). Infant cardiac activity: Developmental changes and relations with attachment. *Developmental Psychology*, 27, 432–439.
- JACOBS, B. L., VAN PRAAG, H., & GAGE, F. H. (2000). Depression and the birth and death of brain cells. *American Scientist*, 88, 340–345.
- JEANNEROD, M., ARBIB, M. A., RIZZOLATTI, G., & SAKATA, H. (1995). Grasping objects: The cortical mechanism of visuomotor transformation. *Trends in Neurosciences*, 18, 314–320.
- KEYSERS, C., XIAO, D. K., FÖLDIÁK, P., & PERRETT, D. I. (2001). The speed of sight. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 13, 90–101.
- KOLB, B., & GIBB, R. (2002). Frontal lobe plasticity and behavior. In T. Donald & T. Robert (Eds.), *Principles of frontal lobe function* (pp. 541–556). New York: Oxford University Press.
- LEDoux, J. E. (1996). *The emotional brain*. New York: Simon and Schuster.
- LEVY, J., TREVARTHEN, C., & SPERRY, R. W. (1972). Perception of bilateral chimeric figures following hemispheric disconnection. *Brain*, 95, 61–78.
- MACLEAN, P. D. (1985). Brain evolution relating to family, play, and the separation call. *Archives of General*

*Psychiatry*, 42, 405–417.

- MACLEAN, P. D. (1990). *The triune brain in evolution: Role of paleocerebral functions*. New York: Plenum Press.
- MALETIC-SAVATIC, M., MALINOW, R., & SVOBODA, K. (1999). Rapid dendritic morphogenesis in CA1 hippocampal dendrites induced by synaptic activity. *Science*, 283, 1923–1927.
- MAREN, S., & FANSELOW, M. (1995). Synaptic plasticity in the basolateral amygdala induced by hippocampal formation stimulation in vivo. *Journal of Neuroscience*, 15, 7548–7564.
- MCCARTHY, G. (1995). Functional neuroimaging of memory. *The Neuroscientist*, 1, 155–163.
- MESULAM, M. M. (1998). From sensation to cognition. *Brain*, 121, 1013–1052.
- MIDDLETON, H. C., SHARMA, A., AGOUZOUL, D., SAHAKIAN, B. J., & ROBBINS, T. W. (1999). Idazoxan potentiates rather than antagonizes some of the cognitive effects of clonidine. *Psychopharmacology*, 145, 401–411.
- MORRIS, J. S., FRISTON, K. J., BÜCHEL, C., FRITH, C. D., YOUNG, A. W., CALDER, A. J., ET AL. (1998). A neuromodulatory role for the human amygdala in processing emotional facial processing. *Brain*, 121, 47–57.
- MORRIS, J. S., FRITH, C. D., PERRETT, D. I., ROWLAND, D., YOUNG, A. W., CALDER, A. J., ET AL. (1996). A differential neural response in the human amygdala to fearful and happy facial expressions, *Nature*, 383, 812–815.
- NACHMIAS, M., GUNNAR, M. R., MANGELSDORF, S., PARRITZ, R. H., & BUSS, K. (1996). Behavioral inhibition and stress reactivity: The moderating role of attachment security. *Child Development*, 67, 508–522.
- NASRALLAH, H. A. (1985). The unintegrated right cerebral hemispheric consciousness as alien intruder: A possible mechanism for Schneiderian delusions in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 20, 273–282.
- NESSE, R. M., & LLOYD, A. T. (1992). The evolution of psychodynamic mechanisms. In J.H. Barkow, L. Cosmides, & J. Tooby (Eds.), *The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture* (pp. 601–626). New York: Oxford University Press.
- NOMURA, M., IIDAKA, T., KAKEHI, K., TSUKIURA, T., HASEGAWA, T., MAEDA, Y., ET AL. (2003). Frontal lobe networks for effective processing of ambiguously expressed emotions in humans. *Neuroscience Letters*, 348, 113–116.
- O'DOHERTY, J., KRINGELBACH, M. L., ROLLS, E. T., HORNAK, J., & ANDREWS, C. (2001). Abstract reward and punishment representations in the human orbitofrontal cortex. *Nature Neuroscience*, 4, 95–102.
- PORGES, S. W. (2001). The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42, 123–146.
- PRICE, J. L., CARMICHAEL, S. T., & DREVETS, W. C. (1996). Networks related to the orbital and medial prefrontal cortex; A substrate for emotional behavior? *Progress in Brain Research*, 107, 523–536.
- RAUCH, S. L., VAN DER KOLK, B. A., FISLER, R. E., ALPERT, N. M., ORR, S. P., SAVAGE, C. R., ET AL. (1996). A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Archives of General Psychiatry*, 53, 380–387.
- RIZZOLATTI, G., & ARBIB, M. A. (1998). Language within our grasp. *Trends in Neurosciences*, 21, 188–194.
- ROSSI, E. L. (1993). *The psychobiology of mind-body healing*. New York: Norton.
- SCHORE, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- SEMMES, J. (1968). Hemispheric specialization: A possible clue to mechanism. *Neuropsychologia*, 6, 11–26.
- SIEGEL, D. J. (1999). *Developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.
- SPANGLER, G., & GROSSMAN, K. E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 64, 1439–1450.
- SPANGLER, G., & SCHIECHE, M. (1998). Emotional and adrenocortical responses of infants to the strange situation: The differential function of emotional expression. *International Journal of Behavioral Development*, 22, 681–706.
- TAYLOR, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 134–142.
- TAYLOR, M. A. (1999). *The fundamentals of clinical neuropsychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- TEICHER, M. H. (2002). Scars that won't heal: The neurobiology of child abuse. *Scientific American*, 286(3), 68–75.
- TEICHER, M. H., DUMONT, N. L., ITO, Y., VAITUZIS, C., GEIDD, J. N., & ANDERSEN, S. L. (2004).

- Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biological Psychiatry*, 56, 80–85.
- TREMBLAY, L., & SCHULTZ, W. (1999). Relative reward preference in primate orbitofrontal cortex. *Nature*, 398, 704–708.
- VYAS, A., & CHATTARJI, S. (2004). Modulation of different states of anxiety-like behavior by chronic stress. *Behavioral Neuroscience*, 118, 1450–1454.
- WHALEN, P. J. (1998). Fear, vigilance, and ambiguity: Initial neuroimaging studies of the human amygdala. *Current Directions in Psychological Science*, 7, 177–188.
- WOLF, N. S., GALES, M. E., SHANE, E., & SHANE, M. (2000). The developmental trajectory from amodal perception to empathy and communication: The role of mirror neurons in this process. *Psychoanalytic Inquiry*, 21, 94–112.

# APEGO Y COMPRENSIÓN DEL SÍ MISMO: SER PADRE PENSANDO EN EL CEREBRO

Daniel J. Siegel

UCLA School of Medicine.

Foundation for Psychocultural Research.

UCLA Center for Culture, Brain and Development.

Center for Human Development.

*Drawing upon new findings in neurobiology and attachment research, this paper explains how interpersonal relationships directly impact the development of the brain, and offer parents a step-by-step approach to forming a deeper understanding of their own life stories that will help them raise compassionate and resilient children.*

*Keywords: attachment, neurobiology, psychotherapy, resilience, parenting, interpersonal relationships.*

---

## INTRODUCCIÓN

La palabra “apego” puede evocar un amplio rango de respuestas por parte de los padres. Para algunos significa una experiencia positiva de la relación entre padres e hijos. Para otros, puede provocar una sensación de temor ante la idea de que de algún modo lo que ha sucedido en los primeros años de la vida determinará su destino sin esperanza de poder liberarse de los patrones del pasado. La vieja noción de que nuestras primeras experiencias determinan nuestro destino puede generar una sensación de desesperanza: ¿para qué sirve interesarse por el apego si sólo nos lleva a concluir que no podemos cambiar una vez llegamos a la edad adulta? El hecho es que esta noción fatalista es errónea. Muchos estudios científicos rigurosamente diseñados nos han demostrado que lo importante en cuanto a la determinación de cómo criaremos y qué tipo de relación tendremos con nuestros hijos no es lo que nos sucedió en el pasado, sino la manera en que damos sentido a esas experiencias tempranas. ¡Increíble pero cierto! Este artículo es una invitación a tomar asiento y explorar las ideas e implicaciones prácticas, maravillosamente sugerentes, del estudio científico del apego.

En mi propia trayectoria de formación en la facultad de medicina, la especia-

lización en psiquiatría y más adelante en la investigación sobre el apego, las emociones, la memoria y la narrativa, me he dado cuenta de que las relaciones de apego son fundamentales en nuestras vidas. Lo que me ha fascinado a lo largo de estos últimos diez años, la “Década del Cerebro”, es cómo se puede profundizar en la comprensión del papel que las relaciones juegan en nuestra vida cotidiana mediante la integración de los hallazgos objetivos de toda una serie de ciencias. A través de la exploración de una amplia gama de ciencias, desde la antropología hasta la neurociencia, y la búsqueda de la convergencia en sus conclusiones que emerge de su integración, podemos aproximarnos a una cierta perspectiva de la “unidad del conocimiento” (o *consiliencia*, tal como la denomina E.O. Wilson; 1988). En el diccionario de la Enciclopedia Británica, la “consiliencia” se define como “concur-rencia de generalizaciones de diferentes clases de hechos en inducciones lógicas de manera que una serie de leyes inductivas resulta acorde con otra de distinta procedencia”. En otras palabras, como en la antigua historia india de los ciegos y el elefante, hay una “realidad mayor” que existe si bien cualquier perspectiva individual tan sólo consigue describir una visión parcial de ella. En el enfoque que nosotros adoptamos la perspectiva convergente de la ciencia podría denominarse “neurobiología interpersonal” (Siegel, 1999), e incluiría desde lo interpersonal (por ejemplo disciplinas tales como la antropología, el estudio de la comunicación y la psicología social) hasta lo neurobiológico (como las perspectivas de la biología evolucionista y la neurociencia afectiva, cognitiva y evolutiva).

¿Porqué neurobiología interpersonal para los padres? ¿En qué se diferencia “ser padres pensando en el cerebro” de cualquier otra forma de ayudar a los padres a criar a sus hijos? ¿Realmente es necesario para los padres tener conocimientos neurobiológicos para educar bien a sus hijos? Espero que las respuestas a las dos primeras preguntas se desprendan de la lectura de este artículo. La última pregunta sobre el cerebro se puede responder de una forma sencilla: no. No es necesario que los padres tengan conocimientos sobre el cerebro. La investigación científica ha demostrado que lo que necesitan es conocerse a sí mismos; no necesariamente a sus neuronas. Aún así, quisiera sugerir que los conocimientos actualizados sobre la ciencia de la experiencia humana, incluyendo los de neurobiología de la mente, puede ayudar a los padres a comprenderse tanto a sí mismos como a sus hijos.

Cuando publiqué mi libro, *The Developing Mind*, mi hija estaba en preescolar y en su colegio me pidieron que diera unas conferencias sobre la paternidad y el cerebro. La directora de preescolar, Mary Hartzell, estaba entre el público. Mary es una educadora infantil reconocida por sus fantásticas competencias educativas y su excelente capacidad para ayudar a los padres a educar a sus hijos basándose en un enorme respeto hacia sus experiencias únicas. En seguida nos dimos cuenta de que nuestros enfoques eran muy similares a pesar de las diferencias en nuestra formación profesional. El año siguiente organizamos una serie de seminarios para padres. Su respuesta nos animó a integrar nuestras perspectivas en un libro que



titulamos *Parenting from the Inside Out: How a deeper self-understanding can help you raise children who thrive*. La “voz” de ese libro va dirigida a los padres, y les habla francamente mediante la combinación de historias e invitaciones a la autorreflexión que intentan ayudar a los padres a desarrollar una comprensión más coherente de sí mismos y de sus hijos. Tenemos la sensación de que esa comprensión se vuelve más profunda cuando podemos combinar las reflexiones personales y subjetivas con el conocimiento científico objetivo.

## **LO QUE NOS DICE LA CIENCIA SOBRE NUESTRA HERENCIA INTERPERSONAL**

Podemos intentar comprender más sobre nuestra vida interna subjetiva e interpersonal mediante la neurociencia. El cerebro ha evolucionado como un órgano social del cuerpo. Los mamíferos somos criaturas sociales, con estructuras límbicas que parecen cumplir el doble propósito de sintonizar con el entorno social a la vez que regulan el estado interno del cuerpo. Una parte de nuestro cerebro, los denominados circuitos límbicos, nos ayuda a comprender la necesidad que tienen las crías de los mamíferos de la presencia de sus progenitores para que le ayuden a regular su propia fisiología. A medida que el pequeño mamífero madura, su capacidad para regular el equilibrio de su fisiología se desarrolla de manera más autónoma. Los estudios de privación maternal en ratas han demostrado que como consecuencia de dicha privación se dan alteraciones permanentes en sus respuestas comportamentales y fisiológicas al estrés, y que tienen consecuencias para el desarrollo del funcionamiento social del animal. Si bien en general los niños son seres adaptativos, la investigación demuestra claramente que las experiencias tempranas adversas pueden tener efectos negativos sobre su desarrollo cerebral que pueden tener consecuencias persistentes para su funcionamiento (Bremner, 2002).

A medida que los primates evolucionaron, además de ser sociales y estar sintonizados con los otros también desarrollaron un sistema de “neuronas espejo” que les permitía responder a los actos intencionales de los otros miembros de la especie. Las neuronas espejo son un sistema que asocia la percepción a la activación motora (Iacobini et al., 1999). Cuando se observa un acto intencional (como por ejemplo cuando se alza un vaso para beber), se disparan la mismas neuronas espejo que cuando el individuo que observa el movimiento realiza esa misma conducta (alzar un vaso para beber). Al activarse sólo ante actos intencionales, y no sólo ante cualquier movimiento, las neuronas espejo revelan las formas en que nuestras mentes responden a los estados intencionales de los demás.

Con nuestra evolución como humanos, hemos llevado las neuronas espejo un paso adelante hacia el mundo de la representación más abstracta del estado interno de los otros. Esta capacidad de tener “una sensación” de la mente de los demás se ha denominado teoría de la mente, mentalización y lectura de pensamiento. La capacidad de la mentalización nos permite intuir los procesos mentales de los otros

y ponernos “en su piel”, algo que otros primates, a pesar de tener capacidades de imitación, parece que no pueden hacer. Varios autores (Baron-Cohen et al., 2000) han sugerido que esta habilidad de representación emergió hace al menos entre 10.000 y 40.000 años, tal como demuestra el arte representacional de la era Paleolítica. Más que una característica curiosa de nuestro pasado, el desarrollo de una teoría de la mente puede haber sido la base de nuestra capacidad de crear representaciones abstractas del mundo, más allá de nuestras interacciones sociales. Estas capacidades emergentes pueden haber sido el origen de nuestra habilidad para considerar posibilidades abstractas, abriendo las puertas a las capacidades cognitivas de manipulación del mundo de las ideas y los objetos, más allá de los sueños más descabellados de nuestros antepasados. Tales habilidades de representación nos permiten comunicarnos entre nosotros de forma más compleja y establecen el proceso de la evolución cultural.

Cuando nos desplazamos desde la perspectiva de la evolución de la especie hacia el desarrollo de los individuos en la vida moderna, podemos adentrarnos en la investigación sobre el apego y preguntarnos cómo las relaciones familiares moldean la capacidad heredada genéticamente para llevar a cabo diversos procesos mentales (Siegel, 2001). La investigación sobre el apego es un campo de la psicología evolutiva que estudia cómo los patrones de comunicación entre padres e hijos pautan el desarrollo del niño en diversas áreas tales como la social, la emocional y la cognitiva. En todas las culturas estudiadas se encuentra un proceso llamado “comunicación contingente” que consiste en que las señales del niño se perciben, interpretan y de manera oportuna y efectiva. Esta forma sensible de cuidado permite que el bebé se sienta seguro y comprendido, que se cubran sus necesidades, y que la madre o el padre sea una fuente fiable de nutrición y protección.

En los “ABCs” del apego (Siegel & Hartzell, 2003) se subraya cómo la madre sintoniza con el bebé permitiéndole adquirir una sensación de equilibrio corporal que posteriormente da lugar a una sensación de coherencia interna e interpersonal (ver Tabla 1). Cuando los padres proporcionan una sensación general de contingencia predecible, el niño se siente comprendido, en armonía, y se establece una sensación de comunión entre madre e hijo. Ninguno de nosotros podemos mantener estos ABCs todo el tiempo, pero sí lo suficiente, especialmente cuando nuestros hijos más lo necesitan. Aun cuando desperdiciemos estas oportunidades de conexión, podemos reparar oportuna y efectivamente tales rupturas inevitables.

El beneficio evolutivo del sistema de apego es que motiva al niño a buscar la proximidad de la madre, especialmente en momentos de malestar, incrementando por tanto sus probabilidades de supervivencia. Más allá de la búsqueda de proximidad, el niño usa a la madre como un refugio seguro, le consuela cuando está alterado e internaliza así la relación con la madre como una base segura que le proporciona la sensación de tranquilidad que le permite salir a explorar el mundo. Gran parte de la función parental consiste en equilibrar la necesidad de cercanía del niño y su

**Tabla 1: Los ABCs del apego (adaptado de Siegel & Hartzell).**

Los ABCs del apego son la secuencia evolutiva de:

- A: Sintonía** —Alineación entre los estados internos de la madre y los del niño, generalmente a través de la contingencia de señales no-verbales mutuas.
- B: Equilibrio** corporal, emocional y de los estados mentales del niño mediante la sintonía con la madre.
- C: Coherencia** —sensación de integración que el niño adquiere a través de su relación con sus padres y en la que se puede llegar a sentir internamente integrado e interpersonalmente conectado con los demás.

instinto de explorar el mundo. Algunos padres pueden sentirse más cómodos en un polo de la dimensión que en el otro, y eso afectará a lo cómodo que se sienta el niño en relaciones de intimidad y dependencia o de exploración más autónoma.

## **LA COMUNICACIÓN CONTINGENTE PROMUEVE EL BIENESTAR Y SIRVE COMO FUENTE DE RESISTENCIA AL ESTRÉS**

La investigación sobre el apego ha demostrado que los padres, al menos en las culturas occidentales estudiadas, se caracterizan por patrones específicos de comunicación con sus hijos que promueven formas específicas de adaptación. Con la comunicación contingente, el niño desarrolla un apego seguro que promueve el bienestar y sirve como fuente de resistencia al estrés. Con las formas de comunicación no contingente el niño puede desarrollar una de las variantes de lo que se denomina apego inseguro. Con una relación emocionalmente empobrecida, el niño puede desarrollar un apego evitativo, que predice dificultades en la relación con sus iguales y en su sentido autobiográfico de sí mismo bien desarrollado. Si los padres están disponibles de forma inconsistente, entonces el niño puede desarrollar un apego ambivalente que puede derivar en sentimientos de incertidumbre y ansiedad en situaciones sociales. Estas dos formas de inseguridad características de una parentalidad menos que óptima son adaptaciones organizadas, diferentes de la siguiente que se ha denominado apego desorganizado.

Cuando el padre o la madre son una fuente de terror o de alarma, el niño puede desarrollar un apego desorganizado que pronostica dificultades con las relaciones sociales y con el equilibrio de la regulación emocional. Se ha observado que los niños con esta forma de relación insegura desarrollan estados de disociación mediante los que procesos cognitivos que habitualmente están asociados, tales como la conciencia, la emoción y la memoria, se desarrollan de forma disociada o fragmentada. La disociación y las dificultades vinculadas a las formas de apego desorganizado son posibles factores de riesgo para el desarrollo del trastorno por estrés post-traumático en caso que el individuo sea expuesto a un acontecimiento traumático en el futuro. De esta forma, el hecho de que el padre cree un estado de

alarma en el niño enfrenta al niño con una “paradoja biológica”: su cerebro lo impulsa a aproximarse a su cuidador en busca de consuelo, pero éste es en sí mismo la fuente de la amenaza por la que busca el consuelo. Esto es a lo que Main y Hesse (1990) se refirieron como “miedo sin solución”.

Pero, ¿por qué actuarían los padres en formas que no fueran beneficiosas para sus hijos? Para contestar a este interrogante los investigadores del apego formularon la Entrevista de Apego Adulto, o EAA, que pedía a los padres que reflexionasen sobre la naturaleza de sus propias experiencias en la niñez. La codificación de este instrumento de investigación conlleva el análisis no sólo del relato de lo ocurrido sino también, y más importante, de cómo se explica la historia (Hesse et al., 2003). Los resultados de la EAA permiten predecir, incluso en una pareja que esté esperando un bebé que aún no ha nacido, cuál será el estilo de apego entre el niño y cada uno de sus progenitores (ver Tabla 2). Estos resultados respaldan la idea general de que el apego es una medida que depende de la experiencia del niño, no una cuestión exclusivamente genética o debida a otras características constitucionales del niño. La EAA revela que las formas características en que los padres evocan sus recuerdos (la coherencia de su historia autobiográfica) es de hecho el mejor predictor del apego del niño hacia ellos.

**Tabla 2: Categorías de apego en niños y adultos (adaptado de Siegel and Hartzell)**

Niños	Adultos
Apego seguro	Autónomo (se muestra seguro respecto a las relaciones de apego)
Apego evitativo	Despectivo (minimiza la importancia del apego)
Apego ambivalente	Preocupado (con asuntos pendientes)
Apego desorganizado	Trauma o pérdida no resuelta (que llevan a la desorganización de la narrativa autobiográfica)

El estilo de apego adulto se puede determinar a partir de cómo explican los padres la historia de su infancia a otros adultos. La comprensión que los padres tengan de sí mismos se revela en esta comunicación entre adultos, y no en la comunicación con sus hijos. La forma en que se narra la historia, no sólo su contenido, revela características de los estados mentales de los padres respecto al apego. Estos patrones narrativos se asocian al estatus de apego del niño tal como demuestra la tabla. Los estudios longitudinales a largo plazo han demostrado más aún que las narrativas de los adultos se corresponden en general con la categoría de apego en que se les clasificó décadas antes. Existe un grupo con un estilo de apego seguro “ganado” que se compone de adultos que le han dado sentido a su vida y se han liberado de lo que de otra forma podría haber sido una experiencia no óptima de su infancia. Estos adultos tienen relaciones de apego seguro con los demás.

¿Qué significa la coherencia de la narrativa del adulto? Una historia de vida coherente es aquella mediante la que el adulto da sentido a su propia infancia y que

le sirve para tener intuiciones sobre cómo ha influido el pasado en su desarrollo como adulto y como padre. Este dar sentido se revela en una narrativa flexible y reflexiva que pronostica que el hijo de ese adulto tendrá un apego seguro. En cambio, una narrativa sin acceso a los detalles autobiográficos o sin un sentido de cómo el pasado influye sobre el presente está asociada a padres con hijos con apego evitativo. Los padres con “asuntos pendientes”, que tienen temas emocionales sin resolver que se entrometen en el presente cuando intentan narrar la historia de sus vidas, tienen hijos que están vinculados a ellos de manera ambivalente. Los niños con apego desorganizado tienen padres que han sufrido pérdidas importantes o traumas no resueltos.

Para los clínicos este último hallazgo debería hacer que se encendiese la luz de alerta porque el apego desorganizado provoca las consecuencias más negativas de todas las configuraciones; pero los traumas no resueltos y el duelo complicado son condiciones tratables. El apego desorganizado, por tanto, es probablemente una condición que se puede prevenir. La intervención en el nivel de la falta de resolución de los traumas podría ser la clave para romper el ciclo de la transmisión transgeneracional de estas formas de apego traumáticos (Siegel & Hartzell, 2003). Cuando Mary Hartzell y yo creamos nuestro enfoque integrado para la educación de padres, teníamos en mente la importancia de invitar a los padres a reflexionar sobre este y otros aspectos de la investigación sobre el apego con el fin de ayudar a que sus hijos tuvieran un buen desarrollo. Al ofrecer la oportunidad de profundizar en la comprensión de sí mismos, de dar sentido a su propia vida, nuestra esperanza es que los padres puedan optar por aumentar la seguridad del apego de sus hijos al tiempo que aportan coherencia y empuje a sus propias vidas.

Más allá de la mera idea de los apegos no-óptimos y las formas organizadas y desorganizadas de inseguridad, se dan condiciones en que los niños están expuestos a los episodios espantosos del abuso y el maltrato. Muchos de estos niños pueden tener un apego desorganizado, pero estas situaciones son más graves que la experiencia evolutiva del niño no maltratado con un apego desorganizado. Desde el punto de vista del cerebro, estudios recientes han mostrado que la situación extrema del abuso, el maltrato y el abandono infantil está asociada a diversos tipos de daño cerebral: menor tamaño encefálico global, daños en el cuerpo calloso que conecta los dos hemisferios y problemas en el crecimiento de las fibras gamma-aminobutíricas que conectan con el núcleo del hipotálamo. El estrés puede ocasionar daños en el cerebro a causa de los niveles elevados de cortisol, que resulta tóxico para las neuronas en crecimiento (Teicher, 2002).

## **APEGO Y DESARROLLO CEREBRAL**

También podemos considerar casos menos extremos para explorar cómo el apego puede conformar el cerebro en desarrollo. Tal como hemos comentado anteriormente, podemos examinar varios estudios independientes desde un punto

de vista convergente y afirmar que la sintonía de la madre con su hijo permite que el cerebro del niño adquiera equilibrio corporal primero y coherencia mental más tarde. Al nacer con un número relativamente pequeño de conexiones neuronales, el bebé experimenta un incremento enorme en la complejidad de la conectividad neuronal moldeada tanto por la información genética como por la experiencia. Ahora sabemos que la experiencia moldea el cerebro siguiendo la siguiente secuencia: la experiencia conduce a la activación de neuronas cosa que puede activar genes que conducirán a la producción de proteínas que permiten la formación de nuevas conexiones sinápticas (LeDoux, 2002). Es probable, aunque no se ha probado directamente en estudios con humanos, que las experiencias en el seno de las relaciones de apego moldeen los sistemas de circuitos neuronales del cerebro en desarrollo del niño. Este proceso permite, por ejemplo, que las interacciones madre-hijo moldeen la maduración genéticamente programada del cerebro del niño y modifiquen la forma en la que se desarrollan procesos fundamentales tales como la regulación emocional, la respuesta al estrés, la memoria autobiográfica e incluso la teoría de la mente.

En cada uno de estos procesos median parcialmente las regiones prefrontales importantes del cerebro, que se desarrollan durante los primeros años de vida (Schoore, 2003; Wheeler et al., 1997). Las regiones prefrontales son zonas de convergencia, que integran como un todo funcional partes del cerebro ampliamente distribuidas. Esta “integración neuronal” permite que emerjan procesos altamente complejos a partir de las funciones diferenciadas del cerebro. Cuando se combina la diferenciación y la integración, el complejo sistema del cerebro es capaz de lograr estados de funcionamiento muy adaptativos, flexibles y estables. Este estado se podría proponer como sinónimo de salud mental. De esta forma las relaciones de apego seguro pueden promover el bienestar al dar apoyo a las capacidades de integración del cerebro en desarrollo del niño (ver Tabla 3).

Una posibilidad es que los apegos seguros, tal como se refleja en las narrativas coherentes que dan sentido a la propia vida, tengan como resultado un proceso de integración neuronal interhemisférica. En esta situación se observa cómo se mezclan los procesos lógicos y lingüísticos del hemisferio izquierdo con los autobiográficos, calmantes y de mentalización del derecho. Un resultado de esta integración de los hemisferios diferenciados son las narrativas que dan sentido a la experiencia vivida. Otro es la capacidad de la madre para comprender su propia experiencia interna y la del niño y poder comunicar esa comprensión a través de formas de comunicación verbal y no verbal. Esta integración tan interna de la madre posibilitaría la comunicación esencial contingente necesaria para que el niño desarrolle el apego seguro y que logre también niveles de coherencia integrativa.

**Tabla 3: Modos de procesamiento derecho e izquierdo (adaptado de Siegel and Hartzell).**

Derecho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No-lineal</li> <li>• Holístico</li> <li>• Viso-espacial-analógico</li> </ul>	<p>Especializado en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información autobiográfica</li> <li>• Envío y percepción de señales no verbales</li> <li>• Emociones intensas y directas</li> <li>• Conciencia, regulación y mapa integrado del cuerpo</li> <li>• Cognición social y teoría de la mente: comprensión de los demás</li> </ul> <p>Puede implicar un predominio del hemisferio derecho</p>
Izquierdo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lineal</li> <li>• Lógico</li> <li>• Lingüístico-digital</li> </ul>	<p>Especializado en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Razonamiento silogístico: búsqueda de patrones causa-efecto</li> <li>• Análisis lingüístico: empleo de palabras para definir el mundo</li> <li>• Pensamiento “correcto vs. incorrecto”</li> </ul> <p>Puede implicar un predominio del hemisferio izquierdo</p>

## AYUDAR A LOS PADRES A DAR SENTIDO A SUS VIDAS

La apasionante lección de toda una serie de ciencias es que a pesar de que la experiencia modela quiénes somos, NO estamos destinados a repetir los traumas del pasado SI damos sentido al impacto que han tenido sobre nuestras vidas. Como padres, cónyuges, amigos y profesionales, podemos ayudar a los demás a dar sentido a sus vidas mediante relaciones emocionalmente empáticas, de apoyo, que fomenten la autenticidad, el cuidado y la comunicación directa. Algunos de los conceptos básicos a este respecto son los siguientes.

- Dar sentido a la vida supone estar abierto a recuerdos que pueden convertirse en una parte de la narrativa más amplia. A veces esto no es un proceso cómodo, pero puede conducir a una sensación de revitalización y de apertura a nuevas posibilidades. Convertirse en el autor de la propia narrativa vital es la meta continua de este proceso de atribución de sentido.
- La comunicación emocional entre padres e hijos supone una comunicación sintonizada que permite al padre compartir y ampliar las emociones positivas y compartir y aliviar las negativas. La unión contingente crea una sensación de integración emocional, un sentimiento de que uno está en la mente del otro. Esta sensación de comunicación está en la base del apego seguro.
- Los asuntos no resueltos pueden preocupar a los padres e interferir en la creación de la sensación de unidad entre padre e hijo. Las defensas de los padres pueden distorsionar la percepción acertada de las señales del niño. Sin auto-reflexión, tal preocupación puede crear un sentimiento de

ambivalencia en el niño que puede hacerle sentir ansiedad al explorar el mundo que hay fuera de casa.

- d. Los patrones de desconexión emocional fruto de adaptaciones tempranas de los padres pueden suponer un bloqueo de su acceso a los procesos del hemisferio derecho. Esta “manera de ser”, si permanece inalterada, puede ser una fuente de trastornos en la estimulación del hemisferio derecho del niño. La inhibición resultante en el desarrollo de los procesos interpersonales, emocionales y corporales del hemisferio derecho puede afectar al desarrollo del niño provocando un patrón rígido de evitación en su exploración del mundo.
- e. En el caso de padres que han padecido traumas o pérdidas no resueltas los patrones de interacción que han derivado en la manifestación de comportamientos intimidatorios o atemorizados hacia el niño que pueden estar en la raíz del desarrollo del apego desorganizado del niño con ese progenitor. Una posibilidad de explicar este proceso es la noción de un “modo de procesamiento empobrecido” que se describirá con más detalle en la sección siguiente. En este estado mental, las funciones superiores integrativas que hacen posible la sintonización de las interacciones empáticas quedan temporalmente suspendidas. La respuesta a estos estados aterradores lleva al niño a desarrollar un apego desorganizado. Es fundamental que los padres sean conscientes de estos procesos y que reciban el apoyo que necesitan para ayudarles a reducirlos y a resolver sus propios temas pendientes.

## LA VÍA ESTRECHA

La integración de las observaciones clínicas, la información de los padres y los estudios neurológicos y neurobiológicos apuntan hacia una explicación de cómo el trauma y el duelo no resuelto en un padre puede dar lugar a comportamientos que aterran, alarman y desorientan; comportamientos que llevan a la desorganización en el niño. Esta es la propuesta.

Cuando la estructura superior del cerebro, el neocórtex incluyendo su región prefrontal, está integrada con los circuitos límbicos (de la emoción, la memoria y la motivación) y con las inferiores (el tronco cerebral que conduce la información corporal y regula los estados de *arousal*), el cerebro como un todo es capaz de lograr un “modo superior” de procesamiento sumamente adaptativo. Mediante dicha integración, se alcanzan los procesos de razonamiento, comprensión de uno mismo, comunicación sintonizada, empatía y proceder moral. Esto se puede denominar “la vía ancha”.

Sin embargo, el cerebro es capaz de sufrir cambios repentinos hacia estados de activación alterados. Estos estados mentales pueden sucederse de forma muy rápida, y conllevan cambios en el foco de nuestra atención, las capacidades que



utilizamos, los sesgos de nuestra percepción, los recuerdos a los que accedemos y las conductas que llevamos a cabo. Este es el tipo de cambio de estado mental normal que nos permite adaptarnos y ser flexibles en un entorno cambiante. Pero hay un tipo de cambio en el estado mental menos adaptativo. Si las regiones prefrontales del cerebro permanecen temporalmente bloqueadas, sin poder desarrollar su función habitual de integración con los circuitos límbicos y con el tronco cerebral, entonces el cerebro entra en un modo de procesamiento empobrecido. En esta “vía estrecha” los procesos superiores de razonamiento, reflexión, empatía e incluso las normas éticas, pueden verse temporalmente suspendidas.

Casi todos nosotros podemos entrar en la vía estrecha. Ciertas condiciones, tales como el cansancio, el hambre o el estar al límite de nuestra resistencia pueden aumentar la probabilidad de entrar en este modo de respuesta empobrecido. Nuestra propuesta es que los traumas el duelo no resuelto afectan a la vía estrecha de modo que (a) se activa más fácilmente; (b) se entra en ella más rápidamente; (c) una vez se ha entrado se permanece más tiempo en ella; (d) implica comportamientos más dañinos; (e) cuesta más salir de ella; y (f) cuando ocurre la recuperación, la reparación de la desconexión —la reconexión con el niño— es menos probable.

Esta situación puede llevar a la madre o el padre a un cambio aterrador para el niño, mientras que de otra forma podrían mantenerse accesibles y estar en sintonía con el niño. Seguir el impulso innato de dirigirse hacia la figura de apego para buscar consuelo y que sea esa figura la fuente de estrés provoca una respuesta desorganizada. Debido a la falta de reparación, puede ser especialmente difícil dar sentido al estado de alerta y de desorganización en la que entra repetidamente el niño.

Los padres pueden aprender a ser conscientes de sus experiencias en la vía estrecha. Se les pueden enseñar formas de alterar los patrones que dan lugar a la entrada en la vía estrecha y que aterrizando al niño sin que posteriormente se reparen unas desconexiones tan desorientadoras. Es fundamental que comprendamos que incluso los padres que tienen la mejor intención para sus hijos, que les quieren sinceramente, pueden tener traumas o pérdidas no resueltas que les hagan propensos a estas conductas desorganizadas de la vía estrecha. En nuestros seminarios, los padres que se dan cuenta de que no se están volviendo “locos” sino que son personas normales con temas no resueltos se sienten muy aliviados al entender estas oscilaciones de su funcionamiento mental que de otra forma resultan tan confusas. La vergüenza y la culpa pueden dar paso a una comprensión compasiva que promueva cambios en los procesos de la vía estrecha y fomente la tendencia de los padres hacia una reparación con el niño.

Casi irónicamente, el conocimiento del cerebro puede aumentar nuestra comprensión de nuestra vida emocional subjetiva e interpersonal. Llevar este conocimiento a los padres ha sido una experiencia apasionante y gratificante.

Estamos sólo al principio del descubrimiento de la unidad del conocimiento a lo largo de una amplia gama de disciplinas científicas que nos pueden ayudar a

comprender los procesos neuronales subyacentes a cómo las relaciones pueden ayudar o dañar el desarrollo del niño. A través de ámbitos independientes sabemos ahora lo suficiente para afirmar que lo que los padres hacen es importante para los niños, y que parece estar muy influido por cómo dan sentido a sus vidas. No es sólo lo que les pasó a los padres cuando niños, es cómo han llegado a comprender el impacto de esos acontecimientos en sus propias vidas. Cuando los padres alcanzan una comprensión compasiva de sí mismos pueden proporcionar a sus hijos la comunicación emocionalmente sensible y contingente necesaria para su desarrollo óptimo. Si bien la investigación futura puede profundizar nuestra comprensión de los mecanismos específicos mediante los cuales las relaciones promueven la salud mental, ya a estas alturas podemos basarnos en la perspectiva emergente del cerebro social para ayudar a otros y mejorar el mundo en el que vivimos.

---

*Basándose en los recientes hallazgos de la neurobiología y la investigación sobre el apego, este artículo explica cómo las relaciones interpersonales afectan directamente al desarrollo del cerebro y aporta un enfoque gradual de cómo llegar a una comprensión más profunda de la propia experiencia vital de los padres que les ayude a educar a hijos resilientes.*

*Palabras clave: apego, neurobiología, psicoterapia, resiliencia, paternidad, relaciones interpersonales.*

Nota Editorial: Este trabajo será incluido en un texto editado por Marci Green y publicado por Karnac y está basado en las ideas exploradas en *The Developing Mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (Guilford, 1999) y *Parenting from the Inside Out: How a deeper self-understanding can help you raise children who thrive* (con Mary Hartzell, Penguin Putnam, 2003) y que se encuentran resumidas en parte en el artículo *The Mind, the Brain, and Human Relationships* (Gynecology Forum International, 2003).

## Referencias bibliográficas

- BARON-COHEN, S., TAGER-FLUSBERG, H., & COHEN, D.J., (EDS.) (2000). *Understanding other minds: perspectives from developmental cognitive neuroscience*. New York: Oxford University Press.
- BREMNER, J.D. (2002) *Does Stress Damage the Brain?* New York: Norton.
- HESSE, E., MAIN, M., YOST-ABRAMS, K., & RIFKIN, A. (2003). Unresolved states regarding loss or abuse have "second generation" effects: Disorganization, role-inversion, and frightening ideation in the off-spring of traumatized, non-maltreated parents. In: Solomon M, Siegel DJ, eds. *Healing trauma*. New York: Norton.
- HESSE, E. The adult Attachment Interview: Historical and current perspectives, in J. Cassidy and P.R. Shaver (eds.) *Handbook of Attachment*, pp 395-433. New York: Guilford Press.
- IACOBONI, M., WOODS, R.P., BRASS, M., BEKKERING, H., MAZZIOTTA, J.C., & RIZZOLATTI, G. (1999). Cortical mechanisms of human imitation. *Science*; 286: 2526-8.
- KANDEL, E.R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry*; 155: 457-69.
- LE DOUX, J. (2002). *The synaptic self*. New York: Viking Press.
- MAIN, M., & HESSE, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. Greenberg, D. Cicchetti, & M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp161-182). Chicago: The University of Chicago Press.
- SCHORE, A.N. (April, 2003). *Affect dysregulation and the damage to the self*. New York: Norton, in press.
- SIEGEL, D.J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York: Guilford.
- SIEGEL, D.J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: attachment, 'mindsight' and neural integration. *Infant Mental Health J*; 22: 67-96.
- SIEGEL, D.J., & HARTZELL, M. (2003). *Parenting from the inside out: how a deeper self-understanding can help you raise children who thrive*. New York: Penguin Putnam. March.
- TEICHER, M. (2002). The neurobiology of child abuse. *Scientific American*; March: 68-75.
- WHEELER, M.A., STUSS, D.T., & TULVING, E. (1997). Toward a theory of episodic memory: the frontal lobes and autoeotic consciousness. *Psychol Bull*; 121: 331-54.
- WILSON, E.O. (1998). *Consilience: the unity of knowledge*. New York: Vintage.

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

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

**Horario:**

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

**INSCRIPCIÓN Y MATRÍCULA**

**Requisitos:** Licenciatura en Psicología o Medicina.

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

**DIRECCIÓN Y SECRETARÍA DEL CURSO**

**Dirección del curso:**

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

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

**Secretaría del curso:**

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

# CIENCIAS COGNITIVAS Y PSICOTERAPIAS COGNITIVAS: UNA ALIANZA PROBLEMÁTICA<sup>0</sup>

Carmelo Vázquez

Facultad de Psicología.

Universidad Complutense de Madrid.

*This paper discusses the relationship between cognitive sciences and cognitive psychotherapies from the standpoint of basic and applied psychotherapy research concerning cognitive representation codes, memory and representation systems, and rationality and positive biases. Finally, the paper deals with the issue of effectiveness.*

*Keywords: cognitive sciences, psychotherapy, effectiveness, basic research*

---

## INVESTIGACIÓN BÁSICA Y APLICADA

Marvin Goldfried decía que no había nada que deseara tanto como una mayor relación entre la investigación básica y la psicoterapia (Goldfried, 2002). Pero paradójicamente también indicaba que no había nada que le diese más miedo que cumplir ese sueño. Probablemente muchos terapeutas comparten algo de la ambivalencia e incluso desconfianza de Goldfried sobre el papel que la investigación básica pueda tener, si es que ha de tener alguno, pensarán, en la investigación y en la intervención psicoterapéuticas.

El espacio de la terapia, es posiblemente un terreno irreducible a la investigación escrupulosamente positivista en la medida en que es una zona privilegiada de experiencia humana en la que sutiles y difícilmente evaluables componentes interpersonales siempre juegan un papel importante por mucho que se intenten pautar y manualizar la intervención. De este modo, muchos terapeutas pueden sentirse amenazados por percibir que la investigación puede convertirse en un dictado, un imperativo ajeno que puede alienar el sentido último de la terapia y, en este sentido, la alianza entre terapia e investigación o entre terapeuta e investigador, está con frecuencia en un estado de equilibrio inestable.

Aun reconociendo que esta tensión existe, no se requiere utilizar tonos

apocalípticos ni para describirla ni para predecir los resultados de la misma. Mi convicción, probablemente tan sesgada y autoserviente como cualquier otra, es que necesitamos continuar el diálogo incesante entre lo básico y lo aplicado y destilar conocimiento desde ámbitos diferentes de investigación que puede que no determinen pero sí impregnen, por un proceso lento de ósmosis, la práctica de la terapia.

## INVESTIGACIÓN Y PSICOTERAPIA

Para no simplificar el escenario, conviene recordar que hay al menos tres afluentes importantes en la investigación que tienen una conexión directa con la práctica terapéutica (Goldfried y Eubanks-Carter, 2004):

1. En primer lugar, la *investigación básica en psicopatología* que idealmente nos ayuda a revelar qué es aquello que se necesita cambiar y también a ordenar, por cierto, el confuso campo de muchos conceptos que con cierta ligereza se utilizan en terapia (“esquemas”, “procesamiento”, “pensamiento automático”, “déficit cognitivos”, o “memoria”). Conceptos que, en muchos casos, como hemos indicado en otros lugares (ej.: Vázquez, Jiménez, Hartlage et al., 1995), no dejan de ser vagas analogías, distantes al uso y definición que se hace de ellos en la ciencia cognitiva. Hace algunos años hicimos un análisis comparativo entre el concepto de automaticidad implícito en la idea de “pensamiento automático negativo” y la idea de “automaticidad” derivada de la psicología cognitiva, en la cual se inspiraron Beck y sus seguidores, y en ese trabajo demostrábamos que el parecido es más formal que de contenido lo que, a pesar de la decepción, demuestra la habilidad de Beck y muchos terapeutas cognitivos para auparse en paradigmas de moda con un gran sentido de oportunidad histórica.
2. En segundo lugar, otra gran vía de investigación, de plena actualidad, es el *análisis de resultados* que intenta nada menos que comprobar si el cambio terapéutico efectivamente se produce. Por desgracia, en los últimos 15 años parece que la única investigación relacionada con la psicoterapia que parecería poder hacerse, y por cierto no siempre con mucha calidad, era de este tipo. Esta aproximación ha estado liderada durante este tiempo por la Asociación Psicológica Americana y el Instituto Nacional de Salud Mental de los EE.UU. que han financiado la mayor parte de los estudios controlados sobre eficacia que todos conocemos.
3. Y la tercera y última gran avenida es la investigación sobre los *procesos* terapéuticos, cuyo objetivo es desvelar algo de lo que aún no conocemos mucho: es decir, *cómo sucede* el cambio, cuando éste se produce, y qué variables del paciente, pero también del clínico, se ponen en marcha e interactúan en este proceso. Los investigadores de esta última modalidad suelen cobijarse al amparo de la etiqueta de “investigación en psicoterapia”.

En este trabajo voy a centrarme en los dos primeros tipos de investigación y expondré algunos casos que desde mi punto de vista son ejemplares en cuanto al tortuoso proceso que supone afrontar este diálogo entre la investigación y la práctica clínica. Estos casos son, además, motivo de una cierta zozobra personal pues me hacen reconocer que el suelo sobre el que piso, sobre el que posiblemente pisemos todos, es más inestable de lo que pudiéramos desear aunque no por ello menos apasionante.

## **INVESTIGACIÓN EN PSICOPATOLOGÍA Y PSICOTERAPIA**

El primer escenario del diálogo entre la investigación y la terapia hace referencia a la investigación básica en psicopatología cognitiva. La visión que voy a ofrecer es necesariamente parcial y limitada pues no pretendo abarcar, ni siquiera dar un repaso superficial, al ámbito de la investigación psicopatológica en lo que pueda tener de interés en su aplicación a la psicoterapia (ej.: Clark y Beck, 1999; Williams et al., 1996; Power y Dalgleish, 1997).

Fuera se quedan temas tan relevantes como la teoría de la mente, la psicolingüística, o la psicofisiología cognitiva, por citar unos pocos asuntos que iluminan e iluminarán, desde la investigación básica, muchas de las intervenciones terapéuticas actuales y futuras.

### **Códigos de representación cognitiva y psicoterapia**

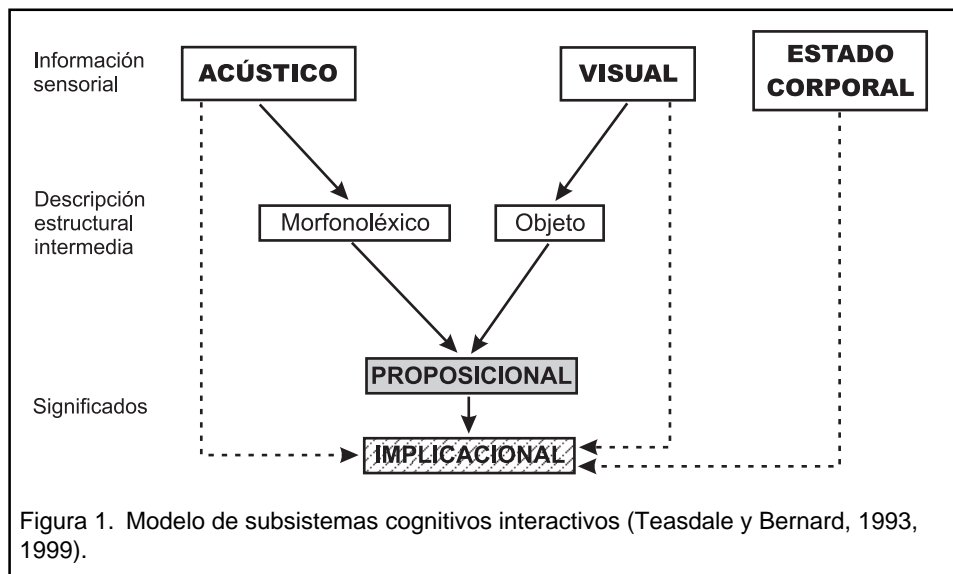
Voy a centrarme en el problema de las repercusiones que en la psicoterapia pueden tener las investigaciones sobre la representación del conocimiento. ¿Cómo es la arquitectura del conocimiento en la mente humana? El modo tradicional de concebir la representación cognitiva ha sido relativamente sencillo. Teorías tan influyentes hasta no hace mucho, como las teorías de redes, proponían que el conocimiento se articula en forma de redes compuestas por nodos y no se hacía ninguna mención a diferentes modalidades de representación de la información.

Sin embargo, en los últimos 10 años han ido emergiendo modelos cognitivos, anclados en la investigación de la ciencia básica, que están abriendo el camino hacia elementos que es probable que estuvieran ya prefigurados en la intuición clínica de muchos terapeutas. En estos nuevos modelos se propone la existencia de códigos de representación y de subsistemas cognitivos múltiples.

Un ejemplo particularmente admirable es la propuesta de John Teasdale quien en Septiembre de 2004, por cierto, recibió un merecido homenaje en la revista *Behaviour Research and Therapy* (2004) justamente como ejemplo de la intersección entre la investigación básica y la práctica clínica. Teasdale propone que el sistema cognitivo está formado por diversos subsistemas (v. Vázquez, 2003) – Figura 1.

En un primer nivel, la información sensorial (acústica o visual) es procesada mediante complejos mecanismos que permiten su codificación y registro. Lo que

en este momento están leyendo es entendido y conlleva un significado *proposicional* (es decir expresable en palabras, en códigos verbales) que hace comprensible, al menos eso espero, mi mensaje. Este código proposicional, a su vez, puede tocar o suscitar significados más profundos o implicacionales, que a su vez, están ya más cercanos a las emociones (Teasdale y Barnard, 1993).



En realidad, la inmensa mayoría de las terapias cognitivas funcionan con el siguiente tipo de supuesto que es sólo parcialmente correcto: el terapeuta trata de acceder a códigos implicacionales a través de la persuasión verbal y el cambio más o menos directo de proposiciones verbales trabajando, por ejemplo, con los pensamientos automáticos, las creencias, las explicaciones causales, o cualquier otro elemento verbal que se maneje en terapia. Sin embargo, los propios elementos sensoriales y también corporales, pueden afectar directamente a vivencias y significados profundos, inexpresables en palabras, y más próximos que los códigos proposicionales a la emoción (Power y Dalglish, 1997).

Dicho de otro modo, mis palabras pueden crear, por sus contenidos, un estado emocional. Pero, también, el tono, el volumen, el timbre, con que son dichas pueden afectar el estado emocional de los oyentes, incluso más directamente que los contenidos que conllevan. Lo mismo pasa con otros elementos sensoriales como la luz, el color, o el brillo de la habitación donde estamos o la postura en la que estamos sentados. La sensación *inefable* de tedio, interés, o disfrute con que vivimos determinadas situaciones, todas ellas ligadas a elementos *emocionales*, están conectadas a vías no necesariamente verbales. ¿Cuál es el corolario de este planteamiento?: que la carga de la intervención en las psicoterapias cognitivas se



centra en el lenguaje, en los elementos de contenidos proposicionales, descuidando otras vías probablemente más directas que afectan a la emoción.

## **Memoria, sistemas de representación y psicoterapia**

¿Cómo se trasladan algunas de estas nuevas aportaciones al ámbito clínico? La investigación sobre la memoria supone un magnífico escenario para capturar las implicaciones que puede tener el paso de los viejos a los nuevos modelos.

La memoria es una de las piedras angulares de cualquier intervención terapéutica. Desde el psicoanálisis a las terapias narrativas, pasando por muchas intervenciones centradas en estrategias de descondicionamiento o en técnicas de reestructuración, la terapia se centra a veces en descondicionar, a veces en desintegrar, en otras reconstruir, o en otras, en fin, a reinterpretar elementos del pasado. Si esto es así, ¿cómo podemos utilizar en terapia los conocimientos derivados de la investigación básica?

Examinemos un ejemplo concreto. El recuerdo traumático o la amnesia traumática han sido elementos centrales de muchas intervenciones cognitivas<sup>1</sup>. Dejando de lado que el uso clínico del concepto de “amnesia traumática” suele ser confuso y escasamente anclado en el abrumador conocimiento científico del funcionamiento de la memoria (McNally, 2003), la idea subyacente común para explicar este fenómeno es que un incidente crítico es capaz de oscurecer fragmentos significativos o la totalidad del incidente. El material es tan intenso emocionalmente que no puede ser procesado adecuadamente, dejando lagunas más o menos selectivas en el recuerdo.

Desde los años 80, el modelo imperante explicativo de cómo se impone el olvido traumático ha tenido su epicentro en los trabajos de Edna Foa (Foa y Kozak, 1986; Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989). Según esta explicación tan predominante en el mundo académico, los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) surgen de una estructura almacenada en la Memoria a Largo Plazo que representa una amalgama del estímulo, la respuesta, y los significados conferidos a la experiencia traumática.

Siguiendo esta propuesta, los sucesos traumáticos serían tan intensos que causan un miedo condicionado a una variedad de estímulos (sonidos, olores, o sensaciones corporales que fueron disparadas por aquél acontecimiento). A su vez, estos estímulos sirven como disparadores del recuerdo traumático activando la estructura cognitiva del miedo y, de ahí, produciendo la hiperactivación y los recuerdos invasores del trauma (Foa, Zinbarg, & Rothbaum, 1992). Síntomas como el embotamiento y la evitación serían mecanismos que se ponen en marcha para desactivar esta estructura de memoria. En definitiva, este influyente modelo asume que el trauma es codificado en una representación mental unitaria (en la que se agolpan y combinan experiencias sensoriales, detalles perceptivos, estructuras de significado,...) en un todo compacto. Desde un punto de vista terapéutico, el modelo

conlleva implícita la idea de que la intervención terapéutica requiere una información correctora por tres vías simultáneas:

- a) *Exposición en imaginación* para romper el vínculo entre el suceso traumático y el *arousal* condicionado.
- b) *Exposición in vivo* ante estímulos amenazantes pero no dañinos para romper el vínculo de creencias de peligrosidad hacia ciertos estímulos y
- c) *Reestructuración cognitiva* que permita a la persona dotar de sentido a la experiencia

Sin embargo, este modelo cognitivo tradicional hace complicado explicar porqué hay aspectos de la experiencia tan disociados: imágenes vívidas o pesadillas y, al mismo tiempo, por ejemplo, una dificultad para verbalizar lo sucedido<sup>2</sup>. Chris Brewin, entre otros, han propuesto recientemente un modelo alternativo, derivado de la psicología cognitiva, que apela a un código de *representación dual* (Brewin et al., 1996; Brewin, 2003). En vez de considerar que la memoria traumática es una entidad cerrada y unitaria que mejora o empeora al unísono (algo que no se observa en la clínica pues a veces mejoran aspectos relacionados con detalles de la experiencia traumática pero no otros), se propone que coexisten desde el principio dos tipos de recuerdos que responden a dos sistemas de codificación diferentes (Figura 2):

- a) Recuerdos Accesibles Verbalmente (VAMs), por un lado.
- b) Recuerdos Accesibles Situacionalmente (SAMs)<sup>3</sup>, y por otro.

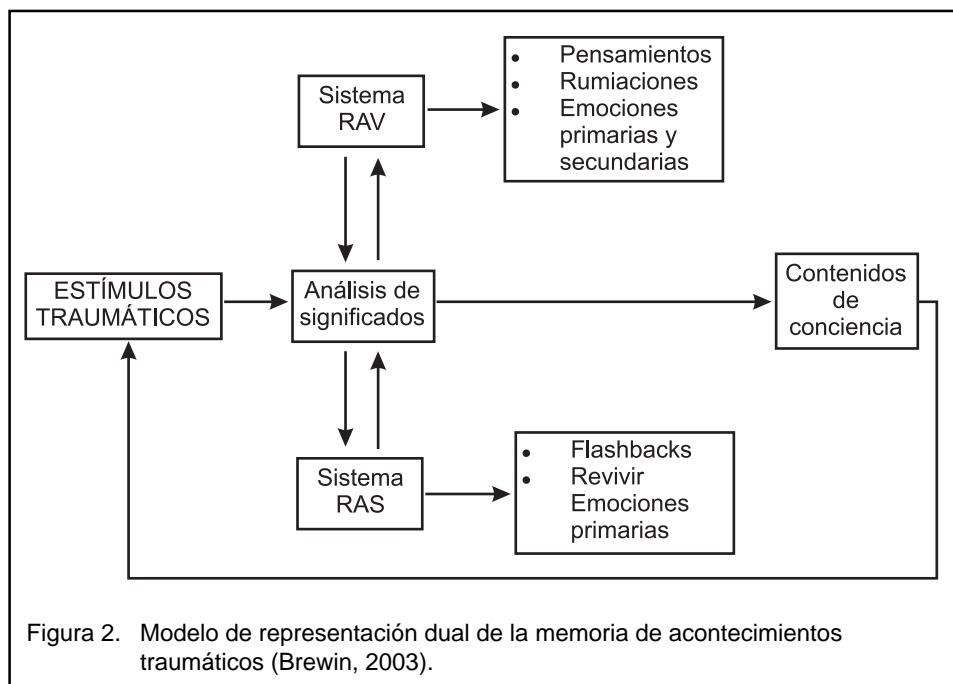


Figura 2. Modelo de representación dual de la memoria de acontecimientos traumáticos (Brewin, 2003).

Los Recuerdos Accesibles Verbalmente se organizan como una información más elaborada y a la que existe un mayor acceso consciente. Estos recuerdos están relacionados con los intentos por dar significado a la experiencia, pensar en lo que sucedió o dar una explicación ordenada, lógica y secuencial de los acontecimientos. Pero a la par que este sistema primero de codificación, existen Recuerdos Accesibles Situacionalmente que se forman a partir de elementos perceptivos, que a veces son muy fugaces y difíciles de precisar, y a partir también de las reacciones fisiológicas inmediatas ligadas al impacto de la experiencia.

Algunos estudios experimentales recientes han demostrado que efectivamente, como sugiere el modelo, los elementos que más hacen revivir una experiencia son justamente los detalles sensoriales y los recuerdos del choque emocional inmediato de la experiencia (sensaciones de horror, sudores,...), mientras que los elementos menos relacionados con esa experiencia primaria de revivir emocionalmente lo sucedido tiene que ver con aspectos más elaborados (por ejemplo, los pensamientos que elaboran sensaciones de ira o humillación).

Desde propuestas derivadas de la investigación básica, esta teoría de una memoria dual proporciona una aproximación a la terapia del TEPT que difiere de la mayor parte de las teorías vigentes pues propone *procedimientos distintos* para abolir, por ejemplo, flashbacks y cogniciones negativas. La Teoría Dual propone que los recuerdos sensoriales del trauma no se procesan u organizan en las terapias verbales al uso sino que permanecen *intactos* a través de ellas y, por lo tanto se sugieren intervenciones en las que estos elementos también se tengan en cuenta en la intervención psicoterapéutica.

Tanto el modelo general de Teasdale u otros similares (ver Power y Dalgleish, 1997) como estos más concretos del procesamiento mnésico, apelan a modos diferentes de representación del conocimiento y nos abren a una posición más compleja y plural del funcionamiento psicológico. Cada vez hay más pruebas de que los significados implícitos de las situaciones (Samoilov y Goldfried, 2000) o, si se prefiere, el conocimiento esquemático, no fácilmente verbalizable, es más importante para entender las emociones. La distinción entre conocimiento implícito y explícito es crucial a este respecto (Goldfried, 2002). Mientras que el conocimiento implícito o tácito es difícilmente expresable en términos proposicionales o verbales, el conocimiento explícito se corresponde con el saber lógico, el procesamiento racional de la información. Es justamente ese primer sistema de conocimiento el que está ligado al sistema emocional y afectivo y es fácilmente activado por olores, sabores, o elementos visuales.

Esta división entre tipos de conocimiento comienza también a recibir apoyo directo *neurocientífico*. Por ejemplo, Ledoux (1995) ha señalado que existe una vía nerviosa que conecta directamente el tálamo con la amígdala, lo que permite que esta estructura cerebral “emocional” reciba información directa de los órganos sensoriales y poder iniciar así una reacción antes de que la información se registre

en el neocórtex y se ponga en marcha todos los mecanismos lógicos concomitantes. En otras palabras, la experiencia emocional puede depender más de lo que pensábamos de significados implícitos y de análisis extracorticales. En concreto, la propuesta de Ledoux indica que las señales con una mayor resonancia o significado emocional tienen una mayor probabilidad de suscitar una reacción en la amígdala hasta cierto punto independiente de análisis corticales y de todo el aparato lógico concomitante.

Las propuestas explicativas del funcionamiento que aluden a códigos de representación múltiples pueden tener efectos importantes sobre la investigación psicoterapéutica. ¿En qué sentido? Seguramente azuzándonos para que busquemos modos de intervención no sólo verbales sino también prestando atención al cuerpo y a los sentidos, al empleo controlado de técnicas visuales de exposición y de reestructuración cognitiva. Este es un viejo sueño de muchos terapeutas que nunca han encontrado respuesta en los modelos cognitivos fríos (por emplear una vieja metáfora), y que, sin embargo, intuían que la puerta de acceso a las emociones podía estar a menudo más cerca de la música, los olores, o el tacto que de la palabra<sup>4</sup>.

Hace ya muchos años que leí con pasión adolescente las obras de H.G. Wells, tan admirado por Borges. En “Los primeros Hombres en la Luna”, una novela escrita en 1901, Wells describe a *Tsi-puff*, un habitante de la Luna perteneciente a la raza de los eruditos, en quienes, citando al autor, “...la cabeza se ha distendido en forma de un globo gigantesco...Una criatura, en fin, con un cerebro tremendamente hipertrofiado, y con el resto de su organismo absolutamente empequeñecido...” (H.G. Wells, 1901/1934, p. 510). En la divertida parábola de Wells sobre las aberraciones de la Ciencia y la Razón, estas inmensas cabezas son depósito de todo el conocimiento. Ya no se requerían en la Luna libros, inscripciones, bibliotecas, porque todo estaba almacenado en esos desproporcionados cerebros vivientes.

Cambiando lo que haya que cambiar, las psicoterapias cognitivas corren el riesgo de asemejarse a ese repulsivo personaje de Wells. Tengo la impresión de que a veces las intervenciones en terapias cognitivas están formuladas desde unos presupuestos que ya no son sólo hiperracionalistas sino que por ello mismo son algo irreales y distantes de bases científicas modernas. Si “al principio era el Verbo”, y le hemos prestado mucha atención, no todo se reduce al verbo.

Debería ser una tarea común iniciar programas de investigación y prácticas terapéuticas que nos ayuden a desembarazarnos de este nuevo cartesianismo en el que lo que no pertenece al dominio de la palabra ha quedado tan ignorado como mal parado. La investigación sobre los códigos no proposicionales y cómo estos pueden afectar a las emociones humanas, a veces más directa y certeramente que las palabras, es una vía prometedora para la investigación psicoterapéutica en la que los académicos más exigentes podrán sentirse cómodos<sup>5</sup>.

## Racionalidad, sesgos positivos y psicoterapia

A propósito de la hiperracionalidad, la investigación sobre procesos básicos de memoria, atención o atribuciones causales, por poner algunos ejemplos, está rompiendo también algunos axiomas que se creían intocables. Los estudios metaanalíticos sobre memoria y estado de ánimo realizados por nuestro grupo (ej.: Matt, Vázquez y Campbell, 1992) o el publicado recientemente por el grupo de Lynn Abramson sobre atribuciones causales (Mezulis, Abramson, Hyde y Hankin, 2004) demuestran que el ser humano dista de ser racional y ponderado en su funcionamiento y que, por el contrario, predomina un modo de procesar la realidad que está impregnado de sesgos positivos cognitivos.

En otras palabras, las personas normales tienden, por ejemplo, a recordar mejor información positiva que negativa (un caso de amnesia psicógena universal, si se quiere) y a atribuirse más a sí mismas los resultados positivos que los negativos. Pero estos fenómenos se invierten en algunas patologías, apareciendo entonces sesgos cognitivos en la dirección contraria.

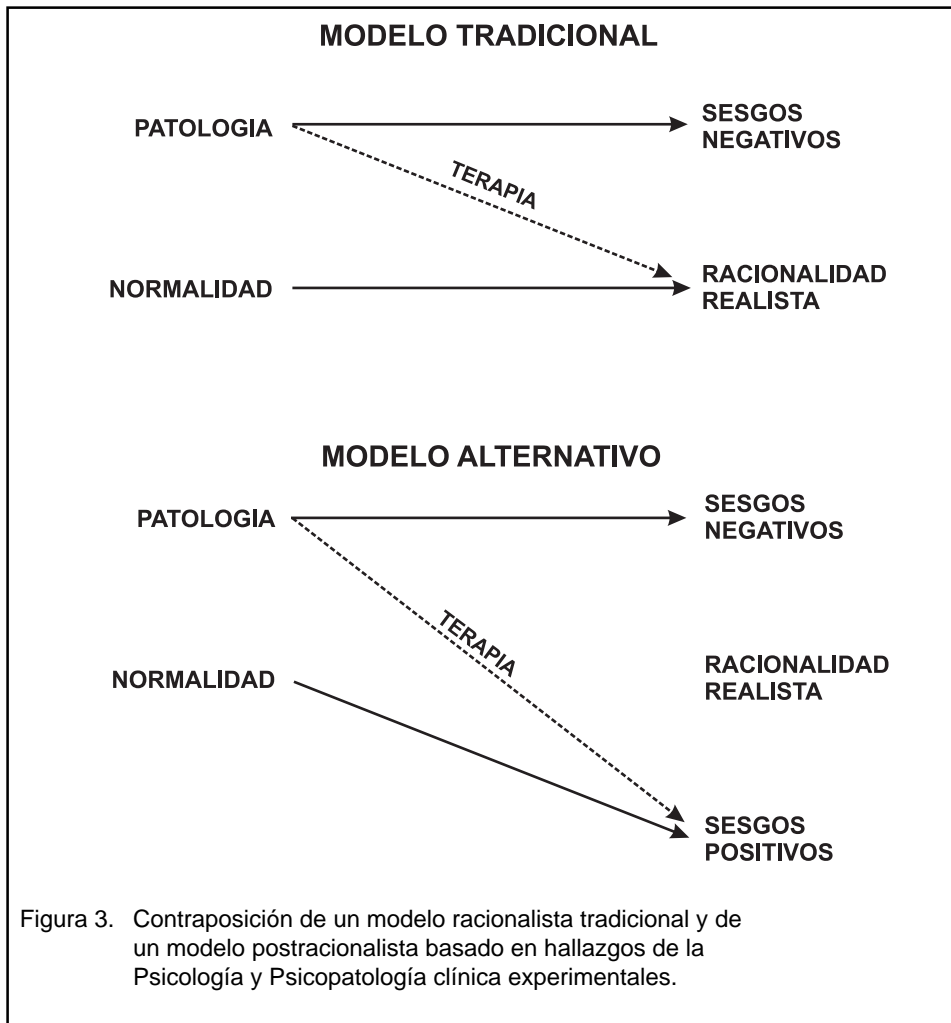
Si el objetivo de las terapias cognitivas consiste en, primero, *Identificar* elementos de irracionalidad (distorsiones, sesgos, o como se les quiera llamar) y, en segundo lugar, *Corregirlos* en una dirección más racional o más realista, entonces estos hallazgos sobre sesgos positivos universales ponen en entredicho esa meta general (v. Haaga y Beck, 1993).

Dejando de lado las implicaciones epistemológicas que esta visión de la normalidad pueda tener, la constancia de la existencia de sesgos positivos puede tener también importantes implicaciones en el trabajo terapéutico.

Es probable que el objetivo no sea sólo reconducir a nuestros pacientes hacia un estilo de pensamiento “racional” sino a que incorporen los elementos de “irracionalidad” —entre comillas— que tienen las personas dichas (ver Figura 3). Y esos componentes incluyen sueños, deseos, fantasías, esperanzas, atribuciones causales protectoras de la autoestima, olvidos selectivos de lo negativo, o por qué no, un análisis crítico de la realidad. En su conjunto, estas desviaciones de la racionalidad y del equilibrio no sólo nos ayudan a vivir sino que son probablemente la explicación de por qué vivimos.

La conocida observación atribuida a Freud de que mucho se ganaría si el Psicoanálisis tiene éxito en transformar la “miseria histórica en un vulgar infortunio” debería no ser ya suficiente como objetivo terapéutico (Breuer y Freud, 1895/1973, *Estudios sobre la histeria*, p. 168)<sup>6</sup>.

Tener como horizonte de funcionamiento la restitución de sesgos saludables es un reto ambicioso que va más allá de los cicateros criterios de éxito terapéutico que empleamos en la investigación sobre las eficacias de las terapias y con los que humildemente solemos conformarnos con nuestros pacientes. Instalar, o reinstalar de nuevo, esos sesgos perdidos o nunca experimentados, ligados a la “buena vida”, va más allá de la reducción del error lógico o de la distorsión negativa, y por



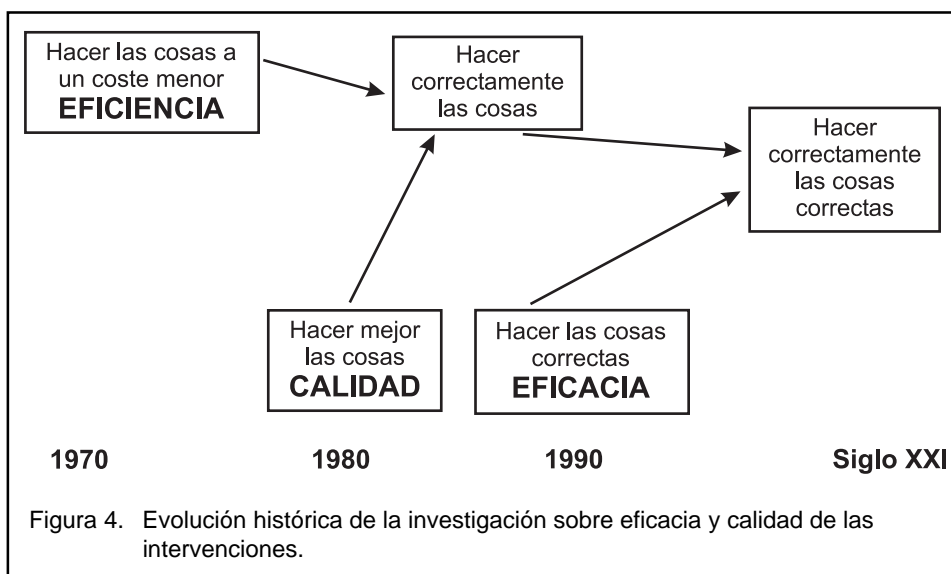
extensión, de las estrategias de reducción de síntomas y de transformar el dolor en simple infortunio en las que nos hemos afanado durante todo un siglo.

### **EL PROBLEMA DE LA EFECTIVIDAD**

En esta segunda parte haré mención a la investigación sobre *resultados*. Me aparto así de analizar otros elementos ligados a la ciencia cognitiva pero, indirectamente, abordaré temas que también son comunes a ambos tipos de investigación.

Resulta difícil hablar de investigación en relación con las psicoterapias sin hacer mención al problema de la efectividad. El análisis de la efectividad se enmarca históricamente en un marco mucho más amplio de búsqueda de calidad que ha ido cambiando de foco históricamente (Vázquez y Nieto, 2005).

En los años 70, el énfasis se ponía en hacer las intervenciones con un menor coste (*eficiencia*); en los años 80 se dio una importancia progresiva en hacer las intervenciones mejor (*calidad*); y en los años 90 comenzó un nuevo impulso por utilizar las mejores prácticas posibles, es decir, hacer no sólo bien las cosas sino hacer lo que es correcto (*eficacia*). Todo esto ha ido conduciendo, en campos paralelos, como la Medicina, a que la presión de la intervención consiste no sólo en hacer *lo que hay que hacer* sino en *hacerlo bien* (algo de lo que también los pacientes, como consumidores, serán cada vez más conscientes y, en consecuencia, lo van a demandar). Es decir, en hacer correctamente aquello que es imperativo hacer según los mejores datos científicos y clínicos disponibles<sup>7</sup> (Figura 4). Pero veremos que esto no es un asunto ni fácil ni inmaculado.



El pistoletazo de salida de esta carrera de toma de posiciones en el campo de la eficacia en la Psicoterapia lo dio en 1995 un Grupo de Trabajo de la División 12 (Psicología Clínica) de la APA<sup>8</sup> al publicar un informe bastante controvertido que intentaba delimitar lo que entonces se llamó “terapias empíricamente validadas” (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995).

Lo que originalmente se diseñó para establecer unas bases comunes y consensuadas sobre la eficacia de las psicoterapias, derivó en una disputa que llega a nuestros días sobre los propios procedimientos para delimitar y definir si una terapia efectivamente funciona.

Parte del problema con la investigación sobre resultados es que los hallazgos de los estudios sobre terapia difícilmente son generalizables al contexto en el que las terapias reales suceden, un problema que, en definitiva, tiene que ver con la

*efectividad* de los tratamientos en la realidad clínica y no con la *eficacia* demostrada en ensayos clínicos bajo condiciones escrupulosamente controladas.

Los estudios en los que se basa la investigación de resultados, aunque necesarios, tienen serias dificultades para apresar lo que *sucede* en la terapia. Tal y como se ha ido llevando a cabo la investigación en esta área, hay varios factores que constriñen el alcance o la generalización de los hallazgos:

1. En primer lugar, el modo en que medimos resultados es todavía muy pobre. Un psicofármaco se dice “efectivo”, y así lo venden las compañías farmacéuticas, cuando reduce la sintomatología basal en un 50% en una escala de síntomas como el BDI o la escala de Hamilton. Criterios semejantes, centrados en escalas de síntomas se utilizan para evaluar la eficacia de las psicoterapias y esto es claramente insuficiente para valorar la magnitud vital y emocional de los cambios terapéuticos. Si no se acentúa más la investigación sobre medidas múltiples de resultados que, además, no descansan sólo en escalas de síntomas o en medidas de papel y lápiz, es poco probable que podamos profundizar en lo que constituye la esencia del cambio terapéutico<sup>9</sup>.
2. Los estudios suelen basarse en casos clínicos que son asignados *aleatoriamente* a cada condición de tratamiento cuando, en realidad, los tratamientos en la práctica real suelen acomodarse a los problemas que cada paciente trae. No olvidemos que, además, en muchos de estos estudios los criterios de exclusión utilizados con los pacientes acaban creando muestras excesivamente artificiales y muy diferentes las que cualquier clínico ve normalmente en su trabajo<sup>10</sup>.
3. En tercer lugar, el formato y la duración de las terapias recogidas en Ensayos Controlados Aleatorizados (RCT), parecen diferir notablemente de lo que los clínicos *hacen* realmente. Por ejemplo, en un formidable estudio metaanalítico de Westen et al. (2004a) la mediana del número de sesiones para tratar la depresión es 75, algo que se aparta claramente de las 12-15 sesiones canónicamente prescritas en los manuales de intervención con que se evalúan las terapias. Esto puede indicar, por ejemplo, que cambios a largo plazo o incluso cambios promovidos por modalidades terapéuticas que pueden tener ritmos de trabajo más lentos, no son recogidos en el patrón estándar de investigación de resultados que se ha impuesto en la última década y ya hay alertas sobre este importante asunto<sup>11</sup>.
4. En cuarto lugar, el uso de manuales de tratamiento, cada vez más común en estudios sobre eficacia, tiene la ventaja de reducir variabilidad entre terapeutas pero puede ocultar o ignorar un ingrediente activo que puede ser fundamental en las psicoterapias como es el efecto de las características del terapeuta o, más importante aún, y sobre lo que apenas sabemos nada,



la interacción dinámica entre las necesidades y respuestas del paciente a lo largo de la terapia y los cambios en la intervención que introduce el terapeuta. Como indica Westen en el trabajo anteriormente citado: “*Un buen clínico en un estudio de eficacia... es aquel que se adhiere estrechamente al manual, no se deja desviar por el material que el paciente introduce y que difiere de la agenda prevista en el manual, y no sucumbe a las sirenas seductoras de la experiencia clínica*”. (Westen et al., 2004a, pp. 638-39). Es difícil pensar en un esquema de intervención tan alejado del corazón de la terapia. Como bien saben los seguidores de la “Investigación en Psicoterapia”<sup>12</sup>, la *relación* terapéutica tiene un peso importante en el resultado y, a veces, más aún que los procedimientos usados por los terapeutas. Un modo interesante de conciliar estas tradiciones aparentemente antagónicas es buscar, como ya se ha venido haciendo desde un grupo de trabajo de la División 12 (Psicología Clínica de la APA), los componentes sustentados empíricamente de la *relación terapéutica* (Norcross, 2001, 2002). ¿Cómo operativizar, y no resulta sencillo, factores como las “características del terapeuta”, las “características del paciente”, o la “calidez de la relación interpersonal” existente en un proceso terapéutico? La investigación en Psicoterapia es endiabladamente más complicada de lo que la investigación estándar sobre eficacia se ha traído entre manos. Además, al hablar de manuales de tratamiento parece que, al igual que el DSM o la CIE en el campo diagnóstico, han sido puestos por Dios en el Monte Sinaí y les debemos una veneración incondicional. Sin embargo, los manuales están llenos de indicaciones, procedimientos, y estrategias que son decididos arbitrariamente. ¿Quién y cómo decide qué elementos se integran en un manual? Hay muchas decisiones, como el número de sesiones, cómo manejar los conflictos intrasesión, el orden de presentación de las sesiones, sobre los que simple y llanamente no hay datos empíricos que las respalden pero que quedan automáticamente consagrados al ser incluidos en el manual.

5. Otro asunto no menor es el del uso de las categorías diagnósticas. La proliferación del uso de etiquetas CIE o DSM (“depresión”, “agorafobia”, “esquizofrenia”) no sólo fuerza nuestra mirada hacia un modelo más médico sino que seguramente frena más que impulsa el conocimiento de mecanismos psicológicos de funcionamiento y de procesos terapéuticos<sup>13</sup>. Nos comportamos como si las “etiquetas” realmente significasen algo o, aún más grave, como si pudiesen “explicar” algo. A esta pretensión se le puede denominar el síndrome Humpty-Dumpty. En el libro de las andanzas de Alicia, ésta se encuentra en el camino con Humpty-Dumpty y en el diálogo de presentación, este personaje pregunta qué significa “Alicia”. Alicia no sabe qué responder y simplemente dice que no significa nada,

sólo eso “Alicia”. Humpty Dumpty se enoja ante esta respuesta porque está convencido de que “Todos los nombres han de significar algo”. Esto, en epistemología se denomina reificación de la realidad y es un riesgo casi seguro de esta mentalidad diagnóstica que está teniendo costes elevados para el conocimiento de procesos y mecanismos. Resulta más bien desolador comprobar que hasta ahora el estudio de la eficacia de las intervenciones terapéuticas se ha centrado un poco ilusamente en el análisis de tipos de intervención denominados vaga y abstractamente con nombres como “paquete de intervención cognitivo-conductual” empleados en problemas clínicos definidos con etiquetas también vagas y abstractas como “depresión” (una excepción el incipiente esfuerzo del grupo de Beutler por especificar las variables del paciente y del terapeuta, así como de la relación, que influye en el resultado – v. Beutler, Clarkin y Bongar, 2000). La investigación sobre la eficacia de la terapia ha de enfrentarse de una vez a este asunto para ir desvelando la eficacia no de programas sino de técnicas y procedimientos. Uno de los escasos ejemplos de investigación sistemática de técnicas cognitivas específicas se ha efectuado con la parada de pensamiento (Wenzlaff y Wegner, 2000) y este puede ser el camino a seguir si queremos salir de este batiburrillo denso y plomizo en el que se ha centrado la investigación sobre los resultados de las terapias.

6. Tampoco podemos sentirnos confortablemente satisfechos sobre la investigación de la terapia que, como en un marcador deportivo, nos va informando del resultado en esos *términos categoriales* de los que, por otro lado, cuando se trata de diagnósticos psiquiátricos, tanto recelamos. Tanto los criterios de eficacia de la APA como las revisiones de los líderes en este campo (ej.: Chambless y Ollendick, 2001) emplean una serie de criterios operativos para definir eficacia que, finalmente revierten en una decisión dicotómica de la realidad (ver Figuras 5 y 6). No se puede, si no es con una pizca de simpleza o de ignorancia, afirmar que una terapia “es o no es efectiva”, “funciona o no funciona”. (¿No es este tipo de conclusión, por cierto, una muestra de esos pensamientos dicotómicos que tanto nos afanamos en hacer desaparecer de la vida de nuestros pacientes?). Una posible vía de solución a este problema probablemente esté relacionada con un modo más dimensional y menos global de analizar los resultados. Lo que personalmente un terapeuta desea saber es ¿qué componentes *específicos* tienen un determinado *grado de eficacia* (un metodólogo hablaría de tamaños del efecto en este caso) para un problema o un *síntoma concreto* y para un *tipo de paciente* con unas determinadas características? Esos problemas o síntomas (por ejemplo, la inactividad, la falta de motivación, dificultades para regular las emociones, o pensamien-

### **Tratamientos empíricamente respaldados (Div. 12, APA)**

- Tratamientos bien establecidos (CATEGORÍA I)
  - >2 estudios experimentales intergrupo en los que:
    - a) Sea más eficaz que psicofármacos, placebo u otros tratamientos;
    - b) Equivalente a otros tratamientos bien establecidos con N suficiente
  - Series amplias de diseños N=1 comparativos, con manuales, muestras bien descritas, y demostrado por varios equipos
- Tratamientos probablemente eficaces (CATEGORÍA II)
  - >2 estudios muestran superioridad ante lista de espera
  - >1 estudio muestra superioridad pero sólo en un equipo
    - a) Sea más eficaz que psicofármacos, placebo u otros tratamientos;
    - b) Equivalente a otros tratamientos bien establecidos con N suficiente
  - Series pequeñas de diseños N=1
- Tratamientos experimentales (CATEGORÍA III)
  - No probados todavía siguiendo pautas metodológicas de la APA

Figura 5. Criterios de la División 12 de la APA para determinar "tratamientos empíricamente validados".

### **Tratamientos empíricamente respaldados (I)**

(Chambless & Ollendick, 2001)

- Tratamientos bien establecidos (CATEGORÍA I)
  - >2 ensayos clínicos aleatorizados en los que sea más eficaz que psicofármacos, placebo u otros tratamientos
- Tratamientos probablemente eficaces (CATEGORÍA II)
  - >1 ensayos clínicos aleatorizados en los que sea más eficaz que psicofármacos, placebo u otros tratamientos
- Tratamientos experimentales (CATEGORÍA III)
  - No probados todavía siguiendo pautas metodológicas de la APA

(NOTA: EFICACIA = CAMBIO AL FINALIZAR TRATAMIENTOS)

Figura 6. Criterios empleados por Chambless y Ollendick (2001) para determinar "tratamientos empíricamente respaldados".

tos rumiativos de daño a otros o a uno mismo) son perfectamente transversales a muchos tipos de diagnósticos y de ahí que basarnos en grandes categorías diagnósticas para hacer investigación sobre psicoterapia no es una buena solución por mucho que, hasta ahora, haya sido casi la única empleada.

7. Finalmente, las comparaciones de la eficacia de terapias se basan en modelos de intervención esquemáticos, químicamente puros (“terapia interpersonal”, “terapia conductual”, o “terapia sistémica” o la modalidad de que se trate) cuando, en realidad, cada una de estas aproximaciones tiene muchos elementos de solapamiento que todavía no comprendemos bien. Monsieur Jordan, el personaje de Moliere, se maravillaba de “hablar en prosa sin saberlo”. Es muy probable que los psicoterapeutas hablen con muchos lenguajes terapéuticos sin saberlo y sin que se lo indique el manual de procedimientos correspondiente. Por ejemplo, los análisis recientes que Stuart Ablon y su equipo han efectuado sobre el Estudio Colaborativo de la Depresión del NIMH, han mostrado que el proceso terapéutico seguido por los terapeutas que administraron la Terapia Interpersonal fue extraordinariamente parecido al seguido por los terapeutas de la Terapia Cognitivo Conductual, aunque los contenidos fuesen diferentes<sup>14</sup>. En ambas modalidades los terapeutas asumieron un papel activo y directivo, sugerían nuevos modos de actuar o pensar, y animaban a sus pacientes a efectuar pruebas de realidad para someter a prueba esos aprendizajes. Esto sugiere, y no es algo nuevo<sup>15</sup> pero sí ignorado en esta generación reciente de estudios sobre eficacia que nos ha inundado, que cuando se analiza con detalle no los protocolos o los manuales de actuación terapéuticos sino el *comportamiento* de terapeutas de diferentes corrientes, aparecen elementos comunes insospechados que deberían y deberán ser foco de escrutinio científico.

Todos estos argumentos, en su conjunto, pueden hacer pensar que el respaldo empírico sobre la eficacia de las terapias es todavía endeble y parcial aunque tengamos datos destilados sobre la eficacia demostrada de algunos tratamientos que ofrecen poca duda. Pero el modo de hacer investigación sobre la eficacia terapéutica ha de cambiar notablemente para recoger la riqueza y diversidad de las intervenciones clínicas y de la investigación básica en psicopatología y para no quedar apresados en esquemas que impidan más que faciliten el conocimiento de la realidad.

Tampoco está de más recordar que la carrera por demostrar ser más eficaz que el contrario se hace muchas veces sobre terrenos en los que lo que se pone en juego son más situaciones de mantenimiento o de creación de poder institucional y de mandarato académico que de una auténtica y abierta confrontación en el dominio de la ciencia. No hay que olvidar cómo y dónde se genera el conocimiento, quién lo financia y con qué fines lo hace. Con estas limitaciones sustanciales, nadie puede

arrogarse, como la malhumorada reina de picas de Alicia, ¡otra vez Alicia!, el privilegio de cortar cabezas arrojando a las tinieblas aquello que “no funciona”<sup>16</sup>.

## CONCLUSIONES

Para terminar estas consideraciones quisiera subrayar que el intercambio entre la investigación básica y la aplicada es esencial para ser honestos tanto como investigadores de fenómenos clínicos como terapeutas que deseamos tener una base teórica y empírica que sustente nuestro trabajo. Esta transacción ha de ser *bidireccional* puesto que la clínica y el laboratorio son recursos válidos para generar hipótesis y someterlas a prueba. Como indican literalmente Westen et al. (2004a): “el laboratorio y la clínica han de contemplarse como recursos para la generación de hipótesis, aunque con diferentes fortalezas y limitaciones” (p. 656).

En 1955, el director de cine Bardem hacía un diagnóstico cruel del cine español de aquellos años negros al calificarlo como “políticamente ineficaz, socialmente falso, intelectualmente ínfimo, estéticamente nulo e industrialmente raquítico”. No creo que puedan trasladarse estas calificaciones al panorama de la investigación y de la psicoterapia dentro de nuestras fronteras o fuera de ellas, aunque a veces uno se siente tentado a hacer juicios tan radicales.

Para poder avanzar, debemos intentar centrarnos en problemas que no sean intelectualmente triviales (como ha sucedido con demasiada frecuencia) o socialmente irrelevantes ni en prácticas carentes de ningún aval empírico bajo la idea tan destructiva e irresponsable de que todo vale. Esto no es un juego, sino una empresa que debe tener siempre el alivio del sufrimiento y la mejora de las circunstancias de vida de la gente como primer objetivo y el marco en el que hemos de movernos no es otro que el de la investigación y la terapia que honesta y profundamente ponen sus esfuerzos para promover una vida mejor.

---

*En este artículo se exploran las relaciones entre ciencias cognitivas y psicoterapias cognitivas desde la perspectiva de la investigación básica y aplicada en psicoterapia por lo que respecta a los códigos de representación cognitiva, la memoria y los sistemas de representación y la racionalidad y los sesgos positivos. Finalmente se aborda el problema de la efectividad.*

*Palabras clave: ciencias cognitivas, psicoterapia, eficacia terapéutica, investigación básica.*

## NOTAS

- 0 Este trabajo se basa, en parte, en una conferencia con el mismo título dada por el autor en el I Congreso Nacional de Psicoterapia Cognitiva (Madrid, Noviembre 2004).
- 1 Por ejemplo, es habitual la confusión entre amnesia traumática y conceptos relacionados (como la amnesia orgánica, o el simple olvido de cosas cotidianas) pero que no son asimilables. Entre lo que se suele confundir con “amnesia traumática”, según McNally (2004) estarían conceptos como: a) Olvido de cosas cotidianas; b) Amnesia orgánica; c) Amnesia psicógena; d) Codificación o registro incompleto de la información; e) el simple deseo de no informar; f) No haber vuelto a pensar en algo durante mucho tiempo.
- 2 En todo caso, aún no está claro porqué se produce este olvido pero parece que algún tipo de mecanismos inhibitorio activo se pone en marcha (Anderson y Spellman, 1995), de modo muy parecido al mecanismo de represión freudiano. Pero el alcance de estos mecanismos y su extensión es poco conocida y muy sometida a clichés. Por ejemplo, los experimentos de olvido dirigido y de supresión del pensamiento en supervivientes de sucesos traumáticos (y hay un buen caudal de estudios al respecto en víctimas de abuso infantil) –ver McNally (2003)- hallan que, en contra de lo previsto, los supervivientes manifiestan una capacidad menor para olvidar el material negativo o amenazante.
- 3 Richard McNally (2004), véase su posición en Brewin, McNally y Taylor (2004), ha propuesto que este modelo da mucho peso a fenómenos sensoriales como los flashbacks que puede que no sean un elemento crucial del TEPT sino más bien un elemento culturalmente moldeado y, por cierto, parece que no muy común en el pasado (Jones et al., 2003).
- 4 Una amiga escocesa, profesora de Psicología en una universidad inglesa, nos comentaba con una pizca de maldad que las terapias cognitivas son un invento de esos fríos y distantes profesores ingleses de Oxford y Cambridge que abominan de lo emocional. Aunque esta anécdota parte de una lectura psicohistórica interesada, debería hacernos pensar sobre las condiciones históricas y sociológicas en las que surgen las teorías y modos de concebir la realidad.
- 5 El uso de estrategias de refocalización atencional, de *mindfulness*, de relajación, etc. puede que en realidad estén incidiendo, sin que aún sepamos explicar apenas nada de los mecanismos implicados, en significados profundos, no verbales de la experiencia.
- 6 Hay pocas dudas de que la MBE constituye ya un punto de no retorno en el modo de hacer medicina y, de modo semejante, las prospecciones de lo que va a suponer el futuro inmediato de la psiquiatría (Kendell, 2000) o de la psicología clínica (Emmelkamp et al., 2000) dejan claro que la práctica clínica en estas últimas disciplinas va a estar cada vez más determinada por *datos seleccionados* derivados de la evidencia empírica acumulada. Una idea de esta creciente importancia de la MBE es que el número de artículos científicos publicados sobre esta nueva disciplina, en el periodo 1990-2000, se aproxima a los 3000 (Cabrera, 2001).
- 7 Véase una apretada síntesis de los acontecimientos transcurridos entre los años 50 hasta ahora en Goldfried y Eubanks-Carter (2004, p. 670)
- 8 Por otro lado, el problema de la investigación en psicología y psiquiatría clínica es el de encontrar buenas medidas de *resultados* que, por otro lado suelen ser más complejas y con parámetros menos objetivables que en las áreas médicas en las que se inspira este movimiento (Andrews, 1999). Por ejemplo, medir la eficacia de un tipo de antibiótico en la reducción de una infección dada es más sencillo que medir si una intervención es efectiva para la agorafobia (aquí habría que medir no sólo síntomas, como habitualmente suele hacerse, sino nivel de funcionamiento, calidad de vida, ajuste general u otros parámetros esenciales que no siempre son de fácil objetivación o cuantificación).
- 9 Ver el debate entre Haaga (2004) y Westen et al. (2004b) sobre el alcance que tiene en realidad estos criterios de exclusión sobre los estudios ya existentes.
- 10 Es sorprendente el poco énfasis que desde los modelos cognitivos de intervención se ha dado en la investigación al cambio en los factores de diátesis cognitiva, que se suponen los elementos claves

- para disminuir recaídas y reducir, en definitiva, la vulnerabilidad.
- 11 Los seguidores de la IP están más interesados en aspectos relacionados con el Terapeuta, el Cliente, o los Procesos de esta relación, como la alianza terapéutica, las relaciones facilitadoras, o la empatía (Bergin y Garfield, 1994). Esta idea se ve apoyada por los estudios de Lambert y Bergin en los años 80 y 90 sobre la escasa varianza en la mejora del tratamiento que aportan las técnicas y procedimientos concretos (que ellos cifraban en un 10% del total) frente al mayor peso que tienen factores relacionados con la relación terapéutica.
  - 12 La investigación, pero también probablemente la mente del clínico está a veces confinada a esas estrechas categorías que actúan como conceptos de una abstracción tan elevada que impiden o dificultan ver la comunalidad y las diferencias de muchos estados psicológicos, bajo la espesa y uniformadora capa de los diagnósticos categoriales. Como hemos señalado en alguna otra ocasión, "...desafortunadamente, las categorías diagnósticas alcanzan unas cotas de validez bastante limitadas (Costello, 1993), de tal modo que nuestro conocimiento sobre la psicopatología humana encuentra una seria limitación con esta estrategia" (Vázquez, Valiente y Díaz-Alegría, )
  - 13 En el caso de la TCC se hacía énfasis en el manejo de actitudes disfuncionales y creencias irracionales mientras que en el caso de la TI se enfatizaban aspectos relacionados con problemas en relaciones interpersonales (Ablon y Jones, 1999; 2002).
  - 14 Goldfried, Raue y Castonguay (1998) también hallaron notables solapamientos entre terapias psicodinámicas y tratamientos cognitivo-conductuales. Igualmente, Hollon, deRubeis et al. (1992) comprobaron que los terapeutas cognitivos emplean ocasionalmente estrategias psicodinámicas que, además, tienen un peso importante en el cambio terapéutico (Castonguay, Goldfried, et al., 1996).
  - 15 Me serviré de la Alicia de Carroll, de nuevo, para ilustrar el dilema en el que nos encontramos. Para pasar el rato, el pájaro Dodo propone hacer una carrera de animales en la que corran en círculo comenzando a competir cuando a cada uno le venga en gana. Comienza la carrera y pasado un rato, el pájaro Dodo toca el silbato poniendo fin a la competición. Los concursantes se arremolinan ante él preguntando quién ha ganado y este es su famoso veredicto: "Todos han ganado, y todos deben recibir un premio". Los estudios metaanalíticos, ante cuyo inicio la psicología académica pensó que podría dar una respuesta inequívoca a este asunto tan espinoso, han arrojado resultados que producen cierta perplejidad y que han abierto vías de discusión inesperadas. Como en el caso del pájaro Dodo, parece que todas las terapias concursantes, es decir, todas aquellas que publican resultados siguiendo pautas metodológicas de la ciencia común, reciben algún premio (Luborsky et al., 2002). Es decir, parece haber pocas diferencias en cuanto a resultados (normalmente evaluados por escalas de síntomas) entre las terapias "bona fide", esto es, terapias que: a) Están guiadas por una estructura teórica coherente; b) han sido puestas en práctica desde hace tiempo; y c) Tienen bases sustentadas por la investigación. No obstante véase una crítica furibunda a esta teoría del pájaro Dodo efectuada por Chambless (en prensa).

## Referencias bibliográficas

- ABLON, J.S., & JONES, E.E. (1999). Psychotherapy Process in the National Institute of Mental Health Treatment Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 64-75.
- ABLON, J.S., & JONES, E.E. (2002). Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. [On-line] *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 775-783.
- ANDERSON, M.C., & SPELLMAN, B.A. (1995). On the status of inhibitory mechanisms in cognition: Memory retrieval as a model case. *Psychological Review*, 102, 68-100.
- ANDREWS, G. (1999). Randomised controlled trials in psychiatry: Important but poorly accepted. *British Medical Journal*, 319, 562-564.

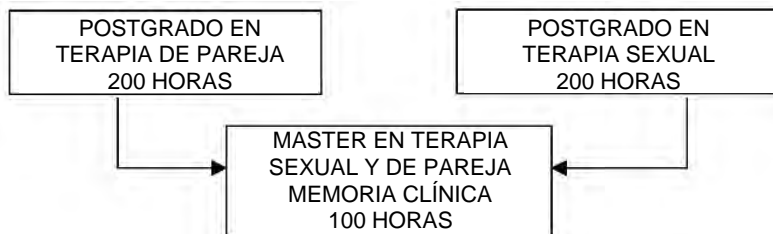
- BARNARD, P. J., & TEASDALE, J. D. (1991). Interactive cognitive subsystems: A systemic approach to cognitive-affective interaction and change. *Cognition and Emotion*, 5, 1-39.
- BEHAVIOUR RESEARCH AND THERAPY (September 2004, special issue). *Interfacing basic science with clinical practice: A Festschrift special issue for John Teasdale*. Vol. 42, 9, 971-1104.
- BERGIN, A. & GARFIELD, S. (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th. Ed.). New York: Wiley
- BEUTLER, L. E., CLARKIN, J. F., & BONGAR, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. New York: Oxford University Press.
- BREUER, J., Y FREUD, S. (1893-1895/1973). *Estudios sobre la Histeria*. Obras Completas (Vol. 1, pp. 39-168). Madrid: Biblioteca Nueva.
- BREWIN, C. R. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?* New Haven, CT: Yale University Press.
- BREWIN, C. R., DALGLEISH, T., & JOSEPH, S. (1996). A dual representation theory of post-traumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- CASTONGUAY, L. G., GOLDFRIED, M. R., WISER, S. L., RAUE, P. J., & HAYES, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497-504.
- CHAMBLESS, D.L. (en prensa). Beware the Dodo Bird: The dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology: Science & Practice*.
- CHAMBLESS, D.L. Y OLLENDICK, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716
- CLARK, D.A., BECK, A. T. Y ALFORD, B.A. (1999). *Scientific Foundations Of Cognitive Theory And Therapy Of Depression*. NY: Wiley.
- COSTELLO, C. (1993) Advantages of the symptom approach to schizophrenia. En C. Costello (ed.), *Symptoms of Schizophrenia* (pp. 1-26. New York: John Wiley & Sons.
- DOBSON, K.S. Y KENDALL, P.C. (Eds.). (1993). *Psychopathology and Cognition*. NY: Academic Press.
- DOBSON, K.S. Y KENDALL, P.C. (Eds.). (1993). *Psychopathology and Cognition*. NY: Academic Press.
- EMMELKAMP, P.M.G., EVERAERD, W.T., KAMPHUIS, J.H., SERGEANT, J. Y SCHOLING, A. (2000). Clinical psychology at the end of the Century. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 325-335.
- FOA, E.B., & KOZAK, M.J. (1986). Emotional processing of fear; Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- FOA, E.B., STEKETEE, G., ROTHBAUM, B.O. (1989): Behavioral/cognitive conceptualization of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20: 155-176.
- GOLDFRIED, M. R., RAUE, P.J., & CASTONGUAY, L. G. (1998). The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: A comparison of cognitive behavioral and psychodynamic-interpersonal interventions. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 66, 803-810
- GOLDFRIED, M. R., Y EUBANKS-CARTER, C. (2004). On the Need for a New Psychotherapy Research Paradigm: Comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004). *Psychological Bulletin*, 130, 669-673.
- GOLDFRIED, M.R. (2002). Integration themes in Clinical Psychology. *The General Psychologist*, 37, 57-63.
- HAAGA, D. A. (2004). A healthy dose of criticism for randomized trials: Comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004). *Psychological Bulletin*, 130, 674-676.
- HAAGA, D. Y BECK, A. T. (1993). Perspectiva constructivista del realismo depresivo: Implicaciones para la teoría y terapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, 13, 29-40.
- HOLLON, S. D., DERUBEIS, R. J., EVANS, M. D., WIEMER, M. J., GARVEY, M. J., GROVE, W. M. & TUASON, V. B. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Singly and in combination. *Archives of General Psychiatry*, 49: 774-781.
- JONES, E., VERMAAS, R. H., MCCARTNEY, H., BEECH, C., PALMER, I., HYAMS, K., & WESSELY, S. (2003). Flashbacks and post-traumatic stress disorder: The genesis of a 20th-century diagnosis. *British Journal of Psychiatry*, 182, 158-163.
- KENDELL, R.E. (2000). Measurement and psychotherapy. Evidence-based practice and practice-based evidence. *British Journal of Psychiatry*, 176, 6-9.
- LEDoux, J. (1995) Setting "stress" into motion. Brain mechanisms of stimulus evaluation. En M.J. Friedman; D.S.Charney y A.Y. Deutch (Eds.), *Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to PTSD*. Philadelphia : Lippincott-Raven.
- MATT, G., VÁZQUEZ, C., Y CAMPBELL, K. (1992). Mood congruent recall of affectively toned stimuli: A meta-



- analytic review. *Clinical Psychology Review*, 12, 227-256.
- MCNALLY R. J. (2003). Recovering memories of trauma: A view from the laboratory. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 32-35.
- MCNALLY R. J. (2004). The science and folklore of traumatic amnesia. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 29-33.
- BREWIN, C.R., MCNALLY R. J. Y TAYLOR, S. (2004). Point-counterpoint: Two views on traumatic memories and posttraumatic stress disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18, 99-114.
- MEZULIS, A.H., ABRAMSON, L.Y., HYDE, J. S. Y HANKIN, B. L. (2004). Is There a Universal Positivity Bias in Attributions? A Meta-Analytic Review of Individual, Developmental, and Cultural Differences in the Self-Serving Attributional Bias. *Psychological Bulletin*, 130, 711-747.
- NORCROSS, J. C. (Ed.). (2001). Empirically supported therapy relationships: Summary Report of the Division 29 Task Force. *Psychotherapy*, 38(4).
- NORCROSS, J.C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- POWER, M.J. AND DALGLEISH, T. (1997). *Cognition and Emotion: From Order to Disorder*. Hove: Psychology Press
- SAMOILOV, A. AND GOLDFRIED, M.R. (2000). Role of Emotion in Cognitive-Behavior Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 373-385.
- TASK FORCE ON PROMOTION AND DISSEMINATION OF PSYCHOLOGICAL PROCEDURES (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-29.
- TEASDALE, J. D., & BARNARD, P. J. (1993). *Affect, cognition and change: Re-modelling depressive thought*. Hove, UK: LEA.
- VÁZQUEZ, C. (2003). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. Madrid: Síntesis (2003)
- VÁZQUEZ, C. Y NIETO, M. (2005, en prensa). Psicología (clínica) basada en la evidencia (PBE): una revisión conceptual y metodológica. En J.L. Romero (ed.), *Psicópolis: paradigmas actuales y alternativos en la psicología contemporánea*. Barcelona: Kairos.
- VÁZQUEZ, C., JIMÉNEZ, F., ALLOY, L., Y HARTLAGE, S. (1995). Efectos de la depresión en el procesamiento automático y controlado. Una revisión teórica. *Boletín de Psicología*, 48, 41-65.
- VÁZQUEZ, C., VALIENTE, C., Y DíEZ-ALEGRÍA, C. (1999). La evaluación del delirio: desde los sistemas categoriales a la evaluación multidimensional. En F. Silva (ed.), *Avances en evaluación psicológica* (pp. 311-360). Valencia: Promolibro.
- WELLS, H.G. (1901/1934). The first men in the moon. En *The Complete Science Fiction Treasury of H.G. Wells*. New York: Knopf.
- WENZLAFF, R.M. Y WEGNER, D.M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91.
- WESTEN, D., NOVOTNY, C.M. Y THOMPSON-BRENNER, H. (2004a). The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663.
- WESTEN, D., NOVOTNY, C.M. Y THOMPSON-BRENNER, H. (2004b). The Next Generation of Psychotherapy Research: Reply to Ablon and Marci (2004), Goldfried and Eubanks-Carter (2004), and Haaga (2004). *Psychological Bulletin*, 130, 677-683.
- WILLIAMS, J.M.G., WATTS, F.N., MACLEOD, C. Y MATHEWS, A. (1996). *Cognitive Psychology And Emotional Disorders (2ª Ed.)*. NY: Wiley.

**MASTER EN TERAPIA SEXUAL Y DE PAREJA**  
**UNIVERSITAT DE BARCELONA**  
**BIENNIO 2005-2007**  
**4ª PROMOCIÓN**

- El MASTER EN TERAPIA SEXUAL Y DE PAREJA está orientado a proporcionar una formación profesional especializada desde una perspectiva pluridisciplinar, predominantemente psicológica, pero con la participación de otros profesionales de la medicina, la pedagogía y el derecho. Adopta una perspectiva integradora entre los diferentes ámbitos y niveles de intervención, buscando su complementariedad. Considera los problemas sexuales y de pareja en su autonomía funcional, al igual que en los contextos en que se producen y mantienen, tanto desde una perspectiva evolutiva, como relacional y sistémica.
- El master tiene una duración de dos años con un total de 50 créditos impartidos en dos módulos anuales de 200 horas por curso, que dan acceso a los correspondientes diplomas de Postgrado. La suma de ambos módulos más un tercero de 100 horas dirigido a completar la memoria clínica culmina en los créditos necesarios para la obtención del título de MASTER EN TERAPIA SEXUAL Y DE PAREJA.



**INSCRIPCIÓN Y MATRÍCULA:**

- **Requisitos:** Licenciatura en Psicología o Medicina
- **Plazas:** 15/20 por curso
- **Precio de la matrícula** completa por año: 2.000 •

**DIRECCIÓN Y SECRETARÍA DEL CURSO**

- Dr. Manuel Villegas Besora (U.B.) [mvillegas@psi.ub.es](mailto:mvillegas@psi.ub.es)
- Herminia Gomà Quintilla (I.G.) [herminia@institutgoma.com](mailto:herminia@institutgoma.com)

**Información y atención de alumnos:** Laura Contino

[Lcontino@ub.edu](mailto:Lcontino@ub.edu)

Lunes y miércoles de 16 a 19 horas y Martes de 10 a 14 horas

Teléfono: 933125135

Con la colaboración de

INSTITUT GOMÀ } { SERVEIS INTEGRALS

# NEUROCIENCIAS Y PSICOTERAPIA: RETORNO A LO BÁSICO

Óscar F. Gonçalves, João Cerqueira, Cármen Guimarães, Jenniffer Belpalme,  
Liliana Amorim, Manuela Peixoto y Nuno Sousa  
Universidade de Minho

*Cognitive neuroscience research has been recently advanced as central for a scientific foundation of psychotherapeutic treatment. In fact, understanding how the maintenance, survival or neurological change is mediated psychological processes, is fundamental for advancing our knowledge about the mechanisms of psychotherapy treatment. This study is an attempt to bring psychotherapy closer to neurocognitive research in order to foster understanding on the neurobiological effects of therapeutic equivalent tasks in reverting the effects of chronic stress. More specifically, this study aims: (1) To compare spatial working memory and behavioural flexibility performances in groups of adult rats submitted to chronic unpredictable stress and age-matched controls; and (2) To test the modulatory effects of a cognitive treatment-equivalent task intended to counteract the effects of chronic unpredictable stress. The results confirm that stress impairs reference memory as well as spatial working memory and reversal learning tasks. More important, this study also demonstrates that the detrimental effects of stress on spatial working memory can be attenuated by a cognitive treatment equivalent task introduced in the late phase of the stress exposure, an effect that seems to be group (i.e., stressed animals) and task specific (i.e., spatial working memory).*

*Keywords: cognitive neurosciences, psychotherapy, stress, research, spatial working memory.*

---

En los años que siguieron a la II Guerra Mundial, la medicina pasó de ser un arte práctico a ser una disciplina científica basada en la biología molecular. Durante el mismo período la psiquiatría pasó de ser una disciplina médica a ser un arte de práctica terapéutica (Kandel, 1998, p. 457).

## INTRODUCCIÓN

La psicoterapia se ha definido a menudo como un tratamiento que utiliza procesos psicológicos (por ejemplo, conductuales, cognitivos, afectivos o

interpersonales) a fin de remediar o rehabilitar síntomas o condiciones propias de diferentes trastornos psicológicos. La psicoterapia se introdujo inicialmente como un tratamiento psiquiátrico durante la última década del siglo XIX cuando los conocimientos sobre el funcionamiento psicológico y neurobiológico eran todavía incipientes. Por tanto, no sorprende que los primeros modelos psicoterapéuticos se basaran en suposiciones teóricas hipotéticas carentes de cualquier fundamento empírico o científico.

La ausencia de restricciones empíricas y científicas fue un terreno fértil para el auge y declive de cientos de modelos psicoterapéuticos, cada uno con sus premisas sobre los mecanismos psicopatológicos y del cambio y terapéutico. Durante la mayor parte del siglo XX nuestro ámbito ha sido testigo de una progresiva “balcanización” de la psicoterapia (Ilardi & Feldman, 2001). Ha sido una época de diferenciación caótica entre tratamientos que no ha ido acompañada de avances significativos en el conocimiento de los mecanismos de cambio terapéutico.

Un tema común al desarrollo de la gran mayoría de las psicoterapias fue el veredicto cartesiano que establecía una clara división entre los mecanismos psicológicos y los biológicos. La psicopatología y la psicoterapia eran concebidas como fenómenos exclusivamente psicosociales. Los procesos psicológicos se contemplaban como variable dependiente y simultáneamente independiente del proceso de tratamiento, relegando a la biología a un rol de variable parásita que debía ser o ignorada o controlada.

Nosotros creemos que este movimiento en contra de los fundamentos neurobiológicos fue la causa central de la “balcanización” de la psicoterapia. Tal como sucede a menudo en el caso de ciencias incipientes e inmaduras, la proliferación de modelos correlaciona con su falta de fundamentos operacionales (Kuhn, 1962).

Dada la falta de cualquier fundamento científico de los mecanismos del cambio, la credibilidad de la psicoterapia debía basarse en algún tipo de explicación de la eficacia de los tratamientos. Durante el final del siglo XX, los psicoterapeutas empezaron a constatar que el prolífico mundo de las psicoterapias tendría que ser regulado mediante la definición de “tratamientos con apoyo empírico” (cf., Hamilton & Dobson, 2001). Aún así, la validación empírica de los tratamientos mediante “estudios clínicos aleatorios”, si bien importante para el establecimiento de la eficacia del tratamiento, deja todavía sin resolver la clave para el establecimiento de la credibilidad científica de la psicoterapia: ¿cuáles son los mecanismos de cambio terapéutico? (cf., Tyron, 2005).

Curiosamente, la psicoterapia parece estar siguiendo un camino similar al iniciado por la psicofarmacología hace más de 50 años. Recordemos que los efectos terapéuticos de los primeros fármacos psiquiátricos fueron descubiertos por accidente, mucho antes de comprender sus características farmacodinámicas. Casi todos los precursores de los actuales antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo y tranquilizantes (por ejemplo la clorpromacina, la iproniazida,

la imipramina, el litio o el meprobamato) se introdujeron antes de conocer sus mecanismos bioquímicos (Valenstein, 1988). Tal como sucede en la psicoterapia, la credibilidad de los tratamientos psicofarmacológicos se estableció mediante la evaluación de su eficacia a través de pruebas clínicas. Sólo recientemente la psicofarmacología ha avanzado en la dirección del diseño de fármacos basado en una creciente comprensión científica de sus efectos sobre el sistema nervioso y sobre cómo estos efectos pueden mitigar los síntomas de los trastornos psicológicos.

Sin embargo, el diseño de tratamientos eficaces, tanto psicofarmacológicos como psicoterapéuticos, siempre se enfrenta a las limitaciones de nuestra comprensión actual sobre los mecanismos patogénicos de los diferentes trastornos psicológicos. Es decir, el desarrollo de tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos dependerá del avance de nuestro conocimiento en dos campos: los mecanismos patogénicos de los trastornos psicológicos y los mecanismos terapéuticos del cambio psicológico.

Durante la última década, la investigación en busca de una mejor comprensión de los mecanismos patogénicos y psicoterapéuticos, ha hecho que la psicología y la biología se aproximasen a un mismo campo—las neurociencias cognitivas. Las neurociencias cognitivas representan un esfuerzo transdisciplinar cuyo objetivo es proporcionar una comprensión más completa de la interdependencia de los mecanismos neurobiológicos y los procesos cognitivos. Es gracias a estos esfuerzos que ha mejorado nuestro conocimiento de la base neurobiológica de procesos psicológicos tales como la percepción, la atención, el aprendizaje, la memoria, el lenguaje y la emoción. Sin embargo, probablemente la contribución más fundamental en la ciencia neurocognitiva ha sido la demostración de que “lo genético” y “lo ambiental” están interrelacionados bidireccionalmente y que la activación de procesos psicológicos es una precondition para la ocurrencia de cambios funcionales y estructurales en el sistema nervioso. En otras palabras, los procesos psicológicos son los factores que sustentan la génesis, desarrollo, supervivencia y plasticidad neuronal (cf., Prickaert et al, 2004). En resumen, actualmente estamos en condiciones de comprender que los procesos psicológicos no sólo están interrelacionados con los sistemas neurobiológicos, sino que median en el mantenimiento, la supervivencia o el cambio neurológico.

La experimentación animal y los estudios de neuroimagen funcional han hecho avanzar considerablemente nuestra comprensión de los efectos neuronales de toda una serie de procesos psicológicos. Estas investigaciones han abierto el camino a una perspectiva de la psicoterapia radicalmente nueva. La psicoterapia puede contemplarse como la génesis de cambios neuronales mediante procesos psicológicos. Es decir, podríamos concebir la psicoterapia como un procedimiento de tratamiento neurocognitivo.

Una implicación directa de esta evolución es la progresiva aproximación de los tratamientos biológicos y psicológicos como dos cara de una misma moneda.

Mientras que la psicofarmacología es un proceso de intervención directa sobre mecanismos neurobiológicos para fomentar la promoción del cambio psicológico, la psicoterapia se basa fundamentalmente en el cambio directo de los procesos psicológicos como condición para un cambio neurobiológico duradero. En último término ambas son intervenciones simultáneamente neuronales y cognitivas. Probablemente uno de los mejores ejemplos de investigaciones iniciales que demostraron cómo la psicoterapia y la psicofarmacología operan a través de mecanismos neurocognitivos similares, fue el estudio de Schwartz (1998) que demostraba que los patrones disfuncionales específicos de activación neuronal propios del trastorno obsesivo-compulsivo (localizados en la corteza orbitofrontal, el giro del cíngulo y el núcleo caudado) podían modificarse mediante un tratamiento eficaz —fuese psicoterapia o fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina. Tal como remarcó Kandel (1998) la psicoterapia produce cambios estructurales, moleculares y genéticos en el cerebro. En este sentido, la agenda de la investigación en psicoterapia del futuro debería incluir el estudio de la relación entre los procesos de tratamiento psicológico específicos y sus efectos neurobiológicos.

El estudio que presentamos a continuación, basado en investigación animal llevada a cabo en nuestro laboratorio de neurociencias, consiste en un intento de aproximar la psicoterapia a la investigación básica para fomentar la comprensión de los procesos neurobiológicos de normalización de los efectos del estrés crónico de tareas análogas a las terapéuticas.

La exposición al estrés se ha identificado como un factor precipitante en la génesis de diversos trastornos neuropsiquiátricos, incluyendo la depresión y la esquizofrenia (Altamura et al., 1999; McEwen, 2000; Barden, 2004; Charney & Manji, 2004). Curiosamente, las disfunciones de la corteza prefrontal son también típicas de estas condiciones, y causan problemas en funciones ejecutivas tales como la flexibilidad conductual y la memoria de trabajo. Recientemente, algunos estudios han sugerido que la estructura y función de la corteza prefrontal pueden verse influidas por los corticosteroides y el estrés (Mizoguchi et al., 2000; Cerqueira et al., 2005). Varios autores postulan que intervenciones naturales, incluyendo tareas concomitantes, pueden atenuar los efectos del daño neuronal en estos casos. Con todo, no nos consta que haya habido ningún intento sistemático de comprobar esta hipótesis. El objetivo central de este estudio es evaluar los efectos de una tarea terapéutica análoga en la normalización de los daños producidos por el estrés crónico impredecible. Específicamente, el estudio pretende: (1) comparar la memoria de trabajo espacial y la flexibilidad conductual en la ejecución de tareas en un grupo de ratas adultas sometidas a estrés crónico impredecible y un grupo control de ratas de la misma edad; y (2) comprobar los efectos moduladores de una tarea análoga al tratamiento cognitivo que pretende contrarrestar los efectos del estrés crónico impredecible.

## MÉTODO

### Animales

Los experimentos se llevaron a cabo cumpliendo las normativas locales (Directiva 86/609/EEC de la Unión Europea) y las directrices del *National Institute of Health* referentes al cuidado y la experimentación animal. Las ratas utilizadas fueron Wistar macho (Laboratorios Charles River, Barcelona) que convivieron en grupos de 3 ó 4 en condiciones de laboratorio estándar (luces entre las 8:00 y las 20:00; sala a 22°C de temperatura, acceso *ad libitum* a comida y bebida).

### Tarea de estrés

El paradigma de estrés crónico impredecible se inició cuando los animales tenían 8 semanas de vida y continuó durante un período de cuatro semanas tras la cual se llevaron a cabo pruebas de conducta. Consistió en aplicar uno de diversos estresores (un estresor por día) en orden aleatorio. Los estresores fueron: inyección salina hipertónica (9% NaCl; 1.0 ml/100 g), hacinamiento (1 hora), restricción de movimiento (30 min) y ubicación en una plataforma vibrante/oscilante (1 hora). Tal como se había demostrado con anterioridad, este régimen tuvo como resultado niveles plasmáticos de corticosterona crónicamente elevados (Sousa et al., 1998).

### Tarea análoga de tratamiento cognitivo

La tarea análoga de tratamiento cognitivo consistió en entrenar a los animales mediante el paradigma del tablero con hoyos. Esta tarea se introdujo durante la última semana de exposición al estrés. El tablero de hoyos se compone de un terreno cuadrado de PVC, que contiene diversos hoyos equidistantes (de 3.5 cm de diámetro y 3 cm de profundidad) en su base (Oades, 1981). Cada hoyo estaba provisto de virutas de queso y cubierto por un falso suelo perforado reemplazable que enmascara la posible entrada de olores procedentes de la recompensa de los hoyos con cebo. De esta forma las ratas no podían discriminar entre los hoyos con o sin cebo en el tablero de hoyos usando pistas olfativas como guía durante la fase de entrenamiento de la prueba. El tablero con hoyos se situó en una sala iluminada tenuemente que contenía una serie de pistas visuales extra para fomentar la orientación espacial. Antes del entrenamiento se familiarizó a las ratas con las virutas de queso en sus jaulas. Puesto que todas las ratas se comían las virutas con presteza, no se las sometió a privación de comida antes del procedimiento del tablero con hoyos. Posteriormente las ratas fueron habituadas al tablero mediante dos entrenamientos de 3 minutos durante 5 días consecutivos. Durante este período de habituación todos los hoyos tenían como cebo una viruta de queso accesible. El entreno se iniciaba colocando a la rata sobre el tablero. Entre cada uno de los dos ensayos se limpiaba el suelo de la caja y el tablero de hoyos. Después del período de habituación se exponía a los animales a dos entrenamientos diarios, uno por la

mañana y uno por la tarde (con un intervalo entre entrenamientos de 3h) en cinco días consecutivos. Se consideraba completa una visita a un hoyo cuando la rata introducía su hocico en él. Las visitas a los hoyos se registraban manualmente usando un dispositivo de registro asistido por ordenador. El entrenamiento finalizaba o bien cuando habían pasado 3 minutos sin que la rata se hubiera comido todas las virutas, o bien cuando había localizado y consumido todas las virutas de los hoyos.

### **Condiciones de tratamiento**

Siguiendo los procedimientos experimentales, las ratas fueron asignadas a uno de cuatro grupos de tratamiento (n = 10): (i) controles (CONT); (ii) control + tarea (CONT+TAREA); (iii) estrés crónico impredecible (ECI); y (iv) estrés crónico + tarea (ECI+TAREA).

### **Pruebas conductuales**

Usamos un tanque negro octogonal de 170 cm de diámetro lleno de agua hasta una profundidad de 31cm (a 22°C), situado en una sala iluminada tenuemente con varias pistas extrínsecas. El tanque estaba dividido en cuadrantes imaginarios y tenía una plataforma negra (de 12 cm diámetro y 30 cm de altura) situada en uno de ellos. Los datos se grabaron utilizando una cámara de video fijada al techo y conectada a un sistema de encuadre automático (Viewpoint, Francia).

*Tarea de memoria de trabajo.* Fue descrita por Kesner (2000) como una prueba de la función de la corteza prefrontal: su objetivo es evaluar la habilidad de las ratas para aprender la posición de la plataforma sumergida después de 4 entrenamientos consecutivos y saber localizarla. Las pruebas se llevaron a cabo durante cuatro días y cada día se colocó la plataforma en una nueva posición en un cuadrante diferente. Si un animal no conseguía alcanzar la plataforma en menos de 2 minutos, el experimentador lo guiaba hasta ella. En ese caso se dejaba descansar al animal en la plataforma durante 30 segundos y luego se le llevaba directamente a la siguiente posición de salida sin abandonar el tanque de agua. La longitud del camino descrito nadando y el tiempo utilizado para llegar a la plataforma (latencia de escape) se grababan en los entrenamientos consecutivos.

*Tarea de inversión de aprendizaje.* Después del procedimiento de memoria de trabajo la plataforma se mantuvo en el mismo cuadrante durante 2 días más para asegurarse de que las ratas habían aprendido la posición fija de la plataforma antes de iniciar el aprendizaje invertido descrito por Bruin et al. (1994). La plataforma de salvamento se colocó entonces en una nueva localización (en el cuadrante opuesto) y las ratas fueron expuestas de nuevo a un entrenamiento de 4 sesiones, similares a las descritas previamente. Grabamos la distancia y el tiempo dedicado a nadar en cada cuadrante.



## **Análisis estadístico**

Los resultados se expresan como medias grupales  $\pm$  error típico. El rendimiento de la tarea de memoria de trabajo se analizó utilizando un ANOVA de medidas repetidas de los resultados medios de cada entrenamiento (a lo largo de los 4 días). A los resultados del sexto día se les aplicó un ANOVA unidireccional para verificar si la condición de aprendizaje basal era similar antes del cambio conductual. Los resultados de la tarea de inversión de aprendizaje se analizaron mediante un ANOVA unidireccional. La prueba de Tukey de la diferencia honestamente significativa se aplicó post-hoc para verificar si las medias diferían significativamente entre sí. Las diferencias se consideraron significativas si  $p < 0.05$ .

## **RESULTADOS**

### *Tarea de memoria de trabajo espacial*

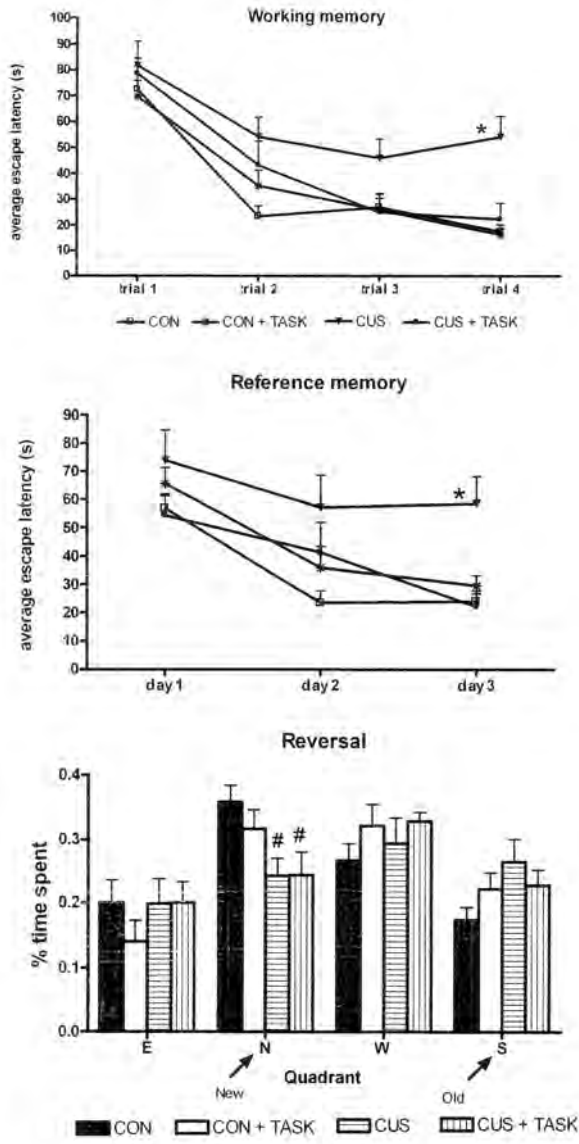
El análisis de las curvas de aprendizaje de la tarea de memoria de trabajo espacial en cuanto a la distancia recorrida a nado (Figura 1) revela un efecto de tratamiento significativo ( $F(3,36)=7.331$ ;  $p=0.01$ ). Las ratas expuestas a estrés tenían perjudicada su capacidad de aprender y nadaban distancias más largas en el segundo, tercer y cuarto entrenamiento comparadas con el grupo control ( $p=0.001$ ), control + tarea ( $p=0.002$ ) y estrés + tarea ( $p=0.03$ ). Entre estos tres grupos no había diferencias significativas.

### *Tarea de inversión de aprendizaje*

El día antes de la tarea invertida (día 6) todas las ratas habían aprendido la posición de la plataforma y estaban ejecutando la tarea con el mismo éxito. El análisis del porcentaje de la distancia nadada en cada cuadrante en la prueba de aprendizaje invertido (Figura 1) no reveló diferencias entre grupos de tratamiento en ninguno de los cuadrantes neutrales (Oeste:  $F(3,36)=0.746$ ;  $p=0.532$  y Este:  $F(3,36)=0.866$ ;  $p=0.468$ ) ni en el cuadrante Sur (donde había estado la plataforma durante los tres días anteriores (Sur:  $F(3,36)=1.895$ ;  $p=0.148$ ). Sin embargo, en el cuadrante Norte (la nueva localización de la plataforma), se observó un efecto de tratamiento significativo (Norte:  $F(3,36)=3.56$ ;  $p < 0.025$ ). Los controles aprendieron rápidamente la localización de la nueva plataforma, comparados con los grupos con estrés ( $p < 0.05$ ) y con estrés + T ( $p < 0.05$ ). La introducción de la tarea del tratamiento análoga no influyó de forma significativa en el desarrollo de la tarea entre los grupos con estrés en el aprendizaje invertido.

## **CONCLUSIONES**

La memoria de trabajo, definida como la habilidad de retener de forma transitoria la información que puede usarse para guiar las acciones subsecuentes (Goldman-Rakic, 1995), es una función característica de la corteza prefrontal. Este



**Figura 1: Resultados de las pruebas conductuales.**

A—Curva de aprendizaje de la tarea de memoria de trabajo. Nótese las distancias más largas recorridas por las ratas expuestas a estrés. C—Resultados de la tarea de inversión: distancia media recorrida en los 4 entrenamientos en cada cuadrante imaginario como porcentaje total de la distancia nadada. CON—controles; CON + TASK—controles + tarea; CUS—estrés crónico impredecible; CUS + TASK—animales estresados con tarea. \* $p < 0.05$  vs. cada uno de los otros grupos. Las barras representan el error típico de la media.

concepto desarrollado originalmente a partir de estudios con humanos y otros primates (Greenlee et al., 2000; Petrides, 2000; Rowe and Passingham, 2001), ha sido evaluado rigurosamente en ratas mediante varias tareas incluido el laberinto de brazo radial (Fritts et al., 1998), una tarea en un laberinto en forma de T (Dias and Aggleton, 2000), una tarea de respuesta aplazada (Mizoguchi et al., 2000) o la versión de memoria espacial de trabajo del laberinto de agua de Morris (Kesner, 2000). Todas estas tareas implican la manipulación de la información antes de que el sujeto sea evaluado en cuanto a su habilidad de dar una respuesta conductual apropiada y contrastan con tareas de memoria a corto plazo sencillas que requieren el reconocimiento y recuerdo y que no quedan afectadas por los daños en la corteza prefrontal (Lacroix et al., 2002). Es importante advertir que algunos autores mantienen que el laberinto de agua de Morris para evaluar la memoria de trabajo no es capaz de discriminar entre los problemas en la memoria de trabajo dependiente de la corteza prefrontal y los déficits de memoria a corto plazo independientes de ella (Lacroix et al., 2002). Esta posible limitación se puede superar si se aplican pruebas de flexibilidad de respuesta. En dichas pruebas, los sujetos con daños en la corteza prefrontal no perciben ni se adaptan a las nuevas pistas de información y utilizan de forma persistente estrategias conductuales basadas en viejas reglas que ya no son aplicables (Salazar et al., 2004).

La consideración combinada de los resultados obtenidos en las tareas de memoria espacial y de inversión de aprendizaje ofrece una interesante perspectiva sobre el papel de los corticosteroides en las funciones dependientes de la corteza prefrontal. Nuestros resultados confirman que el estrés daña la memoria de referencia (Sousa and Almeida, 2002) así como la memoria de trabajo espacial y las tareas de inversión de aprendizaje (Cerqueira et al., documento no publicado). Este estudio también demuestra que los efectos perjudiciales para la memoria de trabajo espacial pueden ser atenuados por una tarea de tratamiento cognitivo análoga introducida en la última fase de la exposición al estrés. Un resultado interesante es que la tarea de tratamiento análoga no mejoró el rendimiento de los animales control ni tampoco afectó a la tarea de inversión de aprendizaje de los animales estresados. Esto sugiere que el beneficio debido a la tarea sólo se observa en las pruebas que evalúan específicamente el mismo componente de memoria implicado en la tarea. En otras palabras, podemos especular que la introducción de una tarea concreta puede mejorar los efectos de daños previos pero sólo en los sistemas neuronales que son activados por la tarea.

Tomando en consideración que la activación de los sistemas neuronales o, en términos más simples, el aprendizaje, dispara diversos mecanismos celulares y moleculares que facilitan el flujo de información a través de estas redes neuronales, se puede proponer que contrarrestará los efectos neurodegenerativos que afecten a dichos circuitos neuronales. Conforme a esto, los “efectos terapéuticos” resultantes de la presentación de un reto cognitivo parecen estar limitados a aquellos circuitos

que se utilizan para llevar a cabo la función de la que se trate. En conclusión, el enfoque experimental neurocientífico proporciona nuevos datos sobre la influencia de las intervenciones naturales que modulan los efectos del funcionamiento cerebral inducidos por el estrés, pudiendo en consecuencia resultar relevante para la patogenia y resolución de diversos trastornos neuropsiquiátricos.

---

*La investigación en neurociencias cognitivas ha avanzado recientemente hasta alcanzar un lugar primordial en la búsqueda de un fundamento científico para el tratamiento psicoterapéutico. De hecho, la comprensión de cómo el mantenimiento, la supervivencia o el cambio neurológico están mediatizados por procesos psicológicos es fundamental para avanzar nuestro conocimiento sobre los mecanismos de la psicoterapia. Este estudio es un intento de aproximar la psicoterapia a la investigación neurocognitiva y tiene como objetivo fomentar la comprensión de los procesos neurobiológicos de reversión de los efectos del estrés crónico mediante tareas análogas a las terapéuticas. En concreto, sus objetivos son: (1) comparar la memoria de trabajo espacial y la flexibilidad conductual en la ejecución de tareas en un grupo de ratas adultas sometidas a estrés crónico impredecible y un grupo control de ratas de la misma edad; y (2) comprobar los efectos moduladores de una tarea análoga al tratamiento cognitivo que pretende contrarrestar los efectos del estrés crónico impredecible. Los resultados confirman que el estrés daña la memoria de referencia así como la memoria de trabajo espacial y las tareas de inversión de aprendizaje. Más aún, este estudio demuestra también que los efectos perjudiciales del estrés sobre la memoria de trabajo espacial pueden ser atenuados por una tarea análoga a un tratamiento cognitivo introducida en la última fase de la exposición al estrés, efecto que parece específico del grupo (animales estresados) y de la tarea (memoria de trabajo espacial).*

Palabras clave: neurociencias cognitivas, psicoterapia, estrés, memoria de trabajo espacial.

## Referencias bibliográficas

- ALTAMURA, A.C., BOIN, F., & MAES, M. (1999) HPA axis and cytokines dysregulation in schizophrenia: potential implications for the antipsychotic treatment. *European Neuropsychopharmacology* 10,1-4.
- BARDEN, N. (2004) Implication of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the pathophysiology of depression. *Journal of Psychiatry Neurosciences*, 29,185-193.
- CERQUEIRA, J.J., CATANIA, C., SOTIROPOULOS, I., SCHUBERT, M., KALISCH, R., ALMEIDA, O.F.X., AUER, D.P., & SOUSA, N. (2005) Corticosteroid status influences the volume of the rat cingulate cortex - a magnetic resonance imaging study. *Journal of Psychiatry Research (in press)*
- CHARNEY, D.S., & MANJI, H.K. (2004) Life stress, genes, and depression: multiple pathways lead to increased risk and new opportunities for intervention. *Sci STKE*, 225: 5-10.
- DE BRUIN, J.P., SÁNCHEZ-SANTED, F., HEINSBROEK, R.P., DONKER, A., & POSTMES, P. (1994) A behavioral analysis of rats with damage to the medial prefrontal cortex using the Morris water maze: evidence for behavioral flexibility, but not for impaired spatial navigation. *Brain Research* 652, 323-333.

- DIAS, R., & AGGLETON, J.P. (2000) Effects of selective excitotoxic prefrontal lesions on acquisition of nonmatching- and matching-to-place in the T-maze in the rat: differential involvement of the prelimbic-infralimbic and anterior cingulate cortices in providing behavioral flexibility. *European Journal of Neurosciences*, 12, 4457-4466.
- FRITTS, M.E., ASBURY, E.T., HORTON, J.E., & ISAAC, W.L. (1998) Medial prefrontal lesion deficits involving or sparing the prelimbic area in the rat. *Physiol Behav* 64, 373-380.
- GOLDMAN-RAKIC, P.S. (1995) Architecture of the prefrontal cortex and the central executive. *Ann N Y Acad Sci* 769, 71-83.
- GREENLEE, M.W., BERG, H, STUHR, V, & MERGNER, T (2000) Visual search and visual working memory in patients with chronic focal cortical lesions. *Vision Research*, 40, 3759-3773.
- HAMILTON, K., & DOBSON, K. (2001). Empirically supported treatments in psychology: Implications for international promotion and dissemination. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 35-51.
- ILARDI, S., & FELDMAN, D. (2001). The cognitive neuroscience paradigm: An unifying metatheoretical framework for the science and practice of clinical psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1067-1088.
- KANDEL, E. (1998). A New Intellectual Framework for Psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 155, 457-469.
- KESNER, R.P. (2000) Subregional analysis of mnemonic functions of the prefrontal cortex in the rat. *Psychobiology* 28, 219-228.
- KUHN, T. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: The Chicago University Press.
- LACROIX L, WHITE I, & FELDON J (2002) Effect of excitotoxic lesions of rat medial prefrontal cortex on spatial memory. *Behav Brain Res* 133, 69-81.
- MCEWEN, B.S. (2000) Effects of adverse experiences for brain structure and function. *Biological Psychiatry*, 48, 721-31.
- MIZOGUCHI, K., YUZURIHARA, M., ISHIGE, A., SASAKI, H., CHUI, D.H., & TABIRA, T. (2000) Chronic stress induces impairment of spatial working memory because of prefrontal dopaminergic dysfunction. *Journal of Neurosciences* 20, 1568-1574.
- OADES, R.D. (1981) Type of memory or attention? Impairments after lesions of the hippocampus and limbic ventral tegmentum. *Brain Res Bull* 7, 221-6.
- PETRIDES, M. (2000) The role of the mid-dorsolateral prefrontal cortex in working memory. *Exp Brain Res* 133, 44-54.
- PRICKAERTS, J., KOOPMANS, G., BLOKLAND, A., & SCHEEPENS, A. (2004). Learning and adult neurogenesis: Survival with or without proliferation? *Neurobiology of Learning and Memory*, 81, 1-11.
- ROWE, J.B., & PASSINGHAM, R.E. (2001) Working memory for location and time: activity in prefrontal area 46 relates to selection rather than maintenance in memory. *Neuroimage* 14, 77-86.
- SALAZAR, R.F., WHITE, W., LACROIX, L., FELDON, J., & WHITE, I.M. (2004) NMDA lesions in the medial prefrontal cortex impair the ability to inhibit responses during reversal of a simple spatial discrimination. *Behav Brain Res*, 152, 413-424.
- SCHWARTZ, J., (1998). Neuroanatomical aspects of cognitive-behavioural therapy response in obsessive-compulsive disorder: An evolving perspective on brain and behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 173, 38-44.
- SOUSA, N., & ALMEIDA, O.F. (2002) Corticosteroids: sculptors of the hippocampal formation. *Rev Neurosci* 13, 59-84.
- TYRON, W. (2005). Possible mechanisms for why desensitization and exposure therapy work. *Clinical Psychology Review*, 25, 67-95.
- VALENSTEIN, E. (1988). *Blaming the brain*. NY: Free Press.



# NEUROBIOLOGÍA DE LA AUTORREGULACIÓN AFECTIVA, PATRONES DE APEGO Y COMPATIBILIDAD EN LA RELACIÓN TERAPEUTA-PACIENTE

Luis Botella y Sergi Corbella  
FPCEE/SAAP Blanquerna  
Universitat Ramon Llull  
Barcelona

*This paper presents an approach to the therapeutic effects of the therapist-patient relationship (and especially the therapeutic alliance) from the standpoint of scientific knowledge of the influence of attachment relationships in the neurobiology of affective regulation.*

*Keywords: attachment, psychotherapy, therapeutic alliance, affective regulation, neurobiology.*

---

Este artículo presenta una aproximación a los efectos terapéuticos de la relación terapeuta-paciente (y más concretamente de la alianza terapéutica) desde los conocimientos científicos actuales sobre la influencia de las relaciones de apego en la neurobiología de la autorregulación afectiva. En primer lugar nos centraremos en la evidencia de que, a diferencia de lo que la posición del *fatalismo neuronal* lleva a concluir, la experiencia conforma el desarrollo de nuestro sistema nervioso —y muy especialmente la experiencia social e interpersonal generada en el seno de las relaciones de apego. Más concretamente nos detendremos en detallar cómo la calidad de las relaciones de apego (a lo largo de todo el ciclo vital, pero sobre todo en la infancia) afecta a la capacidad de autorregulación afectiva. La evidencia disponible apunta en la dirección de que, siendo la base del apego seguro una relación de sincronización comunicativa y resonancia emocional, la pérdida de esa sincronización y resonancia produce una reacción de estrés intenso que, caso de cronificarse, puede llegar a tener efectos tóxicos para el desarrollo del encéfalo del niño.

Sin embargo, y a pesar de los potentes efectos negativos demostrados de tales experiencias de apego inseguro crónico, también está demostrado que algunos

adultos las superan con la ayuda, entre otros recursos, de la psicoterapia. Tanto la investigación sobre apego adulto como la investigación en psicoterapia apuntan en la dirección de que dicha superación puede tener que ver con el desarrollo de una nueva relación de apego seguro (la propia relación terapéutica) que ejerce un efecto reconstructivo sobre los patrones problemáticos iniciales. Dado que, como comentábamos en el párrafo anterior, el establecimiento de una relación de apego seguro parece depender de la *sincronización comunicativa* y la *resonancia emocional*, en este artículo presentamos algunos de los resultados del *Proyecto BCN-BsAs* (Barcelona-Buenos Aires) en el que analizamos precisamente a) la influencia de la compatibilidad entre el estilo personal del terapeuta y ciertas variables del estilo relacional del paciente (resistencia y estilo de afrontamiento) sobre el establecimiento y mantenimiento de la alianza terapéutica y b) la influencia de la alianza terapéutica sobre la eficacia de la psicoterapia en términos sintomáticos. Finalmente, incluimos una síntesis de las principales hipótesis neurobiológicas sobre los efectos terapéuticos de la relación terapeuta-paciente.

## **PLASTICIDAD CEREBRAL Y EXPERIENCIA RELACIONAL**

Toda forma de terapia psicológica, sea cual sea la orientación teórica desde la que se lleve a cabo, se basa en la noción de que los seres humanos podemos modificar aspectos básicos de nuestro funcionamiento mental —ya sean cognitivos, emocionales, conductuales o relacionales. De hecho, el éxito en el resultado y en el proceso de la psicoterapia implica necesariamente cambio, y ambos (resultado y proceso) se verían seriamente limitados o incluso imposibilitados si nuestra conducta y nuestros procesos mentales estuviesen determinados rígidamente por fuerzas genéticamente pre-programadas que escaparan a nuestro control.

En este sentido, las reticencias tradicionales de muchos psicoterapeutas hacia las neurociencias podrían ser resultado, al menos en parte, de una lectura determinista de la investigación neurobiológica (Wylie & Simon, 2004). Dicha lectura no es exclusivamente atribuible a una actitud de prejuicio, puesto que en el pasado y en diferentes grados la neurobiología había dado pie a una posición que se ha dado en llamar “fatalismo neuronal” (Cozolino, 2002). Dicho fatalismo consistía básicamente en “concebir el encéfalo como una entidad relativamente estática, determinada por la interacción de la pre-programación genética y las experiencias infantiles tempranas” (Cozolino, 2002).

En esta línea, Taub (2004) comenta que:

*La visión tradicional de las neurociencias durante las primeras tres cuartas partes del siglo XX fue que el sistema nervioso central maduro tenía poca o ninguna capacidad de reorganización o reparación en respuesta a lesiones. El origen de esta visión se retrotraía al siglo XIX, y estaba influida por los estudios de Broca sobre la localización de las funciones cerebrales, que enfatizaban la constancia de la organización del*



*sistema nervioso maduro incluso tras sufrir importantes lesiones. (p. 693).*

Sin embargo, contrariamente a lo que una posición determinista llevaría a pensar, hoy en día son cada vez más las pruebas empíricas de que las condiciones ambientales durante el curso de la vida influyen decisivamente en el desarrollo, la fisiología e incluso la anatomía del sistema nervioso. No cabe duda de que nuestro encéfalo pautó la forma en que percibimos la realidad y damos sentido a la experiencia, pero la investigación neurobiológica de las últimas décadas ha demostrado también el proceso complementario: nuestro encéfalo está literalmente conformado por experiencias tales como el aprendizaje, el apego, los vínculos emocionales, el trauma o el estrés. Wylie & Simon (2004) sintetizan este punto en su afirmación de que, si el encéfalo está biológicamente programado para algo, en todo caso lo está *para programarse a sí mismo, para crearse y recrearse a lo largo de todo el ciclo vital.*

Las bases celulares de la plasticidad cerebral ya habían sido establecidas por Donald O. Hebb en 1949, en su repetidísima afirmación de que las neuronas que disparan simultáneamente se acaban interconectando (*cells that fire together wire together*). Técnicamente el principio de Hebb postula que las redes neuronales codifican la información mediante el fortalecimiento de las conexiones sinápticas entre las neuronas que se activan de forma simultánea. La descripción detallada de los mecanismos bioquímicos subyacentes a este proceso ha dado lugar a un número creciente de investigaciones que demuestran, por una parte, cómo: a) la experiencia causa cambios permanentes en las conexiones sinápticas entre neuronas individuales (investigaciones que le valieron el Premio Nobel de Medicina del año 2000 a Eric R. Kandel) y, por otra, cómo b) el desarrollo de la distribución dendrítica en una red neuronal se ve afectado por la experiencia (Liggin & Kay, 1999).

En el caso de las experiencias generadas en el seno de las relaciones psicoterapéuticas, y como afirman Peled & Geva (1999), parece igual de importante entender los efectos neurobiológicos de la psicoterapia que los de las intervenciones farmacológicas. De hecho, las técnicas de neuroimagen están empezando a demostrar una serie de cambios bioquímicos, anatómicos y funcionales en el sistema nervioso de los pacientes como resultado de la psicoterapia exitosa. En consecuencia hay quien afirma que debería aceptarse la idea de que la psicoterapia es una forma de intervención potente que afecta y modifica el sistema nervioso de manera muy directa (e.g., Liggin & Kay, 1999). Algunos de los cambios que se han podido demostrar son los siguientes:

- Las técnicas de *terapia de conducta* aplicadas al tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo producen un descenso de las tasas metabólicas de la cabeza del núcleo caudado. Este descenso se midió mediante tomografía por emisión de positrones y era equivalente al producido por la administración de fluoxetina (Baxter *et al.*, 1992, citado en Gabbard, 2000; Schwartz *et al.*, 1996, citado en Liggin & Kay, 1999).

- En un estudio de caso único con control, un año de *psicoterapia psicodinámica* con un paciente diagnosticado de depresión y trastorno límite de la personalidad demostró tener un impacto significativo en su metabolismo de la serotonina (Viinamäki *et al.*, 1998, citado in Gabbard, 2000).
- En un estudio de Shear *et al.* (1991) citado en Gabbard (2000) se demostró que tras una *terapia cognitiva* exitosa con pacientes diagnosticados de trastorno de pánico, estos dejaban de manifestar un ataque de pánico al inyectarles lactato de sodio. La terapia cognitiva también parece influir en el nivel de hormona tiroidea en los pacientes con depresión mayor (Joffe, Segal, & Singer, 1996, citado en Gabbard, 2000). Los pacientes que respondieron a la terapia cognitiva mostraron un descenso muy acentuado en sus niveles de tiroxina, mientras que los que no respondieron mostraron un incremento en los niveles de la misma hormona. En este sentido, la terapia cognitiva tuvo un efecto similar sobre el eje tiroideo al de la medicación antidepressiva. Otro estudio con pacientes depresivos encontró que los cambios biológicos en la arquitectura del sueño producidos por la terapia cognitiva eran idénticos a los producidos por la medicación antidepressiva (Thase *et al.*, 1998, citado en Gabbard, 2000).

La mayor parte de las experiencias que han demostrado tener más influencia sobre el desarrollo y la fisiología cerebral, especialmente por lo que se refiere a la capacidad de autorregulación afectiva, están inextricablemente vinculadas a la matriz social y relacional de nuestros procesos evolutivos. De entre ellas, las relaciones de apego han resultado ser particularmente relevantes —durante todo el ciclo vital, pero muy especialmente durante la primera infancia.

## **APEGO, DESARROLLO CEREBRAL Y AUTORREGULACIÓN AFECTIVA**

Como comentábamos en los párrafos introductorios de este trabajo, los recientes desarrollos de la neurobiología han contribuido a demostrar la naturaleza profundamente social y relacional de nuestro sistema nervioso. En un sentido profundo parece que la evolución ha dotado a nuestra especie (a diferencia de otras) de un repertorio relativamente escaso de conductas innatas a favor de una inmensa capacidad para la adaptación a lo largo del ciclo vital mediante el aprendizaje de un variadísimo rango de nuevas conductas, emociones, cogniciones y formas de relación. El descubrimiento de la naturaleza profundamente social y relacional del desarrollo de nuestro sistema nervioso está llevando a establecer fascinantes conexiones entre la biología, la psicología evolutiva, las neurociencias, las teorías sistémicas de la familia y el estudio del apego. Precisamente esta última constituye el área más estudiada en referencia a los correlatos neurobiológicos de las relaciones interpersonales.

La base del interés por estudiar los efectos neurobiológicos (y psicológicos) de los diferentes patrones de apego radica en la evidencia de que el desarrollo neurológico óptimo en la infancia depende en gran medida de las condiciones de la relación de vinculación que se establece entre el niño y su figura primaria de apego. El encéfalo experimenta un proceso de crecimiento especialmente acusado en el período comprendido entre los últimos meses de gestación y los tres años de vida, y durante ese período su maduración óptima requiere no sólo de los nutrientes necesarios, sino también de las condiciones relacionales adecuadas (Dobbing, 1997). De hecho parece que el foco del desarrollo acelerado durante ese período crítico son las áreas del hemisferio derecho, profundamente conectadas con las estructuras del sistema límbico y del sistema nervioso autónomo (Schore, 2001). Es sobradamente conocida la importancia fundamental de las estructuras del sistema límbico como sede neurológica de las emociones —tanto por lo que respecta a su manifestación y a su reconocimiento como a su autorregulación mediante la implicación del hipocampo y de la corteza orbitofrontal (Schore, 2002). Igualmente conocida es la importancia del sistema nervioso autónomo, tanto en su rama simpática como parasimpática, en el mantenimiento de la homeostasis del organismo así como su participación en las respuestas al estrés y la ansiedad. Teniendo en cuenta lo antedicho, resultará evidente que el conocimiento de cómo influyen las relaciones de apego en el desarrollo y función de dichas estructuras resulta de la máxima relevancia para la psicoterapia, dado que su (mal)funcionamiento está implicado en la génesis y manifestación de la práctica totalidad de trastornos emocionales, psicosomáticos y probablemente de personalidad.

La definición original de Bowlby (1973) de la conducta (o más bien el sistema motivacional) de apego fue: “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el que una persona obtenga o retenga la proximidad de otro individuo diferenciado y preferido, que suele concebirse como más fuerte y/o más sabio” (p.292). Las funciones básicas de la figura de apego se pueden detallar en: a) *mantenimiento de la proximidad*; b) *base segura* desde la cual explorar el mundo; y c) *refugio seguro* en el que buscar consuelo y seguridad ante el peligro o la amenaza. La disposición innata a buscar protección ante el peligro o la amenaza es regulada en cada momento por los *Modelos Internos de Funcionamiento* derivados de experiencias de apego concretas. Dichos modelos contienen *recuerdos, creencias, objetivos y estrategias* que tienen su origen en experiencias tempranas y que se organizan alrededor de la evaluación de a) la receptividad y disponibilidad de la figura de apego, y b) la probabilidad de que uno mismo provoque conductas de ayuda en los demás. Dado su origen evolutivamente previo al lenguaje y a la maduración de las estructuras neurológicas necesarias para la memoria explícita, tales modelos se codifican en la memoria implícita. (Crittenden, 2002; Feeney & Noller, 1996).

Es precisamente la noción de *Modelos Internos de Funcionamiento* la que permite entender porqué la relación de apego va más allá de la simple protección

inmediata del peligro o la amenaza. La permanencia y estabilidad de dichos modelos se explica porque las formas de regulación emocional propias de cada uno de los diferentes patrones de apego se interiorizan a partir de las experiencias de interacción concretas y repetidas entre el niño y su figura de apego primaria. De hecho, a pesar de nacer con la capacidad para experimentar emociones profundas aunque indiferenciadas, los bebés son incapaces de mantenerse en un estado de equilibrio puesto que carecen de lo necesario para regular la intensidad, frecuencia o duración de tales emociones (Schore, 2001). Para adquirir y mantener el equilibrio emocional, los bebés requieren de una relación consistente y comprometida con su figura de apego (Spangler *et al.*, 1994). Desde un punto de vista relacional, el apego es básicamente un sistema de sincronización comunicativa —la madre conecta con los estados internos del bebé y responde consecuentemente, cosa que mantiene y refuerza la conexión entre ambos (Penman *et al.*, 1983). Este proceso de resonancia emocional contribuye al desarrollo cerebral y crea el fundamento para la negociación de todas las interacciones sociales futuras (Schore, 2001). Este punto viene avalado por la evidencia empírica de que la calidad del vínculo de apego responde más a las características comunicativas de la relación madre-hijo que a características individuales de la personalidad o el temperamento de cualquiera de ambos (véase una revisión en Siegel, 1999).

Teniendo en cuenta la conexión intrínseca entre apego seguro y resonancia emocional en la relación de vínculo (y el valor de supervivencia de ambos), es fácil deducir que la pérdida de esa resonancia óptima hará entrar al bebé en un estado de estrés ante el que precisamente activa el sistema de apego como forma natural de buscar la protección y la restauración de la resonancia perdida. Los episodios estresantes que conllevan la ruptura de la resonancia con la figura de apego primaria pueden ser desde breves y poco intensos (por ejemplo, momentáneas separaciones temporales) hasta extremadamente intensos y crónicos (por ejemplo el maltrato o el abandono).

De hecho los episodios breves y pasajeros de disonancia (es decir, de pérdida de la resonancia) no parecen tener consecuencias evolutivas especialmente graves siempre que se den en el seno de relaciones de apego seguro y vayan seguidos de la recuperación de la resonancia emocional. Más bien parece que son la forma natural en que el niño aprende a autorregular sus estados de ánimo al internalizar la predicción de que la figura de apego primaria estará finalmente disponible y atenta (predicción que permite entender la función de *base segura* del vínculo de apego). Sin embargo, las situaciones que implican una ruptura profunda y/o mantenida de las relaciones de apego seguro disparan un proceso neurobiológico de consecuencias potencialmente tóxicas para el desarrollo del sistema nervioso del niño.

Neurobiológicamente, la cadena de acontecimientos que siguen a la manifestación de malestar por parte del bebé consiste en un ciclo de *hiperarousal* y *disociación*, concomitante a la reacción neurobiológica del sistema nervioso

autónomo ante el estrés en general durante toda la vida, pero especialmente nocivo por sus efectos sobre el desarrollo cerebral en ese período crítico.

a) *Hiperarousal*: La reacción inmediata ante la situación de pérdida de conexión con la figura de apego primaria, debido al peligro potencial que eso comporta, es la propia de un organismo sometido a una situación de amenaza. Así, el cerebro del niño inicia una reacción que pone en marcha la porción simpática del sistema nervioso autónomo lo cual provoca la consiguiente descarga de hormonas del estrés (particularmente adrenalina, noradrenalina y dopamina). En esta fase el niño reclama activamente la restauración del vínculo seguro mediante conductas tales como la protesta o el llanto que, si no se detiene, se convierte en grito.

b) *Disociación*: En el caso de que esa restauración del vínculo seguro no se dé, la reacción que se acaba produciendo es de inhibición y desconexión —tanto conductual como emocional y neurobiológica. El niño deja de llorar y manifestar su protesta, probablemente por buenas razones desde un punto de vista etológico: si una cría indefensa que ha sido abandonada no deja de llamar la atención sobre ella, antes o después acabará atrayendo a sus depredadores y, precisamente porque es una cría indefensa, tiene más bien pocas probabilidades de sobrevivir al encuentro. Neurobiológicamente esta fase se rige sobre todo por la acción de la rama parasimpática del sistema nervioso autónomo. En este estado se incrementan los niveles de opiáceos endógenos que actúan como analgésicos, así como de hormonas del estrés tales como el cortisol. Esta estrategia de supervivencia desesperada permite que el bebé mantenga una cierta homeostasis básica. Los efectos de esta disociación, a pesar de su lógica de supervivencia o quizá debido precisamente a ella, pueden llegar a ser dramáticos y determinantes para la futura incapacidad de autorregulación afectiva del niño que pasa por este estado.

En este sentido, la investigación animal ha demostrado consistentemente que el cuidado constante de la madre es esencial para un desarrollo normal de las crías, y que lo contrario representa un importante factor de riesgo para la manifestación de anomalías conductuales y relacionales que, si no se reparan, duran toda la vida. En el caso de nuestra especie, los efectos nocivos del estrés sobre el desarrollo del sistema nervioso lo son particularmente durante el período de la primera infancia debido a la dependencia antes comentada del encéfalo respecto a las condiciones relacionales óptimas para su desarrollo normal. Los principales efectos del trauma, maltrato o abandono infantil sobre el desarrollo cerebral que se han estudiado (véase Gabbard, 2000), son:

- Cambios en la neuromodulación y la reactividad fisiológica, manifestados en la ansiedad asociada a expectativas traumáticas y en una atención exagerada a los estímulos externos para detectar peligro (Pynoos *et al.*, 1997).
- Alteraciones en estructuras del mesencéfalo, del sistema límbico y del telencéfalo debidas a modificaciones dependientes del uso, secundarias a reacciones de alarma prolongadas (Perry *et al.*, 1995).

- Retraso en el desarrollo de la corteza que limita la modulación cortical de las respuestas límbicas, telencefálicas y mesencefálicas al miedo y la rabia (Perry *et al.*, 1995).
- Reducción del volumen del hipocampo izquierdo (Bremmer *et al.*, 1997).
- Alteraciones de la dinámica reguladora del sistema endocrino, en las respuestas a estímulos estresantes e hipersecreción del factor liberador de corticotropina (FLC) que provocan una desregulación de los receptores del FLC en la pituitaria anterior (Putnam & Trickett, 1997).

La influencia permanente del trauma no resuelto también se ha relacionado con el desarrollo de la memoria implícita (e.g., Siegel, 1999). En el caso de experiencias tempranas traumáticas o abusivas, el proceso inconsciente combinado de a) generalización implícita y b) *priming* (predisposición a recuperar determinados recuerdos en respuesta a indicios específicos) puede hacer que uno se sienta bajo la amenaza del maltrato durante toda su vida como respuesta automática a indicios mínimos relacionados con la situación original.

La combinación de todo lo anterior permite explicar varios fenómenos habituales en la práctica clínica con pacientes que experimentan dificultades de autorregulación afectiva:

- 1) Están permanentemente alerta ante la posibilidad de peligros y/o amenazas que ellos perciben como muy reales aunque su existencia “objetiva” sea muy discutible.
- 2) Tienen serias dificultades para conseguir modular su reacción inmediata de ansiedad a las situaciones de alarma mediante el razonamiento consciente y el pensamiento racional.
- 3) Tienen dificultades igualmente serias para modular sus estados de ánimo mediante el ejercicio del autocontrol consciente.
- 4) Tanto su memoria implícita como explícita se fundamenta sobre todo en el recuerdo de experiencias vinculadas a su dificultad de autorregulación, cosa que resulta evidente en el contenido explícito de sus narrativas de identidad y en los “sesgos” cognitivos y perceptivos que contribuyen a darles coherencia.

El enfoque de Giovanni Liotti del papel de los patrones de apego desorganizado en el origen del trastorno de personalidad límite constituye un ejemplo de cómo entender los trastornos psicopatológicos desde este punto de vista. Liotti (2001) resume esta línea de investigación así (la cursiva es nuestra):

- Los padres de los niños con patrones de apego desorganizado, debido a sus propios traumas o duelos no resueltos, se comportan en formas que constituyen a la vez una fuente de seguridad y de miedo y peligro para sus hijos.
- En estas circunstancias, el niño construye un Modelo Interno disociado en el que tanto el *self* como la figura de apego oscilan entre los roles mutuamente incompatibles de salvador, abusador y víctima.

- Un Modelo Interno disociado *codificado en memorias implícitas y en capas ocultas de procesamiento neuronal* hace imposible superar la experiencia traumática u obtener alivio para el dolor. El Modelo Interno disfuncional se reactiva automáticamente en cada situación de apego, y evoca el miedo básico de que la fuente de seguridad se acabe convirtiendo en la fuente de dolor.
- Para minimizar las experiencias profundamente dolorosas de apego disfuncional generadas por un Modelo Interno disociado el niño puede aprender a “apagar” el sistema de apego mediante la activación inapropiada de otros (e.g., el de dominio, sumisión, sexualidad...) Este proceso, junto con los efectos patológicos de la disociación (sentimientos de vacío, despersonalización...) puede explicar los síntomas del trastorno límite.

En el caso de los pacientes con trastorno límite es muy probable que la psicoterapia active este sistema fragmentado, dado que implica el establecimiento de una relación de cuidado que, paradójicamente, evoca profundos sentimientos de miedo y dolor en el paciente. Así, la conciencia del paciente de que necesita la ayuda del terapeuta y de que el terapeuta es capaz de ayudarlo incrementa el dolor emocional del paciente y la probabilidad de que abandone la terapia.

Todo lo dicho hasta este punto señala a la importancia fundamental de las relaciones de apego en la infancia, validando la conclusión de que el apego inseguro comporta un factor de riesgo en cuanto a la manifestación de problemas psicológicos, mientras que el apego seguro constituye un factor de resiliencia psicológica que fomenta el bienestar emocional, la competencia social, el funcionamiento cognitivo y la capacidad de superación frente a la adversidad (Siegel, 1999). Sin embargo, una lectura determinista de estas líneas de investigación podría llevar a pensar que las consecuencias de una infancia marcada por patrones de apego inseguro o desorganizado son irreversibles, cuando la evidencia clínica y empírica de la eficacia de la psicoterapia demuestra que esto no es siempre ni necesariamente así.

De hecho se ha observado un subgrupo de adultos que describen experiencias infantiles típicas de estilos de apego inseguros, pero que parecen haberse “ganado” el apego seguro/autónomo a lo largo de su desarrollo. Sus narrativas revelan una gran fluidez y flexibilidad en su capacidad reflexiva. En general son personas en cuyas narrativas se evidencia la importancia de una relación de vinculación emocional con un amigo íntimo, una pareja o un terapeuta, lo que les ha permitido evolucionar hacia un estilo de apego seguro. Dicho cambio en los estilos de apego parece requerir la combinación de *nuevas experiencias relacionales y nuevas formas de interpretarlas*.

En tales casos la eficacia de la terapia parece responder sobre todo a la propia relación terapéutica en mucha mayor medida que a las técnicas específicas empleadas por el terapeuta. Este dato concuerda con la ya clásica gráfica de Lambert (1986) que atribuye a los factores comunes el doble de variancia del resultado de la terapia

(30%) que a las técnicas (15%) —véase Corbella y Botella (2004) para una revisión de los principales resultados de la investigación en psicoterapia.

## **LA RELACIÓN TERAPÉUTICA COMO SISTEMA DE SINCRONIZACIÓN COMUNICATIVA Y RESONANCIA EMOCIONAL: RESULTADOS DEL PROYECTO BCN-BsAs SOBRE COMPATIBILIDAD EN LA RELACIÓN TERAPEUTA-PACIENTE**

Desde una concepción de la psicoterapia como reconstrucción relacional colaborativa (Botella, 2001; Botella y Herrero, 2000), y de forma coherente con los planteamientos de la *neurobiología relacional* (Siegel, 1999) sintetizados hasta este punto, la relación entre terapeuta y paciente (y especialmente la alianza terapéutica) se concibe como un elemento esencial en el proceso psicoterapéutico, no sólo como facilitador de la aplicación de técnicas sino como ingrediente activo en la promoción del cambio en el paciente. De aquí nuestro interés en profundizar en el estudio de la interacción y la compatibilidad entre terapeuta y paciente.

De la revisión de la investigación sobre la contribución al cambio terapéutico de a) el terapeuta, b) el paciente, y c) la alianza terapéutica, se desprende una conclusión sorprendentemente parecida a la que se desprende de los estudios sobre calidad de la relación de apego madre-hijo. Si bien la fuerza de la alianza entre terapeuta y paciente es el mejor predictor del éxito de la terapia, no hay una única variable del terapeuta o del paciente que por sí misma, y con independencia de las otras, sea decisiva en cuanto a la determinación de la fuerza de dicha alianza (véase Corbella & Botella, 2004). Las investigaciones realizadas hasta el momento han ido constatando repetidamente que las variables del paciente deben ser estudiadas en relación con las del tratamiento y las del terapeuta; igual que las del terapeuta deben ser estudiadas en relación con las del cliente y la terapia (Beutler, Clarkin & Bongar, 2000). Es de esta necesidad de la que surgen los estudios sobre la interacción entre terapeuta y paciente tales como el *Proyecto Barcelona-Buenos Aires* (BCN-BsAs; véase Corbella & Botella, 2001, Junio; Corbella & Botella, 2003; Corbella & Botella, 2004; Corbella & Botella, 2004, Junio; Corbella *et al*, 2002, March; Corbella *et al*, 2002, Junio; Corbella *et al*, 2003, Junio) que desde el año 2000 estamos llevando a cabo conjuntamente entre la Fundación Aiglé de Buenos Aires y el *Servei d'Assessorament i Atenció Psicològica de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna* de la *Universitat Ramon Llull* de Barcelona.

El objetivo principal del *Proyecto BCN-BsAs* es el de profundizar en el conocimiento de los efectos de la compatibilidad entre el estilo personal del terapeuta y las características personales del cliente. La hipótesis genérica que rige el proyecto en este punto en concreto es que *la compatibilidad de estilos entre terapeuta y paciente constituye la base de una relación de sincronización comunicativa y resonancia emocional (de apego seguro) que facilita el establecimiento de una alianza*



*terapéutica sólida y, por tanto, de un buen resultado de la terapia.*

Al igual que para el estudio de las relaciones de apego resultó clave la definición de ciertos perfiles de estilos de apego, en el caso del estudio de la interacción terapéutica ha resultado fundamental la aportación de Fernández-Álvarez (1998) al definir el estilo personal del terapeuta como *el conjunto de condiciones singulares que le conducen a operar de un modo particular en su tarea* y operacionalizar seis dimensiones o funciones que configuran el perfil de dicho estilo: a) *instruccional*, b) *atencional*, c) *expresiva*, d) *operacional*, e) *evaluativa*, y f) *de involucración*. En un trabajo previo (véase Corbella & Botella, 2000) añadimos una séptima dimensión a las anteriores: la g) *fomentativa*. En la Tabla 1 se sintetizan las definiciones de cada una.

También de forma paralela al estudio de los estilos de apego, en el caso del estilo personal del terapeuta se parte de la base de que cada terapeuta tiene un estilo preferente que caracteriza el desempeño de su tarea psicoterapéutica. Si bien se asume que este estilo es dinámico y puede variar a lo largo de la trayectoria profesional del terapeuta y en función de los pacientes atendidos, esta variabilidad se enmarca dentro de unos parámetros de fluctuación, por lo que la continuidad de su estilo personal confiere al terapeuta sus particularidades distintivas en el modo de comunicarse y realizar su trabajo terapéutico.

En cuanto a las múltiples variables del estilo relacional del paciente que podrían resultar de interés para el estudio de la relación terapeuta-paciente como sistema de sincronización comunicativa y resonancia emocional, en el *Proyecto BCN-BsAs* nos centramos en el estudio de dos de las que han demostrado ser más relevantes para la Selección Sistemática de Tratamientos (Beutler, 1983; Beutler & Clarkin, 1990): a) *el estilo de afrontamiento* y b) *la resistencia*.

El estilo de afrontamiento del paciente se ha definido como la forma habitual en que se responde ante la amenaza de la pérdida de la seguridad y el bienestar (Beutler & Harwood, 2000), definición que evidencia su conexión intrínseca con el estilo de apego y, especialmente, con la autorregulación afectiva a la que nos referíamos en la primera parte de este trabajo. La variedad de estrategias y métodos que emplea una persona para reducir los efectos negativos de la ansiedad, y por lo tanto para autorregular sus emociones y estados de ánimo, va configurando su estilo de afrontamiento. Estas estrategias influyen directamente en su estilo de relación preferente con los demás, especialmente cuando se activan debido a la presencia de algún elemento ansiógeno.

Beutler & Clarkin (1990) distinguieron entre personas con estilos de afrontamiento *externalizadores* e *internalizadores*. Los externalizadores se caracterizan por su extroversión, impulsividad, orientación a la acción y al logro, hedonismo y proyección (Beutler, 1983; Gaw & Beutler, 1995). Los internalizadores se caracterizan por su introversión, reflexividad, autocrítica, inhibición, dirección interna y exceso de control (Costa & Widiger, 1994; Gaw & Beutler, 1995).

Dimensión/Función	Definición	Fuente
Instruccional	Instalación y ajuste del dispositivo terapéutico. En esta dimensión los terapeutas fluctúan entre RÍGIDOS y FLEXIBLES.	Fernández-Álvarez, García, LoBianco & Corbella (2003)
Atencional	Selección de los elementos necesarios para avanzar en el trabajo terapéutico. Los terapeutas fluctúan entre ACTIVOS y RECEPTIVOS.	Fernández-Álvarez, García, LoBianco & Corbella (2003)
Expresiva	Manera de relacionarse afectivamente con el paciente. Los terapeutas fluctúan entre PRÓXIMOS y DISTANTES.	Fernández-Álvarez, García, LoBianco & Corbella (2003)
Operacional	Modo de cumplimiento de las tareas. En esta dimensión los terapeutas fluctúan entre PAUTADOS (reglados, directivos) y ESPONTÁNEOS (intuitivos, no directivos).	Fernández-Álvarez, García, LoBianco & Corbella (2003)
Evaluativa	Juicio sobre el modo en que se logran los objetivos. Los terapeutas fluctúan entre ESTIMULADORES (dirigidos al resultado) y CRÍTICOS (dirigidos a la comprensión).	Fernández-Álvarez, García, LoBianco & Corbella (2003)
De Involucración	Modo en que el terapeuta se involucra en su tarea. Los terapeutas fluctúan entre MUY COMPROMETIDOS Y POCO COMPROMETIDOS	Fernández-Álvarez, García, LoBianco & Corbella (2003)
Fomentativa	Uso preferente de procedimientos dirigidos a fomentar la acción o el <i>insight</i> del paciente. En esta dimensión los terapeutas fluctúan entre DIRIGIDOS A LA ACCIÓN y DIRIGIDOS AL <i>INSIGHT</i> .	Corbella & Botella (2000)

**Tabla 1.** Definiciones de las dimensiones componentes del Estilo Personal del Terapeuta.

En cuanto a la *resistencia*, esta se expresa como un aspecto característico de la personalidad y como una reacción situacional frente a la amenaza de la pérdida de control o poder. La resistencia engloba un conjunto de conductas pasivas como respuesta al desacuerdo (Beutler y Clarkin, 1990).

## MÉTODO

### Participantes

Los *pacientes* participantes en el estudio (N = 401) fueron hombres (37,4%) y mujeres (62,6%) adultos/as (media de edad = 31,8; Sx = 11,76) que acudieron a alguno de los centros colaboradores del *Proyecto BCN-BsAs* para recibir tratamiento psicoterapéutico. Esta investigación del *Proyecto BCN-BsAs* empezó en Agosto de 2000 en Buenos Aires y en Septiembre del mismo año en Barcelona. Los pacientes que forman parte de la muestra son aquellos que, cumpliendo los criterios de inclusión comentados más adelante, acudieron a alguno de los centros colaboradores entre Agosto de 2000 y Enero de 2002 (17 meses). Todos los pacientes de la muestra tenían un nivel educativo medio-alto. Los tipos de trastorno que motivaron la consulta se resumen en la Tabla 2. El 59,5% de los pacientes no había recibido tratamiento psicológico anteriormente, mientras que el 40,5% sí que había recibido atención psicológica en el pasado. La mayoría de los pacientes (66,5%) realizaron un tratamiento psicoterapéutico exclusivamente (sin prescripción de psicofármacos), mientras que el 33,5% restante combinó la psicoterapia con el apoyo de tratamiento psicofarmacológico —en general con una combinación de ansiolíticos y antidepresivos. Se excluyeron del estudio los pacientes que presentaban sintomatología psicótica, maníaca o trastornos de personalidad severos que indicaran la inadecuación de iniciar un proceso psicoterapéutico en un centro de las características de los que colaboraban en el estudio.

Trastorno	Porcentaje
Trastorno de ansiedad	39,1%
Trastorno del estado de ánimo	21,9%
Trastorno adaptativo	11,6%
Trastorno de personalidad	10,3%
Trastorno alimentario	6,0%
Trastorno relacionado con consumo de sustancias	2,1%
Trastornos sexuales	1,3%
Otros	7,7%
Total	100%

**Tabla 2.** Motivos de demanda de los pacientes participantes en el estudio.

En cuanto a los *terapeutas* que aceptaron formar parte del *Proyecto BCN-BsAs* (N = 48; 76,9% mujeres, 15,4% hombres; media de edad = 37,09, Sx = 7,86), todos ellos ejercían en alguno de los centros colaboradores de la investigación. El 62,5% eran argentinos y el 37,5 restante españoles. Entre la muestra de psicoterapeutas, el

91,7% eran psicólogos clínicos mientras que el 8,3% eran psiquiatras. Todos los psicoterapeutas tenían una formación específica como tales. Su orientación teórica predominante era la integradora (39,6%) seguida por la cognitiva (37,5%), la sistémica (16,7%) y la psicoanalítica (6,3%). La media de los años de experiencia era de 12,91 ( $S_x = 6,78$ ). No todos los psicoterapeutas atendieron el mismo número de pacientes; la muestra incluyó desde terapeutas que atendieron un solo caso hasta otros que atendieron a más de veinte pacientes (media de pacientes por terapeuta = 8,3).

## Material

Los instrumentos empleados para evaluar las variables principales del estudio fueron los siguientes:

- Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C; Fernández-Álvarez, García, LoBianco & Corbella, 2000).
- Cuestionario del Perfil del Terapeuta (CPT; Corbella & Botella, 2000).
- Cuestionario Autoadministrado de Evaluación de la SST (CASST; Beutler & Williams, 2000; Corbella, Beutler, Fernández-Álvarez, Botella, & Malik, 2003).
- Cuestionario de Evaluación de Resultados *CORE Outcome Measure* (Core System Group, 1998).
- SCL-90R (Derogatis, 1977).
- Inventario de Evaluación de la Alianza Terapéutica y Teoría del Cambio (WATOI; Duncan & Miller, 1999).

Todos ellos fueron administrados tras la pertinente traducción, adaptación y evaluación psicométrica de su versión española (en Corbella y Botella, 2003, se encuentra la información detallada de dichos estudios de validación).

## Procedimiento

El estudio se basa en datos proporcionados por dos fuentes de información: terapeutas y clientes.

Para conocer el estilo de cada uno de los terapeutas se administró el EPT-C y el CPT una única vez antes de iniciar la terapia con los pacientes del *Proyecto BCN-BsAs* o durante los primeros 2 meses de haberla empezado.

Los pacientes que cumplían los criterios de inclusión y que entraron a formar parte del *Proyecto BCN-BsAs* rellenaron diferentes instrumentos de evaluación en distintos momentos del proceso psicoterapéutico. En la sesión de evaluación contestaban el Cuestionario de Evaluación de Resultados (*CORE Outcome Measure*), el SCL-90R y las subescalas de Resistencia y Estilo de Afrontamiento del Cuestionario Autoadministrado de Evaluación de la Selección Sistemática de Tratamientos (CASST). Durante el transcurso de la psicoterapia se realizaron dos evaluaciones intermedias de la alianza terapéutica y de los resultados (en términos de la reducción sintomática); 1) al finalizar la tercera sesión o antes de empezar la cuarta, y 2) al

finalizar la octava o antes de empezar la novena. Por último, los pacientes volvían a evaluar la alianza terapéutica y los resultados de la terapia (en términos de la reducción sintomática) al finalizar la psicoterapia o al cabo de nueve meses de haberla iniciado.

## Resultados

De los 401 pacientes que realizaron la sesión de evaluación, 304 rellenaron los cuestionarios de la tercera sesión; de estos, 202 contestaron los cuestionarios de la octava sesión y 82 los de evaluación al finalizar la terapia o al cabo de nueve meses de haberla iniciado. Por lo tanto, durante los 17 meses en los que se fueron recogiendo los datos analizados en la presente investigación se obtuvo información de 401 pacientes en la evaluación inicial, 304 de la tercera sesión, 202 de la octava sesión y 82 de final de terapia.

En la evaluación intermedia de la tercera sesión se encontró una puntuación media de la fuerza de la alianza terapéutica de 96,88 ( $S_x = 12,74$ ) mientras que la puntuación media en el Cuestionario de Evaluación de Resultados fue de 1,15 ( $S_x = 0,60$ ). En la evaluación intermedia de la octava sesión la media de la alianza terapéutica fue inferior a la de la tercera con una puntuación de 87,73 ( $S_x = 12,73$ ), la puntuación media de la escala global del Cuestionario de Evaluación de Resultados fue de 1,00 ( $S_x = 0,60$ ) y la media del índice de severidad global del SCL-90R fue de 70,57 ( $S_x = 51,65$ ). En la evaluación final o al cabo de nueve meses de haber iniciado la psicoterapia la media de la alianza fue 88,58 ( $S_x = 14,56$ ), la de la escala global del Cuestionario de Evaluación de Resultados fue de 0,67 ( $S_x = 0,43$ ) y la media del índice de severidad global del SCL-90R fue de 45,55 ( $S_x = 35,81$ ) (ver tabla 3).

Como se puede comprobar en la Tabla 3 las medias de las puntuaciones de gravedad sintomática (CER y SCL-90R) disminuyeron a medida que avanzaba la terapia, lo cual indica que las terapias fueron eficaces en términos generales. Por su parte, la puntuación media de la alianza terapéutica evaluada en la tercera sesión fue superior a la octava, mientras que la de la octava fue muy similar (aunque ligeramente inferior) a la media de la alianza en la evaluación final. Estos resultados son parecidos a los obtenidos por Kannien, Salo & Punamäki (2000) que encontraron, entre otras cosas, que la fuerza de la alianza evaluada en sesiones intermedias de la terapia (8ª y 9ª) disminuía respecto a la de las sesiones iniciales y volvía a aumentar en la evaluación final.

Por lo que respecta a los 48 terapeutas de la muestra, su puntuación media en la función instruccional fue de 2,55 ( $S_x = 0,79$ ), en la operativa fue de 2,53 ( $S_x = 0,85$ ) y en la fomentativa fue de 2,49 ( $S_x = 0,45$ ). En la Tabla 4 se presentan los estadísticos descriptivos de todas las funciones del EPT y del CPT.

Como se puede comprobar en la Tabla 4, los terapeutas participantes obtuvieron puntuaciones que fluctúan entre el 1 y 5 en las funciones del EPT, mientras que

Variable	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
WATOCI (3ª sesión)	57,00	119,00	96,88	12,74
WATOCI (8ª sesión)	46,00	118,00	87,73	12,73
WATOCI (Final)	47,00	119,00	88,58	14,56
CER (3ª sesión)	0,00	3,21	1,15	0,60
CER (8ª sesión)	0,00	2,94	0,99	0,59
CER (Final)	0,00	2,00	0,67	0,43
SCL-90. Índice de Severidad Global. (8ª sesión).	1,00	239,00	70,57	51,65
SCL-90. Índice de Severidad Global. (Evaluación final o a 9 meses).	2,00	136,00	45,55	35,81

**Tabla 3.** Descriptivos de los datos obtenidos en la 3ª, 8ª sesión y al finalizar la terapia.

Variable	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
EPT. Función Instruccional	1,00	5,00	2,55	0,79
EPT. Función Atencional	1,00	4,75	2,45	0,92
EPT. Función Expresiva	2,00	4,80	3,49	0,68
EPT. Función Operativa	1,00	4,80	2,53	0,85
EPT. Función Evaluativa	1,75	4,50	3,37	0,82
EPT. Función Involucrativa	1,75	5,00	3,60	0,67
CPT. Función Fomentativa	1,60	3,50	2,49	0,44
CPT. Función Operativa	1,00	3,25	2,11	0,66

**Tabla 4.** Estadísticos descriptivos del estilo de los terapeutas (N = 48).

en las funciones evaluadas por el CPT van desde el 1 hasta el 4. Todas las funciones evaluadas presentaban una distribución normal. Los resultados de las funciones del EPT y del CPT indican la diferencia de estilos personales de los terapeutas. De este modo, los 48 psicoterapeutas participantes en esta investigación presentan una variedad de puntuaciones en cada función indicativa de los diferentes estilos de terapeuta.

La combinación de la información proporcionada por los pacientes y por los psicoterapeutas participantes permitió el análisis de la interacción entre las variables. En este apartado se presentan los resultados en referencia a: 1) relación entre

la resistencia del paciente, estilo directivo (pautado) del terapeuta y alianza terapéutica, 2) relación entre estilo de afrontamiento del paciente, estilo del terapeuta dirigido a la acción o al *insight* y alianza terapéutica, 3) relación entre la resistencia del paciente, estilo directivo (pautado) del terapeuta y resultado de la psicoterapia, 4) relación entre estilo de afrontamiento del paciente, estilo del terapeuta dirigido a la acción o al *insight* y resultado de la psicoterapia, 5) función instruccional del estilo personal del terapeuta, y 6) modelo de interacción entre variables del terapeuta, paciente, proceso y resultado.

Se realizaron los análisis estadísticos más convenientes para cada una de las hipótesis. La mayoría fueron análisis de regresión y comparación de medias mientras que para una de las hipótesis se empleó el modelo LISREL (Jöreskog, 1989; Bollen, 1989).

En la Tabla 5 se incluye un cuadro resumen de las principales hipótesis confirmadas o no por nuestros resultados.

<b>Hipótesis sobre la relación entre resistencia del paciente, estilo directivo (pautado) del terapeuta y alianza terapéutica.</b>		
<b>Hipótesis</b>	<b>¿Se cumple?</b>	<b>Comentario</b>
La resistencia del paciente influye en el establecimiento de la alianza terapéutica (evaluada mediante el inventario de alianza terapéutica WATOI en la 3ª, 8ª sesión y al finalizar la terapia o al cabo de 9 meses de haberla iniciado).	<b>Sí</b>	Todos los análisis indicaron una influencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ).
El estilo del terapeuta (directivo y pautado <i>versus</i> poco directivo y poco pautado) actúa como moderador del efecto de la resistencia del paciente sobre la alianza terapéutica. Los pacientes más resistentes establecen una mejor alianza terapéutica cuando el estilo del terapeuta es poco directivo, poco pautado y espontáneo. El efecto de la interacción entre el estilo del terapeuta (directivo y pautado <i>versus</i> poco directivo y poco pautado) y la resistencia del paciente sobre la alianza terapéutica aumenta durante la fase inicial de la terapia (primeras 8 sesiones). El efecto de la interacción será menor en la tercera sesión que en la octava sesión y similar entre el de la octava y la última sesión o al cabo de nueve meses de haber empezado la psicoterapia.	<b>Sí</b>	La significación de la influencia de la variable interacción sobre la puntuación de la alianza terapéutica aumentó considerablemente de la evaluación de la alianza realizada en la tercera sesión a la evaluada en la octava sesión. La relación fue estadísticamente significativa en la octava sesión y en la evaluación final.

<b>Hipótesis sobre la relación entre el estilo de afrontamiento del paciente, el estilo del terapeuta dirigido a la acción o al <i>insight</i> y la alianza terapéutica.</b>		
<b>Hipótesis</b>	<b>¿Se cumple?</b>	<b>Comentario</b>
La fuerza de la alianza terapéutica (evaluada mediante el inventario de alianza terapéutica WATOCI en la 3ª, 8ª sesión y al finalizar la terapia o al cabo de 9 meses de haberla iniciado) se incrementa cuando los pacientes más externalizadores que internalizadores son atendidos por terapeutas con estilos personales dirigidos a la acción (función fomentativa) y cuando los pacientes más internalizadores que externalizadores son atendidos por terapeutas con estilos personales más dirigidos a promover el <i>insight</i> .	<b>No</b>	Si bien el grupo de pacientes que cumplía las condiciones de la hipótesis obtuvo puntuaciones más elevadas en la alianza terapéutica (mostrando una mayor diferencia en la alianza al final de la terapia), las diferencias entre las medias de los dos grupos no llegaron a la significación estadística (al nivel 0,05).
<b>Hipótesis sobre la relación entre la resistencia del paciente, el estilo directivo (pautado) del terapeuta y el resultado alcanzado en las primeras 8 sesiones y al finalizar la psicoterapia (o al cabo de nueve meses de haberla iniciado).</b>		
<b>Hipótesis</b>	<b>¿Se cumple?</b>	<b>Comentario</b>
La resistencia del paciente influye en los resultados de la psicoterapia (alcanzados en la 3ª sesión, 8ª sesión y final de terapia o al cabo de 9 meses de haber empezado).	<b>Sí</b>	Todos los análisis indicaron una influencia estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ).
El estilo del terapeuta (directivo, pautado) actúa como moderador del efecto de la resistencia del paciente sobre los resultados de la psicoterapia. Los pacientes más resistentes alcanzan mejores resultados terapéuticos cuando el estilo del terapeuta es poco directivo, poco pautado y espontáneo. El efecto de la interacción del estilo del terapeuta con la resistencia del paciente sobre los resultados de la terapia aumenta durante la psicoterapia.	<b>Sí</b>	La variable interacción aumentó su influencia sobre los resultados hasta llegar a tener más peso que la resistencia en los resultados evaluados al final de la terapia.



**Hipótesis sobre la relación entre el estilo de afrontamiento del paciente, el estilo del terapeuta dirigido a la acción o al *insight* y el resultado alcanzado en las primeras 8 sesiones y al finalizar la psicoterapia (o al cabo de nueve meses de haberla empezado).**

Hipótesis	¿Se cumple?	Comentario
Los resultados alcanzados en la 3ª, 8ª sesión y al final de tratamiento (o al cabo de 9 meses del inicio de terapia) son mejores (puntuaciones más bajas en el CER y SCL-90R) cuando los pacientes más externalizadores que internalizadores son atendidos por terapeutas con estilos personales dirigidos a la acción (función fomentativa) y cuando los pacientes más internalizadores que externalizadores son atendidos por terapeutas con estilos personales más dirigidos a promover el <i>insight</i> .	No	Las diferencias entre las medias de los dos grupos (cumplen criterios de la hipótesis <i>versus</i> no cumplen) no llegaron a la significación estadística ( $p > 0,05$ ) aunque el grupo de pacientes que cumplía las condiciones de la hipótesis obtuvo una media inferior (mejores resultados) en el CER y SCL-90R (final).

**Hipótesis vinculadas con la función instruccional del estilo personal del terapeuta.**

Hipótesis	¿Se cumple?	Comentario
La función instruccional del estilo personal del terapeuta influye en el establecimiento de la alianza terapéutica (evaluada por el inventario de alianza terapéutica en la 3ª sesión, 8ª sesión y final de terapia o al cabo de 9 meses de haber empezado). Los terapeutas con un estilo personal más flexible en la función instruccional consiguen una puntuación más elevada en la alianza terapéutica que los terapeutas más rígidos. La influencia de la función instruccional en el establecimiento de la alianza aumenta en las primeras sesiones.	Sí	La influencia de la función instruccional sobre la alianza terapéutica no resultó estadísticamente significativa en la alianza de la 3ª sesión, pero sí en la 8ª y al finalizar la terapia (o a los 9 meses del inicio). Por lo tanto, la influencia aumentó durante las primeras 8 sesiones y hasta el final.

<p>La función instruccional del estilo personal del terapeuta influye en los resultados de la psicoterapia (alcanzados en la 3ª sesión, 8ª sesión y al final de terapia o al cabo de 9 meses de haberla iniciado). Los terapeutas con un estilo personal más flexible en la función instruccional consiguen mejores resultados que los terapeutas más rígidos. La influencia de la función instruccional en los resultados alcanzados por el paciente aumenta durante el proceso psicoterapéutico.</p>	<p><b>Sí</b></p>	<p>La influencia de la función instruccional sobre la alianza terapéutica no resultó estadísticamente significativa en la alianza de la 3ª sesión, pero sí en la 8ª y al finalizar la terapia (o a los 9 meses del inicio). Por lo tanto, la influencia aumentó durante el desarrollo de la psicoterapia.</p>
<p><b>Hipótesis sobre el planteamiento de un modelo de interacción entre variables del terapeuta, paciente, proceso y resultado.</b></p>		
<p><b>Hipótesis</b></p>	<p><b>¿Se cumple?</b></p>	<p><b>Comentario</b></p>
<p>La función operativa del terapeuta, la resistencia del paciente y la interacción entre ambas influyen en el establecimiento de la alianza terapéutica, y la alianza terapéutica y la resistencia influyen en el resultado de la psicoterapia.</p>	<p><b>Sí</b></p>	<p>La aplicación del modelo LISREL demuestra que el modelo planteado se ajusta a los datos obtenidos:  <math>X^2(2) = 3,91</math>  <math>p = 0,14</math></p>

**Tabla 5.** Cuadro resumen de los resultados del estudio.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la investigación confirmaron la mayoría de las hipótesis planteadas, lo cual demuestra la relevancia de algunas de las dimensiones estudiadas del estilo personal de terapeuta y del paciente en el proceso y resultado psicoterapéutico. Los resultados de los análisis realizados muestran una clara tendencia de las variables estudiadas, sin embargo los valores de algunos coeficientes de determinación (R cuadrado) de los análisis de regresión indican la conveniencia de ser prudentes en las conclusiones del estudio.

Los estudios sobre la Selección Sistemática de Tratamientos (e.g., Beutler et al., 2000) ya habían demostrado que la resistencia y el estilo de afrontamiento eran dos de las principales variables del paciente que debían tenerse en cuenta al asignarle al tratamiento más conveniente. Nuestra investigación, no obstante, demuestra que el énfasis que Beutler & Clarkin (1990) ponen en la orientación teórica o el tipo de terapia a la que se asigna al paciente podría ser una posibilidad entre otras. Nuestros datos más bien le dan la razón a *un modelo de relación terapeuta-paciente basado en la relación terapéutica como sistema de sincronización*

*comunicativa y resonancia emocional, de forma que lo esencial para dicha sincronización y resonancia parece ser la compatibilidad entre variables relacionales del paciente y el estilo personal del terapeuta.* (De hecho el análisis de nuestros datos sobre los diferentes estilos personales de los terapeutas indicaba que no se daba una correspondencia perfecta entre orientación teórica y estilo, de forma que en cada estilo había terapeutas que se identificaban con cada una de las orientaciones representadas en el estudio, lo cual sugiere que el estilo es independiente de la orientación teórica.)

Así, tal y como se esperaba, la resistencia del paciente influyó negativamente en el establecimiento de la alianza terapéutica y en los resultados alcanzados durante las primeras 8 sesiones y al final de la terapia. Del mismo modo, los resultados indicaron que la función operativa del estilo personal del terapeuta amortiguó el efecto de la resistencia del paciente sobre el proceso y resultado de la terapia; es decir, los pacientes resistentes establecieron una mejor alianza terapéutica (en la 8ª sesión y al finalizar la terapia) cuando fueron atendidos por terapeutas poco directivos y poco pautados.

La función instruccional del estilo personal del terapeuta modula la comodidad y la facilidad con la que el terapeuta puede adaptar su estilo personal y sus procedimientos (sobre todo los regulados por la función operativa y la fomentativa) a las características particulares del paciente como la resistencia y el estilo de afrontamiento. Como se esperaba, los resultados indicaron que la función instruccional del terapeuta influyó sobre el establecimiento de la alianza terapéutica y los resultados de la psicoterapia.

La ausencia de significación de la alianza evaluada en la tercera sesión y la significación estadística de la alianza evaluada en la octava sesión se podría interpretar como la ilustración del proceso interno de adaptación del estilo del terapeuta a las características del paciente. De este resultado se podría inferir que los terapeutas más bien flexibles adaptan o moldean su estilo para facilitar el trabajo terapéutico con el paciente durante la terapia y sus efectos se ven ya reflejados en la alianza establecida durante las primeras ocho sesiones. Nuestros resultados indicaron que los terapeutas más flexibles según la función instruccional conseguían establecer una mejor alianza terapéutica con el paciente a partir de la octava sesión y obtenían mejores resultados al finalizar la psicoterapia.

El modelo de interacción planteado formulaba que la función operativa del terapeuta, la resistencia del paciente y la interacción (entre ambas) influyen en el establecimiento de la alianza terapéutica, y la alianza terapéutica y la resistencia influyen en el resultado de la psicoterapia. Los resultados comentados indicaron la adecuación del modelo a los datos de la investigación, lo que demuestra que la resistencia del paciente y su interacción con la función operativa del terapeuta (pautado y directivo *versus* no pautado y no directivo) influyen en el establecimiento de la alianza terapéutica y ésta influye en el resultado de la terapia.

Todo lo anterior concuerda plenamente con la visión de la relación terapéutica óptima como una relación de apego seguro. Si, tal y como demuestra la investigación sobre apego seguro, el establecimiento de este depende de una relación de sincronización comunicativa y resonancia emocional, se entiende que la resistencia del paciente (es decir, sus dificultades en establecer una relación de sincronización y resonancia con el terapeuta) influya negativamente en el establecimiento de la alianza terapéutica y, consecuentemente, en los resultados alcanzados durante la terapia. Igualmente, es comprensible que los pacientes resistentes establezcan una mejor alianza terapéutica con terapeutas poco directivos y poco pautados, dado que estos establecen un tipo de relación que otorga un mayor margen de tolerancia a la propia resistencia del paciente, consiguiendo así establecer al menos la base de un cierto vínculo seguro. En la misma línea, la noción de apego seguro permite interpretar porqué los terapeutas más flexibles y adaptables son más capaces de ayudar al paciente a establecer una buena alianza terapéutica. En cuanto al modelo de interacción de las variables validado mediante el modelo LISREL de ecuaciones lineales estructurales, constituye una poderosa prueba de que la relación entre *compatibilidad* (i.e., sincronización comunicativa y resonancia emocional), *alianza terapéutica* y *resultados* se da precisamente en ese orden, y no a la inversa como pretenden las visiones más tecnocráticas y medicalizadas de la psicoterapia.

Precisamente a este respecto, hay varias hipótesis que permiten explicar en qué consisten los efectos terapéuticos de la relación terapeuta-paciente desde un punto de vista neurobiológico, y que en general los vinculan, tal y como hemos sostenido a lo largo de este trabajo, a la capacidad de la resonancia emocional propia de la comunicación terapéutica para compensar los efectos adversos de las condiciones del desarrollo inicial. A continuación se revisan los principales trabajos en esa línea.

## **NEUROBIOLOGÍA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA: ¿QUÉ ES TERAPÉUTICO EN LA PSICOTERAPIA?**

En cuanto a las hipótesis sobre la relación entre la neurobiología del apego y la de la psicoterapia, una primera línea de trabajo se centra en el papel de la memoria y el aprendizaje implícito en ambos casos. Así, como se ha comentado con anterioridad, la investigación sobre la memoria demuestra que las relaciones de apego tempranas se internalizan y codifican como recuerdos no declarativos e implícitos (Amini *et al.*, 1996, citado en Gabbard, 2000).

La relación terapéutica se puede concebir como una relación de apego potencialmente susceptible de reestructurar la memoria implícita de los patrones de apego. Kandel (1999) cita el trabajo del *Boston Process of Change Study Group* (integrado entre otros por Daniel Stern) en el que se desarrolló la idea de que en la relación terapéutica hay *momentos de significado* que representan la adquisición de un nuevo conjunto de memorias implícitas que hacen que la relación terapeuta-paciente progrese hacia un nivel nuevo. Estos momentos de significado conducen

a cambios en la conducta del paciente que incrementan su rango de estrategias procedimentales para actuar y ser.

Según Siegel (citado en Wylie & Simon, 2004) la neuromodularidad podría explicar cómo se producen estos cambios en la relación terapéutica. La neuromodularidad crea un estado en el que la conectividad neuronal es más probable, y por lo tanto aumenta la plasticidad cerebral. Esto sucede debido a la liberación de neurotransmisores tales como la serotonina, la dopamina, la acetilcolina y la norepinefrina. Los prototipos almacenados en la memoria implícita podrán así ser modificados por las nuevas interacciones con el terapeuta internalizadas por el paciente, así como por las nuevas experiencias de aprendizaje significativo adquiridas a través del incremento de la conciencia relacional. La investigación sobre la neurobiología del apego demuestra repetidamente que los vínculos emocionales interpersonales son indispensables para ese proceso reconstructivo —igual que la investigación en psicoterapia demuestra consistentemente la importancia de los vínculos emocionales y la alianza terapéutica en la promoción del cambio terapéutico.

Una segunda conexión entre la neurobiología del apego y los procesos relacionales en psicoterapia se desprende de los hallazgos sobre las zonas cerebrales que se desactivan cuando se activan los correlatos neuronales del apego — analizadas mediante técnicas de neuroimagen (Bartels & Zeki, 2004). Tanto el amor materno como el romántico provocan una serie de desactivaciones que se solapan. Por una parte desactivan áreas de la corteza prefrontal media, parietal inferior y temporal media del hemisferio derecho, así como la corteza del giro del cíngulo posterior. Estas áreas funcionan básicamente como un interfaz de la cognición relacionada con el estado de ánimo regulando la atención, la memoria a largo plazo y la modulación de las emociones positivas y negativas. Así mismo, también desactivan áreas temporales, parietotemporales y de la corteza prefrontal medial que se utilizan básicamente para determinar las emociones e intenciones de los demás mediante la regulación de la fiabilidad social, los juicios morales, las teorías de la mente, las emociones negativas y la atención a las propias emociones.

De acuerdo con la revisión que Fonagy (2004) hace de estos resultados, el apego comporta la supresión de las redes neuronales asociadas con la evaluación social crítica de los demás. Así, activar el sistema de apego:

- Desconecta el sistema responsable de mantener las barreras cognitivo-emocionales con la persona con la que estamos;
- Reduce la necesidad de evaluar la validez social de esa persona;
- Reduce la influencia de la memoria sobre el afecto y del afecto sobre la cognición (de forma que pueden emerger nuevas relaciones entre ambos); y,
- Nos hace abandonar los juicios interpersonales dominantes pre-concebidos —abriendo espacios para el cambio.

En este sentido, la psicoterapia puede concebirse como la activación simultánea de dos sistemas mentales que normalmente se inhiben mutuamente. Por una

parte el vínculo emocional implícito en la relación terapéutica activa el sistema de apego. Por otro, las técnicas terapéuticas reflexivas activan sistemas asociados con la evaluación emocional y el juicio social. Así, pensar sobre los sentimientos, los pensamientos y las creencias en el contexto de una relación de apego elimina la dominancia de las restricciones del pasado sobre el presente (la memoria a largo plazo) y crea la posibilidad de repensar y reconfigurar las redes de relaciones intersubjetivas (Fonagy, 2004).

Cozolino (citado en Wylie & Simon, 2004) comparte esta visión de las bases neurobiológicas del proceso terapéutico y enfatiza la importancia de la activación simultánea de redes disociadas en el cerebro —los circuitos del miedo y del lenguaje en el caso de las fobias, por ejemplo— de forma que los clientes puedan reorganizar sus conexiones neuronales. Del mismo modo, según Liggan & Kay (1999), aunque no hay evidencia definitiva de que la psicoterapia estimule directamente la plasticidad cerebral, hay muchas razones para asumir que probablemente es así. El incremento en los potenciales de acción debido al aprendizaje por exploración se ha demostrado en investigación animal. También se ha demostrado que la estimulación ambiental incrementa el peso del cerebro (especialmente del prosencéfalo), el grosor de la corteza, el número de células gliales, la ratio de glia por neurona y el tamaño del núcleo celular de las neuronas. Asimismo altera los perfiles sinápticos incrementando la ramificación dendrítica, la densidad de las espinas dendríticas y el número de sinapsis discontinuas (Schrott, 1997, citado en Liggan & Kay, 1999). Estos cambios se producen sólo en las áreas cerebrales implicadas en la tarea aprendida.

En síntesis, de la confluencia de diferentes disciplinas y ámbitos de investigación científica empieza a emerger un consenso creciente sobre el origen relacional de la mente y la conciencia (incluidos sus fundamentos neurobiológicos) y, consecuentemente, sobre la dimensión también relacional de su reconstrucción psicoterapéutica. Algunas de las intuiciones de las orientaciones psicoterapéuticas que más énfasis han puesto siempre en dicha dimensión relacional se ven ahora inesperadamente confirmadas por estudios procedentes de las neurociencias. Ante este cúmulo de evidencias se impone un esfuerzo consciente y deliberado por tender puentes de integración, ya no sólo entre las diferentes orientaciones teóricas de la psicoterapia, sino entre diferentes disciplinas científicas y ámbitos de estudio en bien del progreso de la psicoterapia concebida como actividad en pro de la salud, la calidad de vida y el desarrollo humano óptimo. La frontera entre *mente* y *cerebro*, entre *lo biológico* y *lo social*, entre *lo genético* y *lo cultural* parece cada vez más borrosa. Quizá estemos llegando al momento en que tanto terapeutas como pacientes y, especialmente, legisladores, empiecen a aceptar la idea de que la psicoterapia es, por derecho propio, una fuente de potentes intervenciones con efectos fisiológicos igual de demostrables que las intervenciones farmacológicas.

*Este artículo presenta una aproximación a los efectos terapéuticos de la relación terapeuta-paciente (y más concretamente de la alianza terapéutica) desde los conocimientos científicos actuales sobre la influencia de las relaciones de apego en la neurobiología de la autorregulación afectiva.*

Palabras clave: apego, psicoterapia, alianza terapéutica, regulación afectiva, neurobiología.

## Referencias bibliográficas

- AMINI, F., LEWIS, T., LANNON, R., *ET AL.* (1996). Affect, attachment, memory: contributions toward psychobiologic integration. *Psychiatry*, 59, 213-239.
- BARTELS, A., & ZEKI, S. (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. *NeuroImage*, 21, 1155-1166.
- BAXTER, L.R., SCHWARTZ, J.M., BERGMAN, K.S., *ET AL.* (1992). Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49, 618-689.
- BEUTLER, L. E. (1983). *Eclectic psychotherapy: A systematic approach*. New York: Pergamon Press.
- BEUTLER, L. E., & CLARKIN, J.F. (1990). *Systematic treatment selection: toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.
- BEUTLER, L. E., CLARKIN, J. F., & BONGAR, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- BOLLEN, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: John Wiley and Sons.
- BOTELLA, L. (2001). Diálogo, relações e mudança: Uma aproximação discursiva à psicoterapia construtivista. En M. Gonçalves e O.F. Gonçalves (Eds). *Psicoterapia, discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança*. Coimbra: Quarteto.
- BEUTLER, L. E., & HARWOOD, T. M. (2000). *Prescriptive Psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- BEUTLER, L. E., & WILLIAMS, O. B. (2000). *Systematic treatment Selection Self Report Questionnaire*. Manuscrito no publicado. Santa Barbara University, California.
- BOTELLA, L., & HERRERO, O. (2000). A relational constructivist approach to narrative therapy. *European Journal of Psychotherapy, Counselling, and Health*, 3, 1-12.
- BOWLBY, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation and anger*. New York: Basic Books.
- BREMMER, J.D., RANDALL, P., VERMETTEN, E., *ET AL.* (1997). Magnetic resonance imaging based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse. A preliminary report. *Biological Psychiatry*, 41, 23-32.
- CORBELLA, S., BEUTLER, L., FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, H., BOTELLA, L., & MALIK, M. (2003). Coping Style and Resistance assessment among Spanish and Argentine Samples: Spanish version of the Systematic Treatment Selection Self-Report (STS-SR). *Journal of Clinical Psychology*, 59(9), 921-932.
- CORBELLA, S., & BOTELLA, L. (2000). *Cuestionario del Perfil del Terapeuta*. Manuscrito no publicado.
- CORBELLA, S., & BOTELLA, L. (2003). *Compatibilidad entre el Estilo Personal del Terapeuta y el Perfil Personal del Paciente*. Tesis doctoral.
- CORBELLA, S., & BOTELLA, L. (2001, June). *Compatibility between therapist's personal style and patient's personality. The Barcelona-Buenos Aires Project*. Poster presented at the 32<sup>nd</sup> Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Montevideo, Uruguay.
- CORBELLA, S., Y BOTELLA, L. (2004). *Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes*. Madrid: VisionNet.
- CORBELLA, S., & BOTELLA, L. (2004, June). *Barcelona-Buenos Aires Project: Compatibility between therapist's personal style and patient's personality*. Poster presented at the 35<sup>th</sup> Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Rome, Italy.
- CORBELLA, S., FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, H., BOTELLA, L., GARCÍA, F., LOBIANCO, J., & CANIZZARRO,

- A. (2003, June). *Barcelona-Buenos Aires Project: Compatibility between therapist's personal style and patient's personality*. Poster presented at the International Conference of the Society for Psychotherapy Research. Weimar, Germany.
- CORBELLA, S., FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, H., BOTELLA, L., GARCÍA, F., KEENA, C., & LOBIANCO, J. (2002, March). *Compatibility between therapist style and patient resistance*. Poster presented at the 6th Congress of the European Personal Construct Association. Florence, Italy.
- CORBELLA, S., FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, H., GARCÍA, F., BOTELLA, L., LOBIANCO, J., & KEENA, C. (2002, June). *Barcelona-Buenos Aires Project: Therapeutic alliance and compatibility between therapist's personal style and patient's personality*. Poster presented at the International Conference of the Society for Psychotherapy Research. Santa Barbara, California. USA.
- CORE SYSTEM GROUP (1998). *The CORE System (Information Management) Handbook*. Leeds: Core System Group.
- COSTA, P. T., & WIDIGER, T. A. (1994). *Personality disorders: And the five factor model personality*. Washington, DC: American Psychological Association.
- COZOLINO, L.J. (2002). *The neuroscience of psychotherapy*. New York: W.W. Norton & Company.
- CRITTENDEN, P.M. (2002). *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego*. Valencia: promolibro.
- DEROGATIS, L. R. (1977). *The SCL-90 manual I: Scoring, administration and procedures*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.
- DOBBING, J. (1997). *Developing brain and behavior*. San Diego: Academic Press.
- DUNCAN, B., & MILLER, S. (1999). Working Alliance/Theory of Change Inventory (WATOCI ). En *The Institute for the Study of Therapeutic Change (ISTC) and Partners for Change* [En línea] <<http://www.talkingcure.com>>.
- FEENEY, J., & NOLLER, P. (1996). *Adult attachment*. New York: Sage.
- FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, H. (2009). El estilo personal del psicoterapeuta. En Oblitas Guadalupe, L. A. *Quince enfoques terapéuticos contemporáneos*. México: El Manual Moderno.
- FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, H., GARCÍA, F., LOBIANCO, J. & CORBELLA, S. (2003). Questionnaire on the Personal Style of the Therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 10, 116-125.
- FONAGY, P. (2004, June). *Psychotherapy, attachment and the brain*. Paper presented at the 35<sup>th</sup> Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Rome.
- GABBARD, G.O. (2000). A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 177, 117-122.
- GAW, K. F., & BEUTLER, L. E. (1995). Integrating treatment recommendations. En L. Beutler y M. Berren (Eds.), *Integrative assessment of adult personality* (pp. 280-319). New York: Guilford Press.
- JOFFE, R., SEGAL, Z., & SINGER, W. (1996). Change in thyroid hormone levels following response to cognitive therapy for major depression. *American Journal of Psychiatry*, 153, 411-413.
- JÖRESKOG, K. G. (1989). *Lisrel 7 user's reference guide*. Mooresville: Scientific Software.
- KANDEL, E.R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revised. *American Journal of Psychiatry*, 156:4, 505-524.
- KANNIEN, K., SALO, J., & PUNAMÄKI, R. (2000). Attachment Patterns and working alliance in trauma therapy for victims of political violence. *Psychotherapy Research*, 4, 435-449..
- LAMBERT, M. J. (1986). Implications on psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. New York: Brunner-Mazel.
- LIGGAN, D.Y., & KAY, J. (1999). Some neurobiological aspects of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8, 103-114.
- LIOTTI, G. (2001). De la teoría del apego a la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 48, 63-85.
- PELED, A., & GEVA, A.B. (1999). Brain organization and psychodynamics. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8, 24-39.
- PENMAN, R., ET AL. (1983). Synchronicity in mother-infant interaction: A possible neurophysiological base. *British Journal of Medical Psychology*, 56,1-7.
- PERRY, D.B., POLLARD, R.A., BLAKELEY, W.L., ET AL. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and use-dependent development of the brain: how "states" become "traits". *Infant Mental Health Journal*, 16, 271-291.
- PUTNAM, F.W., & TRICKET, P.K. (1997). Psychobiological effects of sexual abuse: A longitudinal study. In R. Yehuda & A.C. McFarland (Eds.), *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder* (pp. 150-159). New York: New York Academy of Sciences.
- PYNOOS, R.A., STEINBERG, A.M., ORNITZ, E.M., ET AL. (1997). Issues in the developmental neurobiology



- of traumatic stress. In R. Yehuda & A.C. McFarland (Eds.), *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder* (pp. 176-193). New York: New York Academy of Sciences.
- SCHORE, A.N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 201-269.
- SCHORE, A.N. (2002). Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of Posttraumatic Stress Disorder. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 9-30.
- SCHROTT, L.M. (1997). Effect of training and environment on brain morphology and behavior. *Acta Paediatrica*, 422, 45-47.
- SCHWARTZ, J., STOESEL, P., BAXTER, L., ET AL. (1996). Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive behavior. *Archives of General Psychiatry*, 1996, 109-113.
- SHEAR, M.K., FYER, A.J., BALL, G., ET AL. (1991). Vulnerability to sodium lactate in panic disorder patients given cognitive-behavioral therapy. *American Journal of Psychiatry*, 148, 795-797.
- SIEGEL, D.J. (1999). *The developing mind*. New York: Guilford.
- SPANGLER, G., ET AL. (1994). Maternal sensitivity as an organizer for biobehavioral regulation in infancy. *Developmental Psychobiology*, 27, 425-437.
- TAUB, E. (2004). Harnessing brain plasticity through behavioral techniques to produce new treatments in neurorehabilitation. *American Psychologist*, 59 (8), 692-704.
- THASE, M.E., FASICZKA, A.L., BERMAN, S.R., ET AL. (1998). Electroencephalographic sleep profiles before and after cognitive behavior therapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 55, 138-144.
- VIINAMÄKI, H., KUIKKA, J., TIIHONEN, J., ET AL. (1998). Change in monoamine transporter density related to clinical recovery: a case-control study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52, 39-44.
- WYLIE, M.S., & SIMON, R. (July 8, 2004). Discoveries from the black box: How the neuroscience revolution can change your practice. *Psychotherapy Networker*.

# 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 Casado Esquiús, Ana Gimeno-Bayón Cobos, Mar Gómez, Leonor Pantinat Giné, Ramón Rosal Cortés.

**Consejo Editorial:** Alejandro Avila, Cristina Botella, Lluís Botella García del Cid, Isabel Caro, Guillem Feixas Viaplana, Juan Luis Linares, Giovanni Liotti, Francesco Mancini, José Luis Martorell, Mayte Miró, José Navarro, Luigi Onnis, Ignacio Preciado, Jaume Sebastián, Sandra Sassaroli, Antonio Semerari, Valeria Ugazio.

**Coordinación Editorial:** Lluís Botella García del Cid

**Secretaría de Redacción:** Empar Torres Aixalà

## CAMPAÑA DE PROMOCIÓN AÑO 2005 MODALIDADES DE SUSCRIPCIÓN

- A.- Suscripción para el año 2005 (números 61-64): 42 euros.** (IVA incluido).  
**Oferta para los nuevos suscriptores: obsequio de los números del año anterior (números 57-60).**
- B.- Suscripción al *resto de la colección* desde principios de 1990 hasta finales de 2005. Oferta por 200 euros.** (IVA incluido).  
Comprende la suscripción para el año 2005 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  
GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS S.L.)  
C./ Francesc Tàrrrega, 32-34  
08027 BARCELONA  
Tel. 934 080 464 - Fax: 933 524 337**

# LA EXPERIENCIA ES UNA INTERVENCIÓN BIOQUÍMICA: UNA RECONCEPTUALIZACIÓN DEL “TRASTORNO MENTAL CON BASE BIOLÓGICA”

Jason A. Seidel  
University of Denver

*Empirical evidence challenges the discriminant validity of the “biologically based mental illness” (BBMI) construct. Data indicate that interventions such as psychotherapy, placebo, and medication yield similar changes in brain function when effective. Drug and brain imaging studies show that psychological and biochemical phenomena can be manipulated reciprocally. Data suggest that mental disorders are biologically expressed, not epiphenomenal to a biological process. Suggestions are given for further research and alternative conceptualizations that may lead to changes in healthcare policy.*

*Keywords: Psychotherapy, placebo mental disorders, medication, healthcare policy.*

---

En las últimas décadas, la investigación y los tratamientos biopsiquiátricos han ido dando la razón a la profecía de Freud (1914/1957) de que “todas nuestras ideas provisionales en psicología se basarán probablemente algún día en un substrato orgánico” (p. 78). Sin embargo este cambio en el enfoque biopsiquiátrico del trastorno mental —de la psicogénesis a la biogénesis— oscurece el determinismo mutuo de las relaciones entre mente y cerebro. Hoy en día disponemos de evidencias claras de que el “substrato orgánico” se puede modificar mediante intervenciones psicosociales. Por ejemplo, se ha demostrado que las experiencias psicoterapéuticas modifican la fisiología cerebral en formas análogas a los efectos de los psicofármacos (Baxter et al., 1992; Brody et al., 2001; Goldapple, Segal, Garson, Bieling, Lau y Mayberg, 2002; Hypericum Depression Trial Study Group, 2002; Martin, Martin, Rai, Richardson y Royall, 2001; Mayberg et al., 2000; Mayberg et al., 2002; Penadés et al., 2002; Raleigh, McGuire, Brammer y Yuwiler, 1984; Schwartz, Stoessel, Baxter, Martin y Phelps, 1996).

De forma similar, en seres humanos normales y en otros primates se pueden inducir estados psicológicos análogos a la biología funcional de los estados

patológicos (Kramer, 1993; Krüger, Goldapple, Kennedy y Mayberg, 2002; Liotti, Mayberg, Brannan, McGinnis, Jerabek y Fox, 2000; Mayberg et al., 1999; Pardo, Pardo y Raichle, 1993; Raleigh et al., 1984). Los estudios recientes del tratamiento de la depresión y de la esquizofrenia demuestran cada vez más la eficacia del placebo y en muchos de ellos no se constatan diferencias significativas entre el fármaco y los tratamientos placebo (Ackerman y Greenland, 2002; Addington et al., 2002; Faries, Heiligenstein, Tollefson y Potter, 2001; Fisher y Fisher, 1996; Hypericum Depression Trial Study Group, 2002; Kobak, Greist, Jefferson y Katzelnick, 2002; Lima y Moncrieff, 2000; Mayberg et al., 2002; Moncrieff, Wessely y Hardy, 2004; Peet y Horrobin, 2002; Quitkin, 1999; Taiminen et al., 1996; Walsh, Seidman, Sysko y Gould, 2002). La naturaleza complementaria e interdependiente de las intervenciones psicosociales y bioquímicas en el comportamiento y la fisiología cerebral tiene implicaciones importantes para el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales. Si la meta del tratamiento son los cambios conductuales o vivenciales, y si tanto los métodos biológicos como los no biológicos generan tales cambios, la validez discriminante del constructo “trastorno mental con base biológica” (TMBB) (como diferente de los trastornos mentales sin base biológica) queda en entredicho. Además, si las intervenciones biológicas y las no biológicas conducen a cambios similares en la activación del cerebro, entonces las políticas de gestión sanitaria que favorecen selectivamente la cobertura económica de los tratamientos para los diagnósticos de TMBB pueden carecer de base.

La hipótesis de que la bioquímica desempeña un papel más mediador que causal en la experiencia psicológica, y de que se puede influir en esta experiencia a través de cualquiera de los dos “canales” (mente o cerebro) tiene por lo menos varios siglos (Foucault, 1988). Esta idea tiene el apoyo de las evidencias convergentes que demuestran que la mejora de los síntomas de un trastorno mental —sea como resultado de un tratamiento psicosocial, placebo o medicación— se corresponde con cambios en la fisiología cerebral similares a través de las diversas modalidades de tratamiento. Además, estos cambios bioquímicos parecen correlacionar más con la respuesta clínica del paciente que con la modalidad de tratamiento. La correspondencia bidireccional entre mente y cerebro apoya más parsimoniosamente una hipótesis de “expresión bioquímica” que de “base bioquímica”, y la opción por una u otra de estas construcciones establece la base para la toma de decisiones respecto a la política del tratamiento.

No está claro hasta qué punto los tratamientos psicofarmacológicos afectan al cerebro mediante una acción química “directa” independiente de las expectativas y los efectos colaterales. Mayberg et al. (2002) plantean la hipótesis de que los diferentes tratamientos, incluyendo el tratamiento placebo, pueden afectar a un trazado de circuito común a través de diversos puntos iniciales de acción; y Liotti et al. (2000) afirman que los estados de ánimo normales y patológicos implican patrones compartidos de activación. Para fines de investigación, tratamiento y

gestión, un modelo de determinismo recíproco dualista o múltiple facilita el contraste de hipótesis empíricas y falsables y previene contra los modelos lineales simplistas de causa-efecto que se utilizan actualmente en la investigación de los trastornos mentales.

## **ESTUDIOS CON PLACEBO**

### ***LOS PLACEBOS SON CADA VEZ MÁS EFECTIVOS***

Los estudios recientes que comparan placebo con medicación activa han llegado a resultados contradictorios, aunque en general parece ser que para toda una serie de trastornos psicológicos se da una mayor semejanza entre los efectos de la medicación y el placebo de la que se había divulgado hasta ahora (Faries et al., 2001). Los investigadores han demostrado resultados contradictorios con respecto a las tasas de respuesta del placebo para diversos niveles de gravedad de línea base (Ackerman y Greenland, 2002; Gorenstein, Gentil, Melo, Lotufo-Neto y Lauriano, 1998; Khan, Leventhal, Khan y Brown, 2002; Kobak et al., 2002; Posternak, Zimmerman, Keitner y Miller, 2002; Quitkin, Rabkin, Gerald, Davis y Klein, 2000). Algunos autores han menospreciado los efectos del placebo en los niveles altos de gravedad sintomática atribuyendo la respuesta del grupo placebo a la regresión hacia la media (Faries et al., 2001; Taiminen et al., 1996). Otros han quitado importancia a los efectos del placebo en los niveles bajos de gravedad atribuyendo la eficacia del placebo a la remisión espontánea (Posternak et al., 2002). A pesar de la falta de consenso sobre qué factores pueden predisponer a los participantes en las investigaciones a responder favorablemente al placebo, parece haber un acuerdo sobre la tendencia creciente a demostrar la eficacia de éste.

Los fármacos activos son eficaces para un porcentaje entre el 40% y el 60% de pacientes diagnosticados con toda una serie de trastornos mentales, mientras que los placebos son eficaces para un porcentaje que va desde el 20% al 65% de pacientes (Ackerman y Greenland, 2002; Kupfer y Frank, 2002; Quitkin, 1999; Quitkin et al., 2000). Estudios recientes señalan cada vez más el solapamiento entre medicación y placebo. En un metaanálisis de 25 ensayos clínicos placebo vs. control de medicación para el trastorno obsesivo-compulsivo, Ackerman y Greenland (2002) encontraron que las tasas de respuesta al placebo están aumentando en la literatura. Walsh et al. (2002) encontraron la misma tendencia en un metaanálisis de estudios sobre la depresión mayor. El aumento en la respuesta favorable al placebo y la estrategia reciente de excluir de los estudios biopsiquiátricos a quienes responden al placebo plantea dudas sobre hasta qué punto la acción de los medicamentos es farmacológica o un artefacto de los efectos de expectativa o de la manipulación metodológica.

Las tasas de respuesta favorable al placebo en el tratamiento de la esquizofrenia crónica varían entre el 20% y el 50%, y pueden exceder a la respuesta al fármaco activo (Peet y Horrobin, 2002; Quitkin, 1999; Taiminen et al., 1996). Por ejemplo,

en un estudio con pacientes diagnosticados con esquizofrenia resistentes al tratamiento Zhang, Zhou, Zhang, Wu, Su y Cao (2001) obtuvieron tasas de respuesta al placebo de entre 30,2% y el 47,2%. Estos estudios demuestran que una proporción moderada de individuos diagnosticados con esquizofrenia crónica que están ya tomando dosis óptimas y estables de medicación puede mejorar en un grado clínico significativo mediante un placebo.

La investigación reciente sobre otros trastornos del Eje I, especialmente la depresión, indica efectos del placebo mayores que los encontrados en el tratamiento de la esquizofrenia crónica. Un estudio de seis semanas placebo vs. control de sertralina para un episodio depresivo mayor en pacientes esquizofrénicos en remisión demostró efectos potentes y equivalentes entre los grupos del fármaco y del placebo en varias medidas (Addington et al., 2002). Por ejemplo, la tasa de respuesta del placebo fue de 48,1% y la tasa de respuesta de la sertralina fue del 42,9% en la Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia (CDSS).

Otro estudio placebo vs. control de un tratamiento de 14 semanas con fluoxetina para la fobia social evidenció la ausencia de diferencias significativas entre el fármaco y el placebo en la Escala de Ansiedad Social de Leibowitz (LSAS). El grupo de fluoxetina mostró una reducción del 27,6% en la puntuación de la LSAS entre la línea base y el final; la puntuación del grupo placebo se redujo un 28,6%. En la escala global de mejora clínica (CGI), un 40% de los participantes en el grupo de fluoxetina fueron clasificados como mejor o mucho mejor, comparado con un 30% del grupo placebo (Kobak et al., 2002).

Un estudio multicéntrico demostró la equivalencia después de 8 semanas, del placebo, un tratamiento herbal (hypericum) y sertralina para el trastorno depresivo mayor (Hypericum Depression Trial Study Group, 2002). La respuesta completa se dio en un 31,9% de los pacientes tratados con placebo, un 23,9% de los pacientes tratados con hypericum y un 24,8% de los tratados con sertralina. Un 50% del grupo placebo, un 43% del de hypericum y un 53% del de sertralina mostraron por lo menos una respuesta parcial. Además se llevó a cabo un seguimiento a 26 semanas. No se dio ninguna recaída para la sertralina o el grupo del placebo y solamente una para el grupo del hypericum.

En otra investigación reciente, se administraron placebo y fluoxetina a dos grupos de pacientes hospitalizados con depresión unipolar (Mayberg et al., 2002). Un 40% de pacientes en el grupo de fluoxetina y un 57,1% del grupo placebo respondieron al tratamiento. Por otra parte, los que respondieron al placebo demostraron cambios metabólicos cerebrales casi idénticos a los que respondieron a la fluoxetina. Estos últimos mostraron algunos cambios metabólicos en algunas áreas adicionales, y la magnitud de cambios a consecuencia del tratamiento con el fármaco fue generalmente mayor —si bien estas diferencias no se correspondieron con diferencias clínicas. Los autores llegaron a la conclusión de que los tratamientos con y sin medicación, incluyendo el placebo, la psicoterapia o incluso la remisión

espontánea, podían implicar el inicio de diversos cursos de acción dentro de un trazado de circuito de activación común.

Los investigadores de Eli Lilly and Company que estudiaban la fluoxetina obtuvieron tasas de respuesta al placebo de entre un 41,8% y un 50% al final de dos estudios (Faries et al., 2001). Kupfer y Frank (2002) reiteraron la importancia de incluir placebos en los estudios de comparación de tratamientos en vista de la variabilidad de las respuestas al placebo y la medicación. Quitkin (1999) argumentó que al incluir el placebo y tratamientos activos de comparación los investigadores pueden clarificar si la ausencia de diferencia o un tamaño del efecto reducido se deben a un estudio negativo (el tratamiento de comparación, pero no el tratamiento específico, es diferente de placebo) o a un estudio fallido (el tratamiento de comparación y el tratamiento específico son ambos imposibles de distinguir del placebo). Sin embargo, los estudios fallidos que comparan medicación y placebo pueden ser un nuevo tipo de estudio del Pájaro Dodo, en los que todas las intervenciones psiquiátricas han ganado, y “todas merecen premio” (Luborsky, Singer y Luborsky, 1975).

### ***MÉTODOS QUE AFECTAN A LA RESPUESTA AL PLACEBO***

Hay toda una serie de controversias metodológicas en la literatura sobre investigación placebo vs. control, incluyendo el uso de placebos activos contra inertes, las condiciones de doble ciego, el uso y la duración de un período de filtro del placebo antes de la aleatorización en los grupos del tratamiento. La técnica del filtro del placebo se diseña para identificar y excluir a los participantes que responden al placebo antes del comienzo de los estudios placebo vs. control. Faries et al. (2001) describieron esta técnica como una forma de “establecer o confirmar el diagnóstico, obtener puntuaciones más fiables de línea base y confirmar que se cumplen los criterios de seguridad en el acceso de la muestra al estudio” (p. 561). Sin embargo, estas metas se pueden conseguir sin un filtro del placebo y de hecho el impacto mayor de esta metodología consiste en eliminar a quienes responden favorablemente al placebo antes de la aleatorización o la comparación entre los grupos para reducir los efectos aparentes del tratamiento en el grupo placebo, inflando así la eficacia relativa del fármaco.

Uno de los efectos de la técnica del filtro, cuando es acertada, es el de aumentar la diferencia entre la eficacia (el efecto de un tratamiento en un ensayo controlado de investigación) y la efectividad (el efecto de un tratamiento en condiciones de aplicación real). A los individuos a los que se les recetan drogas psicotrópicas no se les evalúa antes en cuanto a su respuesta al placebo. La metodología del filtro subestima el grado en el que su respuesta clínica puede ser debida a los efectos del placebo.

Los filtros a simple ciego más largos en la pre-aleatorización se han asociado a una menor mejora como consecuencia del placebo y de varias drogas para el

trastorno obsesivo-compulsivo (Ackerman y Greenland, 2002). Por otra parte, varios estudios han demostrado que los filtros a simple ciego del placebo durante la pre-aleatorización no son particularmente eficaces en comparación con la ausencia de filtro (Faries et al., 2001; Greenberg, Fisher y Riter, 1995). Recientemente, Faries et al. han desarrollado una técnica mejorada del filtro del placebo llamada “período variable de doble ciego de entrada del placebo.” Mantuvieron a los experimentadores a ciegas durante la fase del filtro de la pre-aleatorización, y definieron la descalificación por respuesta al placebo como una disminución superior al 25% en la escala de depresión de Hamilton (HAM-D) durante el filtro. Entonces sometieron a situaciones aleatorias a todos los participantes durante el resto del estudio en condiciones de doble ciego (los datos de los participantes descalificados fueron excluidos más adelante del análisis principal). Encontraron, como se replicó luego en el Hypericum Depression Trial Study Group (2002), que los pacientes que respondían al filtro del placebo mantuvieron su respuesta al final del estudio. La técnica de doble ciego del filtro era más acertada que la de simple ciego en cuanto a identificar a los pacientes que respondían al placebo para su exclusión de la base de datos, ampliando así las diferencias entre el fármaco y los grupos de placebo al final del estudio. Faries et al. concluyeron que esta técnica era eficaz en la reducción de la respuesta del placebo en la post-aleatorización. Sin embargo, no redujo la respuesta del placebo por sí mismo; descalificó del estudio a los pacientes que más respondían al placebo.

Otra controversia en la investigación del placebo afecta al uso de placebos activos vs. inertes y a las condiciones de ceguera en los ensayos de fármacos en general (véase Greenberg, Bornstein, Zborowski, Fisher y Greenberg, 1994, para una revisión). El procedimiento a doble ciego de filtro del placebo en la pre-aleatorización apoya la idea de que en los estudios placebo vs. control la ceguera del experimentador en todo el proceso desde la pre-aleatorización hasta el final del estudio afecta al resultado: la ceguera del experimentador aumenta la tasa de respuesta al placebo en la pre-aleatorización, excluyendo del análisis a más sujetos que responden al placebo y acentúa las diferencias entre el fármaco y el placebo (Faries et al., 2001). Greenberg et al. defienden la importancia de condiciones de “más ceguera” mediante la inclusión de placebos activos o de drogas de comparación, y encontraron que a medida que la ceguera aumenta, los antidepresivos demuestran menos efecto en comparación con los placebos. También, Lima y Moncrieff (2000) encontraron evidencia que sugiere que a medida que los efectos secundarios del fármaco aumentan en el grupo del medicamento, la respuesta al placebo disminuye en el grupo del placebo. Esto puede ser debido a un efecto inadvertido de conocimiento de las condiciones experimentales por parte de los experimentadores o los participantes y debería ser estudiado prospectivamente.

Quitkin (1999) afirma que los estudios que demuestran que los placebos activos llevan a una mayor respuesta clínica están cargados de problemas



metodológicos endémicos a tales estudios en los primeros años 60: las dosis de antidepresivos era inadecuadas, y la duración de los estudios eran a veces excesivamente cortas (4 semanas o menos). Quitkin et al. (2000) proponen que la razón por la cual los clínicos pueden a menudo conjeturar correctamente qué participantes recibieron el fármaco activo es la mayor respuesta clínica de esos participantes, no que los efectos secundarios del fármaco hayan alterado las condiciones de ceguera del diseño. Esta hipótesis no se confirmó en un estudio reciente del placebo del Hypericum Depression Trial Study Group (2002). Este estudio duró 8 semanas, las tasas de abandono entre los grupos de droga y placebo fueron equivalentes a las 8 semanas y en el seguimiento a 26 semanas y se permitieron dosificaciones flexibles de la sertralina, basadas en la respuesta clínica del grupo moderadamente deprimido. La sertralina tuvo índices substancial y notablemente más altos de efectos secundarios que el placebo. Como en estudios anteriores, la proporción de conjeturas acertadas de los clínicos sobre cuál de los participantes recibió el medicamento (un 66%) excedió significativamente la proporción esperable por azar (aproximadamente un 33%), y no así en el caso del hypericum (29%) o el placebo (36%). Sin embargo, el cambio clínico medido por la HAM-D no diferenció a través de grupos; y los participantes sobre los que se conjeturaba correctamente no demostraron una respuesta clínica diferente en el HAM-D de aquellos sobre los que se conjeturaba incorrectamente. Los efectos secundarios, y no la respuesta clínica, parecían ser los responsables de las conjeturas correctas sobre el fármaco o el placebo por parte de los clínicos y los participantes.

Los estudios recientes que demuestran los importantes efectos del placebo en los trastornos mentales indican que la administración del placebo es eficaz y a veces equivalente a las medicaciones establecidas. Una de las posibles razones del potente efecto del placebo es que los efectos secundarios de las medicaciones nuevas son a menudo menos notables que los de medicaciones más antiguas. Al tener pocas pistas sobre a qué grupo han asignado un participante los efectos del placebo pueden aumentar. Sin embargo, tanto los experimentadores como los participantes pueden ser del todo ciegos sin el uso de placebos activos: pueden distinguir cuáles son los participantes del grupo de tratamiento con niveles de acierto superior al azar. Con un diseño experimental más ciego, la mayor respuesta al placebo puede hacer necesarios procedimientos más rigurosos de filtro de los pacientes que responden a él con tal de eliminar este efecto. Aún así, la respuesta al placebo, lejos de obstaculizar nuestra comprensión de los trastornos mentales, los tratamientos y sus mecanismos de acción, indica que los cambios clínicos que resultan de la acción de una droga pueden también ser producidos por otras formas de acción que afectan indirectamente a la bioquímica y la fisiología cerebral mediante procesos psicosociales.

## **ESTUDIOS DE NEUROIMAGEN *PACIENTES CON DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL***

Los estudios que comparan la fisiología cerebral antes y después del tratamiento demuestran que las intervenciones químicas y psicosociales conducen a cambios bioquímicos similares. El constructo TTMB asume una relación causal unidireccional entre la función bioquímica y la conducta, es decir, que los procesos biológicos son el fundamento de los trastornos mentales. La investigación actual no apoya esta visión. Por una parte, los estudios sobre el placebo sugieren que en muchos casos las drogas puedan ejercer efectos sobre la conducta mediante procesos psicosociales (expectativas) más que bioquímicos. Por otra, los estudios con neuroimagen indican que las intervenciones psicosociales afectan a la bioquímica. Estos estudios en particular demuestran que la biología de los trastornos mentales es un nivel de su expresión, no su base. La biología funcional del cerebro se puede tratar “directamente” a través de agentes farmacológicos, pero también con otros medios.

Toda una serie de estudios con Tomografía por Emisión de Positrones (PET) convergen en demostrar el determinismo mutuo entre fisiología cerebral y experiencia psicosocial. En un estudio de la depresión, Mayberg et al. (2002) demostraron que en el metabolismo cerebral de los pacientes que respondían al tratamiento con fluoxetina se producían cambios equivalentes a los que se producían en los que respondían al placebo. Cuando la depresión de los pacientes mejoró, sus patrones de activación cerebral cambiaron de forma similar tanto si habían recibido una píldora inerte o un compuesto activo.

En otro estudio con PET, Brody et al. (2001) demostraron en el metabolismo cerebral de los participantes con trastorno depresivo mayor que recibieron paroxetina la producción de cambios equivalentes a los que se produjeron en los que habían recibido psicoterapia interpersonal. Goldapple et al. (2002) también encontraron cambios cerebrales que parecían mediar en la respuesta clínica a la terapia cognitivo conductual con pacientes deprimidos que no recibían medicación. Postularon que el tratamiento producía una normalización de las anomalías previas en áreas prefrontales, parietales y límbicas acercándolos a los niveles comprobados en controles normales.

En un estudio de seis semanas con Tomografía Computarizada por Emisión de Fotón Único (SPECT), Martin et al. (2001) señalaron que esa duración podría no haber sido suficiente para que el tratamiento interpersonal de la psicoterapia alcanzase una dosis efectiva. Sin embargo, los participantes tratados con psicoterapia interpersonal demostraron cambios metabólicos cerebrales equivalentes a los participantes tratados con clorhidrato del venlafaxina.

Dos estudios con PET antes y después del tratamiento exitoso del trastorno obsesivo compulsivo confirman que las intervenciones psicosociales pueden modificar igual que las químicas el funcionamiento del cerebro cuando son eficaces, apoyando así la hipótesis de que el cambio clínico predice cambios

comparables en la fisiología cerebral independientemente del tipo de tratamiento.

Baxter et al. (1992) encontraron que después de 10 semanas de tratamiento el metabolismo de la glucosa en el núcleo caudado de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo que respondían a la terapia de conducta cambió en la misma medida que el de los que respondían a la fluoxetina. Los que no respondieron no demostraron dicho cambio en la tasa metabólica —ni los de los grupos de la terapia con fluoxetina ni los de terapia de conducta. En una réplica del estudio de Baxter et al., Schwartz et al. (1996) encontraron que después de entre 8 y 12 semanas de terapia de conducta (sin medicación) en los participantes que respondieron favorablemente se observaba una reducción bilateral significativa en el metabolismo de la glucosa en el núcleo caudado y que este era menor para los pacientes que no respondían al tratamiento. Estos estudios con neuroimagen aportan evidencia convergente a los del placebo y apoyan la visión de que aunque un trastorno mental se exprese fisiológicamente eso no implica que se deba utilizar una intervención farmacológica para cambiar dicha expresión fisiológica. Es más, los cambios en la fisiología cerebral que se derivan de la administración de una droga pueden ser más una función del cambio clínico concomitante que de las características farmacológicas del fármaco que se está investigando: son quienes responden favorablemente al fármaco más que los que lo reciben quienes muestran cambios en la fisiología cerebral comparables a los de quienes responden a las intervenciones psicosociales tales como la psicoterapia o el placebo.

Una estrategia para determinar si el tratamiento farmacológico temprano es responsable de una respuesta clínica posterior consiste en medir los cambios en la fisiología cerebral después de iniciar el tratamiento farmacológico. Cook et al. (2002), tras una semana de la administración del placebo o del fármaco, encontraron evidencia de un funcionamiento cerebral equivalente para los participantes que respondieron favorablemente a cualquiera de ambas condiciones después de 8 semanas. Mayberg et al. (2000) no encontraron ninguna diferencia en los patrones de activación cerebral después de una semana de tratamiento con fluoxetina entre los pacientes que respondían favorablemente al fármaco al final del estudio y los que no. Después de 6 semanas de tratamiento con el fármaco, sin embargo, emergieron diferencias clínicas en la conducta y en la fisiología cerebral. Los resultados de estos dos estudios sugieren que los cambios en la fisiología cerebral corresponden a la respuesta al tratamiento, no a la acción farmacológica. La comparación de Mayberg (2002) entre quienes responden favorablemente al fármaco o al placebo y quienes no, apoya aún más esta hipótesis. El grupo del placebo y el del fármaco demostraron cambios similares en su fisiología cerebral después de 6 semanas de tratamiento. Además, Mayberg et al. (2000, 2002), Baxter et al. (1992) y Schwartz et al. (1996) encontraron que solamente los participantes del grupo del fármaco que demostraron un cambio psicológico demostraron también cambios en su fisiología cerebral. La mejoría clínica en los pacientes diagnosticados con TMBB correlaciona con

cambios en su fisiología cerebral, sin que se de una evidencia clara del rol y la temporalización de los efectos farmacológicos en el proceso de cambio. Puesto que las intervenciones no bioquímicas tales como el placebo y la psicoterapia conducen de forma similar a cambios fisiológicos cerebrales cuando son eficaces, parece igual de probable (o más) que los cambios fisiológicos en el caso de los trastornos mentales sean consecuencia de cambios conductuales o vivenciales que de cambios bioquímicos.

### ***INDUCCIÓN DE ESTADOS DE ÁNIMO EN VOLUNTARIOS SIN TRASTORNO MENTAL***

Los estudios de neuroimagen con voluntarios normales proporcionan más evidencia aún de la no discriminabilidad del constructo TMBB. En un estudio de la fisiología cerebral durante cambios transitorios del estado de ánimo llevado a cabo con PET, Pardo et al. (1993) manipularon cambios cerebrales consistentes en voluntarios normales. A los participantes se les pidió que evocasen sentimientos de tristeza (con un grado promedio de 8 en una escala de 0 a 10) pensando en pérdidas personales. Los autores resumen que “los datos sugieren que la activación inferior y orbitofrontal está relacionada con la vivencia de la disforia autoinducida” (p. 716). Pardo et al. destacaron que los estudios de neuroimagen que constatan diferencias entre pacientes psiquiátricos y controles normales no demuestran necesariamente la presencia de una fisiología patológica, sino la fisiología de los procesos vivenciales del aquí-y-ahora. La implicación de este estudio es que los marcadores fisiológicos pueden ser un efecto, y no necesariamente una causa, de las experiencias psicológicas.

Liotti et al. (2000) confirmaron el resultado de Pardo et al. (1993) evocando tristeza y ansiedad en dos grupos de voluntarios normales. Si bien encontraron patrones dispares de activación entre estos dos estados psicológicos, también encontraron que había “un trazado de circuito compartido por las formas normales y patológicas de los estados de ánimo triste y ansioso que puede ser vulnerable en un estado trastornado” (p. 40). Mayberg et al. (1999) concluyeron que la tristeza transitoria inducida en voluntarios normales en un grupo y pacientes que se recuperaban de una depresión (tanto si respondían favorablemente al placebo como a la fluoxetina) se caracterizó por “cambios recíprocos que implican regiones límbicas, paralímbicas y neocorticales casi idénticas y con cambios agudos y crónicos en el estado de ánimo negativo” (pp. 678-679). Si bien tales solapamientos en la fisiología cerebral de los estados de ánimo inducidos en voluntarios normales y estados clínicos más duraderos o más severos no son siempre exactos (e.g., Krüger et al., 2002), hay evidencia clara de que síndromes clínicos tales como la depresión y el trastorno de ansiedad (que se consideran TMBBs) implican circuitos y mecanismos similares, y posiblemente idénticos, a los de los estados afectivos negativos normales.

La evidencia convergente de la investigación con voluntarios normales y con poblaciones clínicas con toda una gama de síndromes demuestra que las experiencias conducen a cambios bioquímicos predecibles y consistentes en la fisiología cerebral —tanto si estas experiencias están inducidas por intervenciones químicas directas (fármaco) como si se trata de intervenciones psicosociales (placebo, inducción experimental o psicoterapia). La tecnología de la neuroimagen ha proporcionado los medios para examinar la direccionalidad de la relación entre fisiología cerebral y estado clínico. La evidencia empírica, hasta la fecha, apoya el constructo “expresión biológica de los fenómenos mentales”, no el fundamento biológico de trastornos mentales concretos.

## **DIRECCIONES DE INVESTIGACIÓN FUTURA DESDE LA COMPLEMENTARIEDAD ENTRE LO BIOQUÍMICO Y LO PSICOSOCIAL**

La investigación llevada a cabo en las últimas dos décadas aporta cada vez más una solución al problema mente-cuerpo que nos devuelve a una posición clásica. Parece que la historia de Foucault (1988) del pensamiento europeo del Siglo XVIII en cuanto a la relación mente-cerebro está recibiendo cierto apoyo:

Alma y cuerpo mantienen una relación metafórica perpetua en la cual sus cualidades no tienen ninguna necesidad de ser comunicadas porque son comunes a ambos y en la que los fenómenos de la expresión no son las causas, simplemente porque alma y cuerpo son siempre expresión inmediata la una del otro... Si es verdad que existe un ámbito en las relaciones entre alma y cuerpo en el que la causa y el efecto, el determinismo y la expresión, todavía se entretrejan en una red tan densa que formen en realidad solamente uno y el mismo movimiento que no puede ser disociado excepto a posteriori; si es verdad que hay clases cualitativas de *a priori*, hasta ahora no compartidas, que imponen subsecuentemente los mismos valores ante lo orgánico y ante lo espiritual, entonces vemos que puede haber enfermedades tales como la locura que son desde el primer momento enfermedades del cuerpo y del alma, enfermedades en las cuales la afectación del cerebro es de la misma calidad, del mismo origen, de la misma naturaleza en fin que la afectación del alma. (p. 88)

Este cambio en la conceptualización de los trastornos mentales conlleva una serie de dificultades. Dada la unidad entre cerebro y mente (es decir, dado que los cambios en uno de estos canales de expresión cambian al otro), la diferenciación entre los trastornos mentales con y sin base biológica no se sostiene. Es más, la idea de que lo que separa a las personas mentalmente enfermas de las que no lo están es un “desequilibrio químico” o un problema biológico del cerebro se reduce a una estrategia para el tratamiento más que constituir un argumento ontológico con apoyo empírico.

Las actuales discusiones corporativistas sobre política sanitaria demuestran a menudo una tensión entre las visiones biologistas del trastorno mental (tratable con

medicación y apoyo psicológico) por una parte, y la responsabilidad existencial sobre la capacidad de cambio (tratable con psicoterapia y otros métodos vivenciales) por otra. Muchos clínicos han hecho llamadas a una superación de la fractura entre los dos enfoques del tratamiento —medicación y psicoterapia— combinándolos; con todo, este desarrollo puede provenir menos de un enfoque empírico o teórico coherente del trastorno mental que de una interpretación selectiva de la literatura o de una cesión pragmática a las presiones económicas. Es imprescindible que psicólogos y psiquiatras entiendan la mutualidad entre procesos psicosociales y bioquímicos para no dejar las decisiones y las estrategias del tratamiento de los TMBB exclusivamente en manos de quienes aplican tratamientos de base biológica. Sin esta comprensión, es probable que continúe la erosión de los tratamientos psicosociales de los trastornos emocionales a medida que se caracterizan más y más de ellos en términos de los procesos bioquímicos que los median.

Se necesita más investigación para estudiar y clarificar prospectivamente la bidireccionalidad de los cambios en el funcionamiento mental y la fisiología cerebral en la gente diagnosticada con una amplia gama de trastornos mentales así como en voluntarios normales. Las direcciones para la investigación futura en este terreno incluyen: determinar bajo qué condiciones y en qué medida quienes responden favorablemente a los tratamientos bioquímicos y psicosociales exhiben cambios similares en la fisiología cerebral a través de modos diferentes de tratamiento; confirmar si es el tipo del tratamiento o la respuesta al tratamiento lo que mejor predice los cambios en la fisiología cerebral y estudiar experiencias psicológicas inducidas en voluntarios normales para determinar en qué medida tales estados “normales” son distinguibles de estados clínicos relevantes.

Los ensayos clínicos placebo vs. control de fármacos han demostrado que el uso de las condiciones placebo es ético: en muchos casos de trastornos mentales significativos los placebos ejercen un efecto de tratamiento entre moderado y fuerte en comparación con los fármacos activos. El número creciente de trabajos que demuestran tales resultados pone en evidencia que los estudios placebo vs. control son necesarios y que el desarrollo y uso de placebos activos con perfiles de efecto secundario que reflejen sus contrapartidas activas resulta indicado. Investigar estas áreas aclarará más la relación de interdependencia entre las experiencias y los procesos mentales del cerebro, lo cual —si bien difumina la distinción entre patología y salud— puede aportar mayores conocimientos sobre hasta qué punto oscilamos entre estos dos estados del ser.

Todos los problemas psicológicos se expresan bioquímicamente porque el cerebro media en nuestra experiencia. Cualquier tratamiento, si es eficaz en cambiar la experiencia, debe también expresarse bioquímicamente. La evidencia actual indica que el constructo TMBB carece de validez discriminante y que los tratamientos bioquímicos no tienen el privilegio único de cambiar la expresión bioquímica de los trastornos psicológicos. La investigación adicional en esta área puede

mejorar el servicio que prestamos a los pacientes proporcionando equilibrio epistemológico, una opción de modalidad del tratamiento pagadera por las aseguradoras y un grado razonable de complejidad causal apropiado a los temas de la psicología clínica y de la psiquiatría.

---

*La evidencia empírica pone en cuestión la validez discriminante del constructo “trastorno mental con base biológica” (TMBB). Los datos indican que intervenciones tales como la psicoterapia, el placebo o la medicación producen, cuando resultan eficaces, cambios similares en la fisiología cerebral. Los estudios sobre fármacos y con técnicas de neuroimagen demuestran que los fenómenos psicológicos y bioquímicos se influyen mutuamente. Los datos sugieren que los trastornos mentales se expresan biológicamente, no que sean epifenómenos de un proceso biológico. En este trabajo se aportan sugerencias de investigación futura y conceptualizaciones alternativas que pueden conducir a cambios en la política sanitaria.*

Palabras clave: psicoterapia, placebo, trastornos mentales, medicación, política sanitaria.

## Nota Editorial

El presente artículo apareció por primera vez en Seidel, J. (2005). Experience is a biochemical intervention: Reconceptualizing the “biologically based mental illness.” *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69(2), 157-171. Reprinted and translated into Spanish with permission. © 2005 The Menninger Foundation.

Agradecemos el permiso para su publicación

## Referencias bibliográficas

- ACKERMAN, D. L. & GREENLAND, S. (2002). Multivariate meta-analysis of controlled drug studies for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22(3), 309-317.
- ADDINGTON, D., ADDINGTON, J., PATTEN, S., REMINGTON, G., MOAMAI, J., LABELLE, A. & BEAUCLAIR, L. (2002). Double-blind, placebo-controlled comparison of the efficacy of sertraline as treatment for a major depressive episode in patients with remitted schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22, 20-25.
- BAXTER, L. R., JR., SCHWARTZ, J. M., BERGMAN, K. S., SZUBA, M. P., GUZE, B. H., MAZZIOTTA, J. C., ALAZRAKI, A., SELIN, C. E., FERNG, H.-K., MUNFORD, P. & PHELPS, M. E. (1992). Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49, 681-689.
- BRODY, A. L., SAXENA, S., STOESEL, P., GILLIES, L. A., FAIRBANKS, L. A., ALBORZIAN, S., PHELPS, M. E., HUANG, S.-C., WU, H.-M., HO, M. L., JO, M. K., AU, S. C., MAIDMENT, K. & BAXTER, L. R. (2001). Regional brain metabolic changes in patients with major depression treated with either paroxetine or interpersonal therapy: Preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*, 58, 631-640.
- COOK, I. A., LEUCHTER, A. F., MORGAN, M., WITTE, E., STUBBEMAN, W. F., ABRAMS, M., ROSENBERG, S. & UIJTDEHAAGE, S. H. J. (2002). Early changes in prefrontal activity characterize clinical responders

- to antidepressants. *Neuropsychopharmacology*, 27(1), 120–131.
- FARIES, D. E., HEILIGENSTEIN, J. H., TOLLEFSON, G. D. & POTTER, W. Z. (2001). The double-blind variable placebo lead-in period: Results from two antidepressant clinical trials. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21(6), 561–568.
- FISHER, R. L. & FISHER, S. (1996). Antidepressants for children: Is scientific support necessary? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(2), 99–102.
- FOUCAULT, M. (1988). *Madness and civilization*. New York: Vintage.
- FREUD, S. (1957). On narcissism: An introduction. In J. Strachey (Ed. And Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 73–102). London: Hogarth Press. (Original work published 1914)
- GOLDAPPLE, K., SEGAL, Z., GARSON, C., BIELING, P., LAU, M. & MAYBERG, H. (2002, May). *Effects of cognitive behavioral therapy on brain glucose metabolism in patients with major depression*. Poster session presented at the annual meeting of the Society of Biological Psychiatry, Philadelphia, PA.
- GORENSTEIN, C., GENTIL, V., MELO, M., LOTUFO-NETO, F. & LAURIANO, V. (1998). Mood improvement in “normal” volunteers. *Journal of Psychopharmacology*, 12(3), 246–251.
- GREENBERG, R. P., BORNSTEIN, R. F., ZBOROWSKI, M. J., FISHER, S. & GREENBERG, M. D. (1994). A meta-analysis of fluoxetine outcome in the treatment of depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 547–551.
- GREENBERG, R. P., FISHER, S. & RITER, J. A. (1995). Placebo washout is not a meaningful part of antidepressant drug trials. *Perceptual and Motor Skills*, 81, 688–690.
- HYPERICUM DEPRESSION TRIAL STUDY GROUP. (2002). Effect of *Hypericum perforatum* (St. John’s Wort) in major depressive disorder. *Journal of the American Medical Association*, 287(14), 1807–1814.
- KHAN, A., LEVENTHAL, R. M., KHAN, S. R. & BROWN, W. A. (2002). Severity of depression and response to antidepressants and placebo: An analysis of the Food and Drug Administration database. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22(1), 40–45.
- KOBAK, K. A., GREIST, J. H., JEFFERSON, J. W. & KATZELNICK, D. J. (2002). Fluoxetine in social phobia: A double-blind, placebo-controlled pilot study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22(3), 257–262.
- KRAMER, P. D. (1993). *Listening to Prozac*. New York: Viking.
- KRÜGER, S., GOLDAPPLE, K., KENNEDY, D. & MAYBERG, H. S. (2002). Cerebral blood flow in bipolar disorder measured with PET: Trait effects at rest and after mood induction. *European Psychiatry*, 17(Suppl. 1), 113.
- KUPFER, D. J. & FRANK, E. (2002). Placebo in clinical trials for depression: Complexity and necessity. *Journal of the American Medical Association*, 287(14), 1853–1854.
- LIMA, M. S. & MONCRIEFF, J. (2000). Drugs vs. placebo for dysthymia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 4, CD001130.
- LIOTTI, M., MAYBERG, H. S., BRANNAN, S. K., MCGINNIS, S., JERABEK, P. & FOX, P. (2000). Differential limbic-cortical correlates of sadness and anxiety in healthy subjects: Implications for affective disorders. *Biological Psychiatry*, 48, 30–42.
- LUBORSKY, L., SINGER, B. & LUBORSKY, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1008.
- MARTIN, S. D., MARTIN, E., RAI, S. S., RICHARDSON, M. A. & ROYALL, R. (2001). Brain blood flow changes in depressed patients treated with interpersonal psychotherapy or venlafaxine hydrochloride. *Archives of General Psychiatry*, 58, 641–648.
- MAYBERG, H. S., BRANNAN, S. K., TEKELL, J. L., SILVA, A., MAHURIN, R. K., MCGINNIS, S. & JERABEK, P. A. (2000). Regional metabolic effects of fluoxetine in major depression: Serial changes and relationship to clinical response. *Biological Psychiatry*, 48, 830–843.
- MAYBERG, H. S., LIOTTI, M., BRANNAN, S. K., MCGINNIS, S., MAHURIN, R. K., JERABEK, P. A., SILVA, J. A., TEKELL, J. L., MARTIN, C. C., LANCASTER, J. L. & FOX, P. T. (1999). Reciprocal limbic-cortical function and negative mood: Converging PET findings in depression and normal sadness. *American Journal of Psychiatry*, 156(5), 675–682.
- MAYBERG, H. S., SILVA, J. A., BRANNAN, S. K., TEKELL, J. L., MAHURIN, R. K., MCGINNIS, S. & JERABEK, P. A. (2002). The functional neuroanatomy of the placebo effect. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 728–737.
- MEEHL, P. E. (1991). *Selected philosophical and methodological papers*. C.A. Anderson and K. Gunderson (Eds.). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- MONCRIEFF, J., WESSELY, S. & HARDY, R. (2004). Active placebos vs. antidepressants for depression. The



Cochrane Database of Systematic Reviews, 1, CD003012.

- PARDO, J. V., PARDO, P. J. & RAICHLE, M. E. (1993). Neural correlates of self-induced dysphoria. *American Journal of Psychiatry*, 150(5), 713–719.
- PEET, M. & HORROBIN, D. F. (2002). A dose-ranging exploratory study of the effects of ethyl-eicosapentaenoate in patients with persistent schizophrenic symptoms. *Journal of Psychiatric Research*, 36(1), 7–18.
- PENADÉS, R., BOGET, T., LOMENÇA, F., MATEOS, J. J., CATALÁN, R., GASTÓ, C. & SALAMERO, M. (2002). Could the hypofrontality pattern in schizophrenia be modified through neuropsychological rehabilitation? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 202–208.
- POSTERNAK, M. A., ZIMMERMAN, M., KEITNER, G. I. & MILLER, I. W. (2002). A reevaluation of the exclusion criteria used in antidepressant efficacy trials. *American Journal of Psychiatry*, 159(2), 191–200.
- QUITKIN, F. M. (1999). Placebos, drug effects, and study design: A clinician's guide. *American Journal of Psychiatry*, 156, 829–836.
- QUITKIN, F. M., RABKIN, J. G., GERALD, J., DAVIS, J. M. & KLEIN, D. F. (2000). Validity of clinical trials of antidepressants. *American Journal of Psychiatry*, 157, 327–337.
- RALEIGH, M. J., MCGUIRE, M. T., BRAMMER, G. L. & YUWILER, A. (1984). Social and environmental influences on blood serotonin concentrations in monkeys. *Archives of General Psychiatry*, 41, 405–410.
- SCHWARTZ, J. M., STOESEL, P. W., BAXTER, L. R., MARTIN, K. M. & PHELPS, M. E. (1996). Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 109–113.
- TAIMINEN, T., SYVÄLAHTI, E., SAARIJÄRVI, S., NIEMI, H., LEHTO, H., AHOLA, V. & SALOKANGAS, R. K. R. (1996). Prediction of positive placebo response among chronic schizophrenic outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(2), 109–113.
- WALSH, B. T., SEIDMAN, S. N., SYSKO, R. & GOULD, M. (2002). Placebo response in studies of major depression: Variable, substantial, and growing. *Journal of the American Medical Association*, 287(14), 1840–1847.
- ZHANG, X. Y., ZHOU, D. F., ZHANG, P. Y., WU, G. Y., SU, J. M. & CAO, L. Y. (2001). A double-blind, placebo-controlled trial of extract of *Ginkgo biloba* added to haloperidol in treatment-resistant patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(11), 878–883.



# **TRANSFERENCIA Y AJUSTE DE PERSONALIDAD EN LA RELACION SANCHO-QUIJOTE**

Vicente M. Ortiz Oria

Universidad de Salamanca

Facultad de Psicología, Paseo de la Merced. s/n. Salamanca 37005 (España)

vortiz@usal.es

## **RESUMEN**

Defendemos la hipótesis de que la aportación de Sancho es decisiva en el desarrollo de la progresiva «sensatez « y «cordura» que adquiere el caballero a lo largo de la novela. La sensatez filosófica de Sancho y su capacidad de «organizador psíquico» influye en D. Quijote reequilibrando su distorsión, hasta el punto de ser, con su elocuencia, artífice persuasivo de la adaptación que desarrolla el caballero.

La relación transferencial y contratransferencial que acontecen en la relación Quijote-Sancho, caracteriza una «simbiosis discursiva» que determina el comportamiento de los personajes, sin cuyo análisis no se puede configurar la relación. Nos detendremos en los pasajes de la novela que reproducen algunas de estas situaciones y cambios de visión que denotan una realidad interna y narrativa diferente.

D. Quijote se “organiza” y pierde atrevimientos en tanto se adhiere a las proposiciones de Sancho asumiéndolas. Para acabar, en una clarificación de la distorsión que le lleva a la «muerte», al verse Alonso Quijano sin posibilidad de ser y/o seguir siendo D. Quijote de la Mancha.

## **INTRODUCCIÓN**

Relación e interacción, pareciera aludir a una misma unidad comprensiva; pero relacionarse supone un grado determinado de comunicación, y la interacción es un proceso más denso, y tiene que ver con la forma en que dos semejantes se comunican vinculándose, en ocasiones, en los dominios de lo íntimo, lo privado y lo público, influyéndose recíprocamente.

Así, la interacción supone una forma a la que dos sujetos pueden llegar, con similares acuerdos, a complementarse e influenciarse, configurando una nueva realidad vital distinta de la que partían.

Esta complementariedad, identifica el hilo conductor de la novela, de dos

personajes, que a veces, pueden ser uno mismo, e implica a múltiples singularidades de la naturaleza humana, en cada uno de los lectores que la visita.

La forma de interaccionar los personajes, nos coloca en un proceso singular, que presenta componentes afectivos, relacionales e identificativos, alternantes y paradójales, al punto que, en ocasiones, no acabamos de comprender en su complejidad en que consiste dicho proceso interactivo, como vamos a ir viendo a lo largo de diferentes pasajes de la novela.

Este vínculo singular y gracioso, influye radicalmente en los protagonistas. Por un lado influye Sancho y su forma de ser, a D. Quijote, y por otro, le influencia a Sancho su caballero, formando una unidad de relación, que implica rasgos de una misma idiosincrasia humana, de ahí, que sea para nosotros un fiel motivo de reflexión y estudio, la sin par andadura de nuestros dos personajes errantes.

El “viaje” que realizan los extraordinarios protagonistas formaliza una tenue, pero inextricable unión de contrarios, que alude a nuestro proceder individual-plural, enmarcados en una forma de hacer y ser concreto, también en nuestra cultura.

Nos encontramos prácticamente en estos momentos, superando el IV centenario de la excelente concepción de Miguel de Cervantes: D. Quijote de la Mancha (1605-2005).

Esta obra conocida mundialmente, se empieza a fraguar en un momento en que el escritor medita los sinsabores de la vida frustrante en la cárcel de Argel. De ahí que su estado de ánimo, sospechamos, tenga que ver con un deseo liberador en extraordinarias aventuras, que imagina el propio novelista, postrado en sus parcos aposentos.

La especial andadura de los personajes diseñados en una aventura quizás idealizada, nos presenta un reflexión rica sobre la novela universal por excelencia de la literatura española. Por ello, es de toda suerte un ejercicio comprometido, si tenemos en cuenta, además, el número de autores destacados, que han dispensado estudio a la misma, desde distintas disciplinas y campos plurales del saber (1).

No nos cabe la menor duda, sin embargo, que la reflexión sobre esta obra genial, puede suscitar siempre nuevos señalamientos, y enfoques de interpretación, desde distintas especialidades del conocimiento, que por ello hacen de esta obra y de sus avatares, un compendio cultural de procesos que, implica a los humanos de forma recurrente y universal. Esta es su grandeza, y a esta singular relación nos vamos a referir, sin perder de vista los procesos interactivos “conspicuos y distinguidos”.

Al igual que la de otros grandes autores de la literatura, la novela de Cervantes, encierra un discurso susceptible de clarificar la complejidad humana, en cuanto que, describe las relaciones e interacciones de dos sujetos impares con el mundo que les rodea. Estos sujetos representan partes o generalidades con su coeficiente de verdad-mentira, de los que formalizamos nuestra cultura.

Atiende el autor en esta narración a distintas cuestiones específicamente

humanas y psicológicas como; el problema del deseo; revelándose ejercicio incolmable, siempre proteico, cómo por boca y experiencia de D. Quijote se encarga de presentarnos el escritor, en las experiencias fallidas del caballero andante.

Cervantes desarrolla en esta novela, distintas configuraciones humanas, diríamos perfiles de personalidad contrapuestos, encarnados en los protagonistas de la imprevisible andadura.

La idealización de estos personajes construida por el ilustre y genial polígrafo, configura un refugio de la cotidianidad insensible y dura, en la que vive el autor, al intentar liberarse por medio de la fantasía, al servicio de la pluma de la cárcel de Sevilla, y “salir” enfrentándose a las aventuras (a las que estuvo acostumbrado por ser a la vez hombre de armas y letras) con sus protagonistas inusitados.

Es en parte por el deseo de recobrar esta libertad por lo que el autor genera en su novela climas emocionales desiguales, y desarrollos psicológicos en la medida que se involucra en la historia de su creación, al ritmo de sus emociones puestas en los personajes, en los que se proyecta, transfiere, niega, magnifica, e identifica, con distintos componentes de lo real, hasta llegar al error interpretativo y contumaz, cuestión que, genera vías identificativas, tanto en D. Quijote como en su escudero.

No resulta novedad el hecho de que la literatura incita al estudio de la psicología individual, ya que en ella suelen estar recogidas las dificultades existenciales, tensiones, pasiones y sufrimientos que caracterizan al sujeto humano (no siempre adecuadamente atendidas por el rigor de la ciencia psicológica).

En algunos casos, como sabemos las obras literarias aleccionan sobre la vida psíquica en mayor medida que algunos tratados de la propia psicología. Obras de los clásicos griegos, como Sófocles y Eurípides y/o de autores más cercanos como; Shakespeare, Dostoievski, Kafka, Camus, Flaubert, el mismo Cervantes, Quevedo, Azorín y Góngora, Gracián o Calderón..., configuran auténticos tratados de psicología, de los que se extrae amplia información, para el conocimiento y la comprensión de inquietudes distintas del vivir y relacionarse, y de las diferentes paradojas y sufrimientos humanos.

Nuestra reflexión, se centra en la narración de Cervantes, D. Quijote y Sancho Panza, a la que podría calificarse de proceso de introducción a la Psicología general. Debido a que en ella aparecen componentes psicológicos diversos en los distintos personajes, son los artífices dos modelos tipológicos en su expresión más amplia, que van desde la distorsión interpretativa, que involucra a la psicopatología, la psicología diferencial, la psicología individual y la necesaria psicoterapia, hasta una diferencia somática, que influencia determinadamente a su forma de ser.

La configuración de los protagonistas principales de la novela, D. Quijote y Sancho simbolizan dos mundos de valores, y tendencias distintas y singulares, construyen formas diferentes de existir y relacionarse con los objetos. Sancho esta ubicado importantemente en el principio de placer, le motiva el «buen vivir» la buena mesa y el disfrute de la vida, en el que no quede excluido gobernar uno o dos

reinos (como le prometió D. Quijote al solicitarle sus servicios para las aventuras gloriosas que habrían de emprender) aunque, más tarde queden en una ínsula, es suficiente. La ingenuidad en la que cae el aplomado escudero al seguir en tal empresa a su ingenioso caballero, bien nos haría dudar de esta sensatez que señalamos.

Podemos convenir en general, que Sancho está muy conectado con el principio de realidad y las reglas de su acción (Grinberg y Rodríguez 1984). La diferencia con D. Quijote es palpable, Sancho se distancia y diferencia de la ensoñación diurna en la que D. Quijote habita, lugar fantástico, y volátil, alejado de lo real, configurador de la motivación existencial del polígrafo; lo espiritual, elevado y altruista, la utopía, el desinterés caballeresco, caracterizan sus valores y formas de entender el mundo, así como sus relaciones, frente a la materialidad y necesidad interesada de Sancho, que está muy preocupado de lo concreto y práctico para “pisar en el suelo”.

La forma de interaccionar y de constituirse los personajes es indicador de la valoración de los mismos, «El gordo y el flaco» son prototipos diametralmente distintos, pueden ser exponentes de una misma moneda, Romero Flores (1951) representantes somático-afectivos, emocionales-cognitivos, y simbólicos de los demás humanos. La síntesis armónica de ambos personajes; sus excesos, carencias y contrapuntos, configuran en una medida la realidad del concreto humano, y la idiosincrasia del inconsciente colectivo de un pueblo.

Cervantes reconstruye la ambivalencia profunda del individuo en los dos personajes de forma magistral, como diría Borges (1977) se complace en confundir lo objetivo con lo subjetivo como en la narración del baciuelmo, además de caracterizar elementos de personalidad, al ritmo de las interacciones situacionales. Configura a un mismo individuo en distintas facetas de cada pasaje, Unamuno (1988).

El objeto de esta reflexión está orientada así a señalar los procesos identificativos, relacionales y persuasivos, guiados por los componentes afectivos, que aparecen en la interacción de los dos personajes centrales de la novela.

La influencia de D. Quijote sobre Sancho, es aceptada mayoritariamente, pero no lo es a nuestro juicio la valoración de organizador psíquico, que adquiere Sancho a lo largo de la novela. La relación singular que utilizando el conocimiento del psicoanálisis se denomina transferencial-contratransferencial formalizan la relación Quijote-Sancho, y aparece en la expresividad de la disertación, que ambos toman y reconstruyen, caracterizando una «simbiosis discursiva» emocional y simbólica, que determinará el comportamiento de los personajes.

Nos detendremos en los pasajes de la novela que reproducen algunas de estas situaciones con la intención de destacar el desarrollo de los mismos, sus cambios de opinión, asimilación del discurso, estrategias en contextos diversos y cambios de comportamiento que denotan la realidad interna.

D. Quijote se organizará paulatinamente y perderá atrevimientos en la medida

que se adhiere a los discursos y proposiciones de Sancho asumiéndolos y comportándose de acuerdo a los valores implícitos del escudero. Los procesos afectivos, identificativos y relacionales son susceptibles de cambiar valores y comportamientos como la psicología dinámica ha demostrado a través del flujo de tensiones de la propia dialéctica comunicativa y de los flujos afectivos transferenciales y contratransferenciales que surgen en los procesos relacionales y terapéuticos, y que aquí tiene por “encuadre” los campos de Montiel preconizando una vez más, y en alguna medida las relaciones terapéuticas ecuestres futuras, en los comienzos de la terapia psicoanalítica.

Defendemos la hipótesis de que la aportación de Sancho es decisiva en el desarrollo de «sensatez» y cordura que adquiere el caballero a lo largo de la novela, para acabar, antes de finalizar la narración, en una clarificación de la distorsión que le lleva a la «muerte», al verse Alonso Quijano, sin posibilidad de ser y/o seguir siendo D. Quijote de la Mancha. Como resulta obvio, muere Alonso Quijano y no D. Quijote, pero se puede caer en la confusión de personaje con sujeto de la novela (Castilla del Pino 1989) asimismo es evidente que el personaje no puede morir superando al sujeto de la novela.

La novela pierde progresivamente a su desarrollo, sobre todo de la primera parte, el atrevimiento y genialidad de las divertidas aventuras del «caballero de la triste figura», para ganar aplomo y control el caballero.

La sensatez filosófica de Sancho cala esclarecedoramente en su amo y señor de tal suerte que dulcifica y equilibra la percepción de su distorsión, hasta el punto de ser, con su elocuencia, artífice eficaz de la cordura que paulatinamente impregna al caballero, quién se revela como fiel conductor, asistente personal, y psicólogo persuasivo. No es Sancho un terapeuta en el sentido que la moderna y/o clásica terapéutica podría situarle. Caeríamos en una generalización inexacta al colocarle en tan complicada y difícil tarea, para la cual no está preparado entre otras cosas, porque su discurso se sitúa, en ocasiones, en papeles similares de fantasía compartida, no obstante es persuasivo y sagaz y no contamina el «principio de realidad» proceso en el que Sancho tan cómodamente se encuentra e impregna progresivamente a D. Quijote.

Situémonos en el comienzo de la novela para atender al análisis del discurso y señalar cómo en los distintos entresijos de la novela, aparecen pautas interactivas transferenciales, afectivas discursivas, y el efecto que tienen sobre la personalidad de D. Quijote.

El autor nos presenta a D. Quijote leyendo libros de caballería identificándose con Tirante el blanco o Amadís de Gaula, y motivado en salir a la búsqueda de aventuras que le den fama y eterno nombre, por estas razones se hace caballero, poniendo nombre a su caballo e ideales a la dama, saliendo a los llanos de Montiel, y llegando a la primera venta que confunde con castillo, donde se nos presenta la primera ocasión de ver «confundirse» al viajero.

En esta venta después de velar las armas y ser armado caballero, recibe la idea del ventero, al que idealiza como alcaide del castillo, de lo necesario de un escudero, que se ocupe de la intendencia, las vituallas y menesteres varios, para afrontar las necesidades de toda aventura.

EL encuentro con los mercaderes toledanos le «ayuda» a volver a casa conducido por un vecino, tras la paliza recibida, y se recupera con los cuidados del ama y la sobrina, para realizar su segunda salida ya con escudero, honor que recae en su convecino Sancho.

En el desarrollo de la relación con Sancho, se va produciendo una dinámica, compleja vehiculada a través de la disertación, en un primer momento seductora, para animar a Sancho a emprender las famosas aventuras de las que sacará provecho y gloria.

Esta relación dialogal propiciará mutaciones en la forma idiosincrásica de instalarse los personajes de la novela, posiblemente a expensas de la propia intención del novelista. No se quiere señalar una identificación de caracteres, que no sólo no es real, ni siquiera deseable, dado que la novela perdería la universalidad de personajes opuestos que tan magistralmente representa Cervantes.

La relación afectiva de D. Quijote y Sancho se nutre de singulares soflamas que ambos intercambian a lo largo de sus conversaciones prolijas, e implica una negociación casi terapéutica, que conforma una consecuencia fenoménica doble, por un lado, Sancho va refinando su «cultura rural» (vigente en nuestra piel de toro) y por otro, va asimilando los códigos y elocuencia de la caballería andante, ganando en elegancia, refinamiento, y asumiendo lentamente, pero de forma inexorable, el síntoma de idealidad de Don Quijote. Cuya transmisión potencia la necesaria identificación y comprensión que le ayudará en la reparadora asistencia del «esforzado caballero».

Sancho necesita escuchar y aprehender consciente e inconscientemente las peroratas de su interlocutor, las claves concretas de las disertaciones del caballero y su sentido subjetivo, para más adelante señalar con aforismos, refranes y breves sentencias los límites de conducta exagerada en que las equivocaciones y fallos de lo real son abultadas, para el ojo del inigualable escudero.

D. Quijote perderá sus fantasías tornándose más cómodo y adaptativo en sus comportamientos en la medida que sufre tropiezos y frustraciones. Pero esto se produce más adelante, ya que, en esta salida como en la anterior, el cariz de las vivencias de D. Quijote presenta una distorsión clara: Las ventas son siempre castillos; las mesoneras y sirvientas, princesas y altas damas; las ovejas y carneros; extraordinarios ejércitos prestos para la lucha,(2) los molinos de viento; gigantes desaforados, las mulas; dromedarios, y la bacía de barbero; es indudablemente el yelmo de Mambrino o «baciyelmo» inicio de síntesis terapéutica señalada por Sancho, que todavía no puede imponer su construcción sobre la realidad fantaseada y magnificada, del hidalgo caballero...(3).



## I. CONDICIÓN DE «CABALLERO ANDANTE»

Para D. Quijote la presencia de la amada es una necesidad obligada, puesto que ésta lo es, de los «caballeros andantes». La sin igual Dulcinea es la más bella dama del orbe, a la cual atribuye D. Quijote múltiples dones, llegando a un esplendor que más adelante acepta ser obra de idealizado amor de caballero (conversación con Sancho en la madrugada del Toboso, y al serle cuestionada la realidad de Dulcinea por la Duquesa).

La energía libidinal de Don Quijote, sin genitalidad, se canaliza en la sublimación de su conducta, deshaciendo entuertos y endriagos, favoreciendo a viudas, desamparados y menesterosos, para lo cual no le arredra la lucha en bien de la justicia, una vez que se encomienda a los favores de la amada, en un trance de amor platónico y fantástico, evocando el dechado de virtudes de la doncella, hasta la irrealidad, (este discurso aumenta su valentía temeraria y vence la ansiedad ante la acción) pero suficiente y válida esta idealización para las funciones que precisa nuestro inefable caballero.

Alonso Quijano es un noble manchego pobre, de complexión recia, seco de cuerpo y enjuto de rostro; era bueno por recogimiento y vida ascética, ejerciendo tutoría sobre el ama, la sobrina, además del mozo de campo y el galgo, que acaba por perder su instinto cinegético y depredador, en la medida que su amo comienza a olvidarlos a todos y se obsesiona cada vez más centrándose en las lecturas de sus héroes y leyendas.

La atención a la heroicidad inalcanzable trae parejo el olvido de si mismo en lo cotidiano, además de aficiones y obligaciones de hombre de la época, presenta el ilustre insomnio, falta de apetito y de motivación, que no sea para las actividades que tengan que ver con la construcción mental de esforzado caballero andante, sumergiéndose sin tregua en los libros de caballería que más tarde acabarán en una hoguera en el patio, dirigida por el juicio sumarásimos del cura, el barbero, el ama y la sobrina.

D. Quijote (4) se ha nutrido durante largos días y noches de los libros de caballería. Esta preocupación e interés por la materia hace a sus paisanos reflexionar y tildarle de enajenado; más, cuando vende las fanegas de tierra para comprar libros. Hecho que no tiene por qué extrañar, ya que a pesar del cambio de vigencias sociales y el transcurrir del tiempo, el que hace lo mismo en la actualidad, difícilmente puede escapar a ese calificativo.

De tanto leer vino a perder el juicio: «le pasan las noches de claro en claro y los días de turbio en turbio; y así del poco dormir y del mucho leer se le secó el cerebro» (T.I Cp. I Pp. 88), perdiendo el juicio al tratar de calibrar las abigarradas razones y cartas de desafíos hallados en sus lecturas, como se manifiesta en el famoso requiebro:

«La razón de la sinrazón que a mi razón se hace, de tal manera mi razón enflaquece, que con razón me quejo de la vuestra fermosura».... (5). Estas y otras

intrincadas elaboraciones disponen al héroe a lanzarse a la reivindicación de su gloria, en la caballería andante.

D. Quijote en plena expansión angustiosa sale en busca de aventuras, que le den fama y eterno nombre. Su inferioridad personal enmascarada y la melancolía que sufría en su retiro son reactivamente compensadas para acabar presentando episodios persecutorios. Se hace acompañar de Sancho, testigo y confidente de sus andanzas, al cual contagia algunas de sus irrealidades, por fe ciega que le tiene su escudero. Este, a su vez, corrige en su amo los errores más gruesos que padece en la alteración perceptiva alucinada y que acabarán en el control de sus impulsos.

D. Quijote se equivoca por querer llevar a la práctica su bondad idealizada: hacer bien a todos es pecar de loco. El hidalgo, movilizado por los ideales caballerescos de justicia, se lanza al mundo de la acción dispuesto a socorrer desvalidos y necesitados, transformándose en D. Quijote de la Mancha o Caballero de la triste figura.

Al salir por las llanuras de la Mancha se produce el nacimiento del inefable caballero, imbuido de la ética caballerescas medieval, por la cual, no sólo quiere imponer al mundo su dimensión de justicia y equidad, sino cambiar, de paso, la realidad al dictamen de sus deseos.

D. Quijote tiene como móvil la impronta que debe regir al buen jurista y es el amor a la justicia. La injusticia y el abuso del débil le enfurecen y enrabieta en extremo, tanto como la risa y la mofa de su «sinrazón». Hasta tal punto esto es así, que se siente con la energía suficiente «in situ» de rectificarlo por la fuerza, o aplicando su discurso «moral» como sistema de control provocando la culpa inhibidora.

El paso de la fantasía a la acción, alimentada por la identificación caballerescas, es lo que nos habla de su impulso descontrolado, en cuanto quiere cambiar la normativa imperante por la vigencia que él considera oportuna (el quedarse en la fantasía y sus habitáculos nos hablaría de cierta distorsión en la emoción o si se prefiere de trastornos de la afectividad). Si hubiera canalizado el discurso en la denuncia de la injusticia social, hoy se le calificaría como «político honrado.»

D. Quijote divide su mente y sus percepciones acomodando la realidad a su propia interpretación, contaminada por la gesta mítico-medieval de los libros de caballería, (pero no estamos ante el caso de un esquizofrénico en el sentido clásico de la Psicopatología Diferencial). Fabrica su imaginación al punto y ritmo de sus lecturas, cayendo en dos fundamentales confusiones en la interpretación de las mismas, al no distinguir el mito de lo real:

- Considera como verdades histórico-existenciales los relatos de caballería.
- Valora como real la posibilidad de rescatar la vida anterior de caballero andante junto a su parafernalia, aplicándola al momento actual en el que vive.

Los fines que esta última premisa señala pudieran ser laudatorios, en la medida

que mejoraran las costumbres éticamente, pero lo que supone un desatino es pasar a la acción en la imposición de los mismos, por la fuerza de su «hercúleo brazo». Es en esta ansia donde el desatino y equivocación se constituyen como hecho, al tratar de someter el tiempo presente a las costumbres y normas del pasado, como en un «lecho de Procusto» imaginario.

Si la parte más señera de su confusión no se hubiera presentado impulsándole a la acción posiblemente se hubiera ensimismado en su casa de labranza por la melancolía generando miedos posteriores a la pérdida y pobreza, ahorrando hasta la tacañería...

En el análisis de la relación Quijote-Sancho tenemos que delimitar los diferentes elementos de personalidad que se decantan en ambos personajes y delinear los perfiles morfológicos y temperamentales de los mismos. Los protagonistas toman vida propia por su densidad personal, desarrollando perfiles de personalidad contrapuestos, tanto como lo sustentan sus características morfológicas.

## II NATURALEZA Y TEMPERAMENTO DE LOS PERSONAJES

La «constitución» hace referencia a la estructura corporal y psíquica de una persona; entendiéndose por «persona» lo más consistente y propio de cada individuo, y por «personalidad», la organización estructurada de su masa energética en orden a sus relaciones adecuadas con el entorno real (Cencillo: 1975). Por ello consideramos que el trastorno es de personalidad por lo tanto reversible, como la sagacidad de Sancho nos demuestra.

Los personajes centrales de Cervantes están plásticamente grabados en la mente del lector. Nadie puede confundir la figura de Sancho con la de D. Quijote. Ambos son expuestos en la novela como tipos humanos contrapuestos.

Sancho en la configuración mental del lector es pícnico y Don Quijote está catalogado como un sujeto mixto leptosomático-atlético. Es delgado, pero fuerte, con poco volumen muscular pero fibroso, dotado de gran resistencia al sufrimiento y al dolor. Las correrías y violencias a las que le hace enfrentarse Cervantes nos hablan de una magnificación cercana al heroísmo, pues en el peor de los casos le basta para sanar de palizas truculentas y heridas feroces el bálsamo milagroso de «fierabrás», que a Sancho hiciera vomitar las asaduras. Pero para fundamentar algunos de estos rasgos dejemos hablar al escritor: «Frisaba la edad de nuestro hidalgo con los cincuenta años. Era de complexión recia, seco de carnes, enjuto de rostro.» (T.I C.I Pp. 86).

En el episodio de los cueros de vino, que tan polémico resulta para los estudiosos, encontramos al caballero en estado de sonambulismo propio del comienzo y el despertar del sueño: «En camisa, la cual no era tan cumplida, que por delante le acabase de cumplir los muslos, y por detrás tenía seis dedos menos: las piernas eran muy largas y flacas, llenas de vello»... (T. I C. XXXV Pp. 418).

El bachiller Sansón Carrasco, convertido en el formidable caballero de los

espejos, la noche antes del desafío describe a D. Quijote como: «hombre alto de cuerpo, seco de rostro, estirado y avellanado de miembros, entrecano, la nariz aguileña y algo corva.» (T. II C. XIV Pp. 123).

A Sancho la gordura no le permite caminar con soltura, y cuando D. Quijote le invita a ser su escudero (a cambio de alguna Ínsula) Sancho sugiere el apoyo de un asno muy bueno que posee, pues no está adaptado para las caminatas por la Mancha: la talla y piernas cortas, unido al vientre prominente no le hacen ágil caminante. Tales biotipos se inclinan con facilidad a la comida: Sancho disfruta en soledad comiendo sin refinamientos, siendo mejor y más apetecible para él comer pan y cebolla que los manjares o «Gallipavos de otras mesas donde me sea forzoso mascar despacio, beber poco, limpiarme a menudo, no estornudar ni toser si me viene en gana, ni hacer otras cosas que la soledad y libertad traen consigo» (T.I C.XI Pp. 157).

Al individuo pícnico le atrae la comida con vehemencia, tiende a adquirir positivamente los «objetos», y la apropiación más íntima y radical se vehícula en la deglución. Introducir el alimento en la boca resultado del encariñamiento oral para que forme parte del yo liberando energía propiciadora de vida, se revela como mecanismo sumamente placentero y erotizado más que necesario.

A su amo le sobra el alimento. En contraposición le atrae más la sobremesa que los alimentos, del mantel prefiere la comida frugal y valora más los coloquios y pláticas que acontecen después de la comida parca. Precisamente por ello es representado con la mente ágil para desarrollar brillantes elaboraciones, como en el «discurso de la edad de oro»: «Dichosa edad y siglos dichosos aquellos a quien los antiguos pusieron nombres de dorados, y no porque en ellos el oro... se alcanzase...» (T.I C.XI Pp.157).

Desatino y/o cordura de D. Quijote y Sancho es un proceso recurrente, la cuestión de la problemática mental de los ilustres personajes, su grado de fantasía o deterioro de realidad, ha sido considerado y valorado de distintas formas; para algunos han sido considerados como perturbados por el hecho de compartir sueños o fantasías en el deambular de los campos de Montiel. Este viaje de aventuras (Serrano Vicens1966) da pie a lo que algún autor han denominado «locura compartida», síntesis que aún seriamente fundamentada por (Crespo 1988 p,145) no consideramos haga justicia a la complejidad, riqueza y diversidad interactiva de los protagonistas, ya que, al leer en varias y distanciadas ocasiones la obra no surge la preocupación, y drama de locura y caos, más bien produce y frecuentemente risa y divertimento, unido a tristeza, pareciera que Cervantes está de broma en múltiples partes de la misma Torrente Ballester (1975), o que trata de escapar del encierro triste al que esta sometido, más que preocuparse de realizar unos personajes enajenados. En la novela no hay locura que no anide en el sujeto normal, la locura o psicosis, no la habita el que quiere sino el que puede, como señala Lacan, y D. Quijote cabalga en una fantasía elevada que no controla por momentos, alejándose

de ese estado, para transitar por otros espacios emocionales, discursivos y comportamentales, eruditos y sabios, en los que la capacidad cognitiva y razonadora esta perfectamente organizada, como nos presenta el autor de forma frecuente.

La visión de dos enajenados por la Mancha, es hiperbólica, al reducir la totalidad a uno de sus componentes, ya que, de ser cierto esto, implicaría una escisión o deterioro global determinante de los personajes, en la medida que el delirio fuera constante, pero es necesario tener en cuenta otros elementos de la personalidad que no están deteriorados en los protagonistas. Además después de Freud y de la elaboración de los mecanismos de defensa por parte del yo, se advierte una perspectiva clara, sobre la inexistencia de una separación radical entre lo normal y lo patológico.

Los personajes manejan atinadamente registros cambiantes de relación, pensamiento, cognición, comunicación y praxis como en el pasaje en el que D. Quijote le presenta a Sancho un «pagaré», para que le sea entregado a su llegada al pueblo tres pollinos en recompensa a sus sacrificios y pérdidas, carta que no firma el hidalgo, a pesar de que Sancho insiste en que lo así lo haga. Señalando astutamente D. Quijote que al reconocer su letra le harán efectivo lo allí expresado, D. Quijote tiene un desajuste de personalidad pero tocante a las cuestiones de pertenencia se muestra prudente como el hombre más cabal y previsor de los hombres «cuerdos».

Sancho por otro lado, distintamente que su señor, ni puede, ni quiere estar loco o trastornado, por raro que nos parezca la aventura en la que se embarca, y ni siquiera después de recibir, ¡ doblones o pollinas al perder el rucio !, o viniendo a gobernar la ínsula pierde el tino, que demuestra una vez más por la pluma de Cervantes, sensatez encomiable, para regocijo y admiración no sólo del lector atento sino del mismísimo D. Quijote, que naturalmente una vez más, es capaz de discernir y discurrir lo atinado del arte de gobernar, en las máximas dedicadas a Sancho, antes de partir a tan noble como imposible tarea.

La locura de los protagonistas no hace justicia a la complejidad de la interacción de los personajes con su contexto; debido a ser la distorsión una parte de la totalidad psicológica del humano que se formaliza en una interacción abierta y cambiante, cuya dinámica influye en distintas posiciones circulares de control, descontrol y confusión. De ahí que sea tan difícil paralizarlas en la ejercicio cotidiano con estrategias lineales o mecánicas de cualquier signo, que no prevean la interacción multinivélica y factorial cambiante de contenido bio-psico-social, ya que, ambos personajes por ser representante de sujetos humanos, vienen a ofrecer una profundidad y riqueza dinámica inabarcable para la narrativa polisémica del texto, y para la limitación de su reconstrucción o hermenéutica.

El desatino, lo que habla de comportamiento desadaptado, o extravagante, tiene que retrotraerse a las vigencias cambiantes del contexto cotidiano, en este caso querer imponer las vigencias perdidas de la caballería al contexto de un tiempo posterior. Si elevamos esencialmente este elemento, rasgo de personalidad, o

síntoma, de un sujeto a la categoría de totalidad reduciéndolo a individuo globalmente carente, basándonos en la aceptación de su rol sufriente, o diferente, porque exprese zozobra, alucinación, tristeza, o melancolía, reducimos una parte al todo, o lo que es lo mismo pasamos por el tamiz de un registro, una totalidad diversa e interactiva, pecando de la tendencia abusiva a la patologización que como sabemos genera angustias mayores y gratuitas en quiénes se comete el error de descubrirles cuestiones «parciales» sobre su intimidad.

A los actores de la novela no se les puede encasillar en una relación de «locura compartida», aunque haya indicios. La tendencia de reducir a elementos explicativos de cada observador reduce la disonancia cognoscitiva de los señalamientos que posteriormente conforman la teoría implícita, imponiendo la reconstrucción de una realidad distinta; si perdemos de vista la totalidad del sujeto potenciando lo destructivo de lo inconsciente y patologizamos en exceso, ofrecemos de esta manera una idea de inconsciente compiladora exclusivamente de perversidades, confirmando bajo la interpretación del análisis aplicado, la profecía auto cumplida de Roshental; aquello que esperamos encontrar aparece, y deviene multiplicado en material, que oculta consecuentemente otra producción o realidad genuina diferente; esto tiene la falsa ventaja de que evita la ansiedad de lo desconocido e imprevisible de la escucha abierta.

La locura habita en los referentes irracionales que dan vida a la razón del sujeto denominado «normal». No está en los otros pese a Sartre sino en y con Freud dentro de cada cual, como la psicopatología de la vida cotidiana nos enseña habitualmente, sin olvidar por ello las crisis o estados agudos, o crónicos, en que los individuos precisan distintos tipos de ayuda y contención.

En clínica observamos que los pacientes no se comportan desatinadamente en la totalidad de sus roles e interacciones, por muy deteriorados que se encuentren, son capaces de relaciones productivas también, dependiendo de distintos tempos, con ayuda de fármacos y sin ellos, los pacientes en ambientes hospitalarios realizan trueques, juegos, divertimentos, servicios de jardinería a cambio de dinero, para conseguir como los sujetos sanos, tabaco, bebidas, favores y privilegios; así mismo pueden realizar labores artísticas para obtener libertades y distinciones del resto del grupo social, engañan y se burlan de cuidadores, compañeros, pacientes y personal sanitario, desvalorándolos por su falta de lucidez o clara incomprensión de su realidad, cuestionando con dichas actitudes su exagerada locura y poniendo en tela de juicio los comportamientos de los demás, por lo que es sabido que el cuerdo pasa a veces por enajenado y el distorsionado por sano.

### **III. INFLUENCIAS E INTERACCIONES EN LOS PERSONAJES PRINCIPALES**

No es una cuestión baladí atender a cómo a lo largo de la novela se generan determinados cambios de conducta en sus personajes centrales, que a nuestro juicio,

no pueden ser bien entendidos sin considerar la relación transferencial que se desarrolla entre los personajes señalados de la novela.

Transferencia entendida como el proceso afectivo y emocional que proyecta D. Quijote en Sancho Panza y recíprocamente contratransferencia, esto es, la respuesta que tiene en Sancho esta interacción, Freud (1915); pero esta interacción no sólo se genera como vehículo discursivo, Lacan (1977) Mannoni (1985) sino así mismo, como «dinámica proyectiva, emocional, desiderativa inconsciente» Cencillo (1988) Ortiz Oria (1989), que va conexionando a la pareja hasta producir una vinculación afectiva, Bowlby (1986) unida por fenómenos de amor y odio que generan transferencia positiva y negativa como nos recuerda la psicología dinámica y algunos autores después de Freud como; Balint (1933); Fenichel (1966); Sandler (1986) Racker (1986); Etchegoyen (1986); Cencillo (1988); Castilla (1991); proceso doloroso de separar, como reflejan los siguientes episodios de la novela:

Cuando Sancho se va a gobernar la Ínsula, después de los últimos consejos de Don Quijote, éste se siente deprimido y la Duquesa, notando el cambio de sentimientos, le ofrece todo lo que necesite en escudería y servidumbre; ofrecimiento que es rechazado por D. Quijote, quien se retira a meditar su soledad en silencio.

Elaborar el duelo de la pérdida es necesario y útil para el crecimiento personal como nos recuerda Freud (1917). No olvidemos que Freud fue lector de Cervantes (6) y se identifica con D. Quijote como señalan García de La Hoz (1988) y Grinberg (1989).

De manera análoga, siente Sancho emociones oscilantes cuando deja el gobierno de su ínsula, y acude a buscar al caballero andante para relatarle sus sinsabores, prefiriendo la servidumbre de fiel escudero a los gobiernos de otras ínsulas o provincias, a pesar de ser tan deseadas en otros momentos previos de la salida y de la inextricable relación que les une.

El afecto y la influencia de los dos personajes es evidente a esta altura de la novela: D. Quijote de forma decisiva, va controlando sus desatinos influenciado por la claridad de las ventajas prácticas que tan evidentemente maneja Sancho.

D. Quijote, hombre imaginativo y fantástico, no posee especial capacidad para las situaciones elementales en las que se desenvuelve la existencia. Su imaginación caballerescas no le permite acceder al «principio de realidad», pero poco a poco se ve influenciado por los postulados de su escudero Sancho, al hilo de la relación transferencial-contratransferencial, que, con sus afectos y emociones inherentes, va a modificar la forma de ver y entender el mundo que le aporta el entender de su escudero.

Este fenómeno es recíproco. La fantasía e idealización caballerescas también hacen presa en el cuadro axiológico y existencial de Sancho, debido a la resonancia contratransferencial, Heimann (1950); Greenson (1976); Coderch (1987); Thöma y Kächele (1989); Por otro lado, la prudencia y buen juicio que ha adquirido Sancho en la escuela de la caballería-escudería andante, al lado de su señor, se sedimentan

y son devueltos a D. Quijote con especial sensatez esclarecedora.

Atendiendo a la transacción del discurso y al mundo emocional que concita y tiene lugar a lo largo de las aventuras que recorren unidos, advertimos cómo D. Quijote, va desenvolviéndose en progresivas aventuras con más cordura a lo largo de la segunda parte de la obra. En el inicio, las gestas y hazañas salen a su encuentro porque él va a buscarlas. En la segunda parte que no coincide siempre y exactamente con la de la novela, los hechos son provocados mayormente por otros personajes: el bachiller Carrasco, los Duques...

Los engaños sensoriales primeros se atenúan: las ventas son ventas y no castillos, las rebaños son rebaños y no formidables ejércitos... La misma Dulcinea se transforma en la mente de D. Quijote, llegando a señalar que nunca la ha visto y sólo la conoce de oídas. Lógicamente la aceptación de Aldonza Lorenzo en su realidad, hubiera supuesto la claudicación como caballero, y el fin de la novela.

Los comportamientos del caballero van perdiendo fuerza y fantasía, careciendo de esa desmesura que le caracterizó en la primera parte. En estos momentos se «controla» por la persuasión de su escudero, y por la realidad de los hechos y circunstancias que van produciéndose; prueba de ello lo muestra el autor:

«Y en esto llegan a la venta, a tiempo que anochecía, y no sin gusto de Sancho por ver que su señor la juzgó por verdadera venta, y no por castillo como solía.» (T. II. C. XXIV Pp. 214) La cordura se impone lentamente ya que no confundirá más las ventas con castillos.

D. Quijote empieza a prestar atención a su «discurso», cuando puede darse cuenta de los múltiples errores en los que cae, por no seguir los señalamientos y consejos del escudero. Este es el caso, entre otros, de la liberación de los galeotes, que se había producido en contra de las advertencias de Sancho. Don Quijote, que había hecho oídos sordos de tales advertencias, las recordará después como atinadas y prudentes en estas frases:

*«Siempre Sancho lo he oído decir, que el hacer bien a villanos es echar agua a la mar. Si yo hubiera creído lo que me dijiste, yo hubiera escusado esta pesadumbre; pero ya está hecho; paciencia, y escarmentar para desde aquí adelante. Así escarmentará vuestra merced -respondió Sancho- como yo soy turco; pero, pues dice que si me hubiera creído se hubiera escusado de este daño, créame ahora y excusara otro mayor; porque le hago saber que con la Santa Hermandad no hay usar de caballerías; que no se le da a ella por cuanto caballeros andantes hay dos maravedís...» (T.I C.XXIII Pp. 270).*

Replica D. Quijote esforzadas razones (racionalización del discurso) sobre su conducta, y que no por cobardía partía sino por seguir sus consejos, pues él se enfrentaría a los mismísimos hermanos Macabeos, a lo que le replica Sancho:

*«Señor, que el retirar no es huir, ni el esperar es cordura, cuando el peligro sobrepuja a la esperanza, y de sabios es guardarse hoy para mañana, y no*



*aventurarse todo en un día...así que no se arrepienta de haber tomado mi consejo que el caletre me dice que hemos menester ahora más los pies que las manos.»* (T.I C. XXIII Pp. 271).

Estos consejos serán aprendidas por D. Quijote de manera ejemplar, y puestas en funcionamiento en la sin par aventura de la disputa de los lugareños del estandarte asnal.

La actitud de D. Quijote para su escudero, es muy distinta acatando sus consejos e incluso elogiándole, a cuando al principio de la novela, con tolerancia socrática-terapéutica soportó Sancho toda clase de amenazas, insultos, e incluso golpes de su enfurecido señor, *«acting-out»*,

La influencia de Sancho aumenta, hasta el punto de que D. Quijote seguirá las pautas de comportamiento que aquél señala; como aparece reflejado en el paseo del Toboso.

Después de haber pasado la noche en plática le invita Sancho a salir para que el sol no se les coja dentro del pueblo; a lo cual responde D. Quijote:

*«Has dicho Sancho, mil sentencias encerradas en el círculo de breves palabras, el consejo que ahora me has dado lo apetezco y recibo de bonísima gana»* (T. II C. IX Pp. 91).

Tomaron ambos el camino de la floresta donde se emboscara D. Quijote, y Sancho prosiguiera la búsqueda de la dama.

#### **IV. SOSEGAMIENTO DE LA NATURALEZA**

Transcurrido el acontecimiento relatado, acontece en la novela un hecho singular, en la medida en que refleja, con certeza, el cambio de posiciones en la valoración de la realidad. El citado hecho acontece en la historia de los faranduleros que iban en la carreta de las Cortes de la Muerte.

La persuasión lúcida del escudero ha conseguido que D. Quijote, preparado y dispuesto para la lucha, ceje en el empeño de exigir justicia.

Este episodio es importante, ya que será la primera vez que D. Quijote, encontrándose en línea de combate, se deja convencer por las argumentaciones de su asistente. Es Sancho quien, ante los acontecimientos difíciles y las decisiones importantes, tiene capacidad de convencimiento; esto no lo consigue el cura, ni el ama, ni los caballeros, ni los duques, o sus sirvientes...

Viendo el escudero que las gentes de la carreta se colocan en formación ofensiva ante las voces de su amo, le señala la locura de la empresa y la temeridad que supone acometer un hombre solo a un ejército donde se reúnen emperadores y reyes, junto a los que se encuentra la muerte, y donde no existen caballeros andantes para entablar reñido combate.

El conocimiento Cervantino de la naturaleza humana es prodigioso. Fijémosnos la finura en la enunciación del “terapeuta”, Sancho al colocar la cadena semántica razonada con los argumentos de su compañero de viaje, utilizando así la

lógica oportuna para fortalecer la prevención.

En estos términos expresa la respuesta el «magnánimo caballero»:

*«Ahora si has dado, Sancho, en el punto que puede y debe mudarse de mi ya determinado intento. Yo no puedo ni debo sacar la espada, como otras veces muchas te he dicho contra quién no fuera armado caballero. A Ti, Sancho, toca, si quieres tomar la venganza del agravio que a tu rucio se le ha hecho; que yo desde aquí te ayudaré con voces y advertimientos saludables. (Aquí Don Quijote no tiene en cuenta, u olvida, la ofensa del bufón de las vejigas, que asusta a Rocinante y da con su cuerpo en el suelo). No hay para qué, señor tomar venganza de nadie, pues no es de buenos cristianos tomarla de agravios... Pues esa es tu determinación Sancho bueno, Sancho discreto, Sancho cristiano, y Sancho sincero, dejemos estas fantasías y volvamos a buscar mejores y, más calificadas aventuras...» (T. II. C.XI. Pp. 107).*

Asimismo nos encontramos con un pasaje de la novela que especifica el cambio de D. Quijote, y donde aparece un correlato claro en el «discurso emocional». Es la historia del alegato que dirige a los lugareños, que entraban en disputa enarbolando el estandarte del borrico con la lengua fuera, en acto de roznido, alrededor del cual estaban escritas estos osados versos: «No rebuznaron en balde el uno y el otro alcalde».

Tal era la agilidad y verborrea con la que trata de mediar D. Quijote en el enfrentamiento de los dos pueblos que hizo rebuznar a Sancho, para que advirtieran los allí reunidos que él era también un magnífico orador de policroma nota, emulando al pollino más fornido, privilegiado y filarmónico, de todas las manadas de jumentos que en la Mancha hubieran nacido. Rebuznó Sancho con tal concentración y entusiasmo que uno de los presentes creyéndose ridiculizados, «alzó un varapalo que en la mano tenía, y dióle tal golpe con él que dio con Sancho en el suelo. D. Quijote, que vio tan mal parado a Sancho arremetió al que le había dado...» (T. II, C. XXVII, Pp. 239).

Pero al ver la lluvia de palos, piedras y arcabuces con la que los compañeros le recibían, huyó presa de miedo a que una de aquellas balas asesinas no le entraría por la espalda, mientras Sancho se quedaba cubriendo la retaguardia y recibiendo una paliza tremenda.

La conducta del hidalgo en esta aventura es indigna para la ética y valor de un caballero andante, ya que ataca a sujetos que no son armados caballeros y además huye. Sin embargo, después de esta conducta impropia (pero atinada en un sujeto que gana cordura), cuando Sancho regresa le refiere aún estos reproches agresivos como defensa de su culpabilidad:

*«Tan en mala hora supistes vos rebuznar, Sancho. Y ¿dónde hallaste vos ser bueno el nombrar la soga en casa del ahorcado? A música de rebuznos, ¿que contrapunto se había de llevar sino de varapalos? Y dad gracias a*

*Dios, Sancho que ya que os santiguaran con un palo no os hicieran el persignum crucis con un alfanje. No estoy para responder, porque me parece que hablo por las espaldas. Subamos y apartémonos de aquí, que yo pondré silencio en mis rebuznos; pero no en dejar de decir que los caballeros andantes huyen y dejan a sus buenos escuderos molidos como alheña o como cibera, en poder de sus enemigos» (T. II, C.XXVIII, Pp. 242).*

Pero D. Quijote, asimilando el discurso de Sancho a la perfección le replica las sabias enseñanzas que invocará Sancho en la primera parte de la novela movido por el miedo de la aparición de la Santa Hermandad:

*«No huye el que se retira, porque has de saber Sancho que la valentía que no se funde sobre la base de la prudencia se llama temeridad, y las hazañas del temerario más se atribuyen a la buena fortuna que a su ánimo. Y así yo confieso que **me he retirado, pero no huído**, y en esto he imitado a muchos valientes, que se han guardado para tiempos mejores.»*

Esta historia muestra cómo se ha dado en D. Quijote una flexibilidad en sus concepciones, como utiliza sistemas de defensa de neuróticos, corrientes como la racionalización, proyección, y negación esforzada, asimilando los códigos escuderos más prácticos y de menos peligro.

Convendremos que en la pluma del escritor el caballero gana sentido del humor y lucidez, que le reporta soluciones más prácticas y menos conflictivas, a estas alturas de la narrativa y de su experiencia como caballero.

Sancho, escudero fiel, amigo, confidente y tal vez organizador psíquico, sigue al lado de su señor. Al salir de Barcelona pasan por el lugar donde fuera vencido por el caballero de la Blanca Luna y al oír las quejas y ver la congoja de D. Quijote le dice para consolarle:

*«Tan de valientes corazones es, señor mío, tener sufrimiento en las desgracias como alegría en las prosperidades, y esto lo juzgo por mi mismo, que si cuando era gobernador estaba alegre, ahora que soy escudero de a pie no estoy triste. Porque he oído decir que esta que llaman por ahí Fortuna es una mujer borracha y antojadiza, y, sobre todo, ciega, y así, no ve lo que hace, ni sabe a quién derriba, ni a quién ensalza. Muy filósofo estás, Sancho; muy a lo discreto hablas; no se quién te lo enseña...»*

Reconoce la culpa D. Quijote en su impulso, al no valorar el grandor del caballo de la Blanca Luna, pero admite sensatamente la capacidad de los hombres de la realización de su propia suerte: «Yo lo he sido de la mía, pero no con la prudencia necesaria, y así, me han salido al gallarín mis presunciones.» (T. II. C. LXVI. Pp. 527).

Tarde y en buena lógica otorga razón una vez más a las repetidas advertencias de su escudero, pero si hubiera hecho caso en el momento que éste las formula no hubiera sido D. Quijote y no se hubiera escrito la historia tan aleccionadora, ya que,

esta sentencia revela en el caballero una decisión de vivir de acuerdo a sus creencias aún a expensas de sufrimientos y derrotas que son el precio de la libertad, decisiones que nadie puede tomar y realizar por otro, más que el individuo que vive su propio destino.

Al final de la novela, en su decadencia, bajo de defensas y vencido por las adversidades frustrantes y las persuasiones va haciéndose cuerdo, camino de su aldea, es cuando cifra lo que de loco va quedándole en ser un pastorcillo de ovejas, cantor de endechas y aficionado a la música de las gaitas zamoranas y de albogues. Don Quijote pierde el ánimo, ya no puede sostener el espíritu dolorido en un cuerpo debilitado por las hazañas tremendas realizadas rayanas en el heroísmo.

Ataca a Don Quijote una fuerte calentura (7) que le devuelve paradójicamente la cordura, pero le precipita en las horas postreras de su vida por melancolía y tristeza de verse Alonso Quijano, y no poder salir en busca de aventuras con el mejor escudero que tuvo nunca caballero andante.

No le quedan fuerzas más que para volver a su lucidez, pedir perdón por sus desvaríos hacer testamento y desmayarse con frecuencia. Royo Villanova (1905)

Cervantes tenía que solucionar el final de su personaje y artífice y lo hace propiciando la muerte de Alonso Quijano, Castilla del Pino (1989) quien por otra parte permite la existencia del personaje para poder finalizar la novela, pero la muerte del sujeto es inmortalidad del personaje que posibilita distintas identificaciones en los sujetos presentes y venideros. Al morir Quijano, Don Quijote pasó para siempre al reino de la inmortalidad, como los hechos y andanzas heroicas de Montiel, Barcelona, o para soñar en la cueva de Montesinos (8)... y sigue vivo en la mente de los hombres y en la idealidad ética de sus andanzas Ortega y Gasset (1982).

Quien lee el Quijote no puede pensar que sea un personaje de ficción, no se concibe el que no existió D. Quijote un día, y si llega a la frustrante convicción de su mítica y fabulación, ahí están sus andanzas y hazañas para sentirse uno mismo Alonso Quijano el bueno, convertido en D. Quijote de la Mancha personaje ideal, dispuesto a desfacer entuertos, socorrer doncellas y viudas, ayudar a los menesterosos y desposeídos.

D. Quijote no muere al fin de la novela para dar una configuración e identidad a sus seguidores de hazañas, para crear una filosofía de la vida, un héroe irreal que el común de los sujetos emulan en distintas ensoñaciones y comportamientos cotidianos.

Cervantes, D. Quijote y Sancho son tres «hombres buenos» y uno a la vez, forman rasgos y elementos de la estructura de personalidad que todos poseemos en múltiples facetas y rasgos, los personajes son tan humanos que devienen de los mejores sujetos entre los humanos, configuran personas inolvidables en la novela, como han hecho notar otros autores, y corresponden a mitos sociales, tipos universales que poseen emociones, sentimientos, pasiones, conciencia, actividad

psíquica y un gran sentido del humor..., que serán válidos como reflexión y contraste, mientras el hombre siga existiendo en este lugar que no es dado para vivir, y pretenda seguir siendo humano.(9)

## NOTAS

- 1) Entre los autores que han desarrollado reflexiones sobre la novela de Cervantes cabe destacar pensadores de la talla de Ortega y Gasset, Miguel de Unamuno, Royo Villanova, Madariaga, Laín Entralgo, Luis Rosales, Torrente Ballester, De Riquer. En el campo de la psicología y la psiquiatría se ocuparon autores como Esquirol, Louveau, Gutierrez Noriega, Vallejo Nájera. El mismo Freud aprendió castellano para leer la novela de Cervantes. También han dedicado reflexiones, de importante implicación en la psicología dinámica autores como Grinberg (1984), Crespo (1988)...
- 2) En el cap. XVIII aparece la narración de los caballeros que se encuentran en formación para el combate, enmascarados en la nube de polvo del rebaño de ovejas, esta descripción configura uno de los fragmentos más hermosos, barrocos y delirantes en los que Cervantes hace gala del conocimiento de la famosa literatura de caballería que tanto enarbolaba a D. Quijote y cuyo comienzo señala: «Aquel caballero que allí ves de las armas jaldes, que trae en el escudo un león coronado, rendido a los pies de una doncella, es el valeroso Laurcalco, señor de la Puente de Plata...»CP. XVIII -217
- 3) En la mayoría de las distorsiones severas de personalidad se da un dato curioso y radica en el hecho de que los personajes, a los que se coloniza identificativamente, no son personas que tengan escasa relevancia social: abarroteros, peones, carniceros, lecheros, albañiles, canasteros; sino que por el contrario la idealidad del yo distorsionada, se fija en personalidades célebres de la historia, reales o imaginarias: Mambrinos, Alejandros, Napoleones, Pentapolines, Alifanfarrones...
- 4) Cervantes pasó algún tiempo meditando cual podía ser el nombre del ilustre caballero, conviniendo al final denominarle «Don Quijote de la Mancha». La partícula «Don», en la época que se escribe la novela, era atribuida únicamente a personas de alto rango. Ni siquiera al mismo Cervantes le pasó por la cabeza distinguirse con este señalamiento pues suponía presunción, y mofa, señalada como consecuencia del atrevimiento. La calificación de «Don» a nuestro hidalgo caballero refrenda la sutil broma que el tiempo nos enmascara, pero no la costumbre de la época ni la intención del escritor (M. de Riquer:1986). Así mismo, la palabra Quijote esta formada por el sufijo «ote», que en castellano connota humor e hilaridad, unido al apellido «Quijano» o «Quijana», derivando en «Quijote»; orientado e inspirado en la del «hidalgo Camilote» (Alonso. D. 1933). En el uso popular, la palabra Quijote se utiliza para calificar la persona que está siempre dispuesta a intervenir en asuntos que no le conciernen (defensa de la justicia...). No se usa normalmente como metáfora positiva, y corrientemente connota desprecio hacia la persona que se califica como tal. Quijote asimismo se denomina a la parte de la armadura que cubre el muslo, y a la parte superior de las ancas de las caballerías. (Moliner, M.:1983)
- 5) Esta manera «afectada» de escribir, que Cervantes intenta parodiar, se ve reflejada en célebres párrafos, como el del «rubicundo Apolo», en el que D. Quijote expresa:  
*«Apenas había el rubicundo Apolo tendido por la faz de la ancha y espaciosa tierra las doradas hebras de sus hermosos cabellos,...., que, dejando la blanda cama del celoso marido, por las puertas y balcones del manchego horizonte a los mortales se mostraba, cuando el famoso caballero don Quijote de la Mancha, dejando las ociosas plumas, subió sobre su famoso caballo Rocinante, y comenzó a caminar por el antiguo y conocido campo de Montiel.»*  
(La obra que se está citando corresponde a la edición de Don Quijote de la Mancha, en Cátedra. 1977. T.I Cp.l. Pp. 86).
- 6) El contacto de Freud con Cervantes aparece narrado por el mismo en una carta del 7 de febrero de 1984 que leyendo con su amigo Silverstein el coloquio de los perros se asignan los nombres de

Cipión (Freud) y Berganza (Silberstein) en la que Berganza cuenta su vida en la penumbra a Cipión el que escucha y mantiene una actitud orientadora perfectamente adecuada al carácter de Freud viendo Grinberg (1989) una identificación con el papel de Cipión germen muy acabado de la relación del psicoanalista y el psicoanalizado que pone en funcionamiento Freud con el método catártico en las primeras experiencias con la histeria.

- 7) Se ha pensado durante mucho tiempo que las calenturas podían curar la locura. De ahí la feliz idea del autor de la novela al procurarle fiebres altas, cuando regresa al Toboso, para sanarle la locura (La calentura la locura cura) y caer enfermo con desvanecimientos y alteraciones cardiacas (Goyanes: 1932).
- 8) En el episodio en que D. Quijote baja atado a la cueva de Montesinos da una explicación a un ensueño vívidamente experimentado por el enrarecimiento del aire en el fondo de la cueva que ocasiona que D. Quijote reaccione con obnubilación y sueños anóxicos.
- 9) No sería extraña la influencia que tiene el símbolo del Quijote en el inconsciente y memoria colectiva de un pueblo que lo produce, y en ocasiones realiza comportamientos altruistas y desinteresados, típicamente quijotescos. Unamuno (1985)

## Referencias bibliográficas

- ALONSO, D. (1933). «El hidalgo Camilote y el hidalgo Don Quijote» *Revista de Filología Española*. XX. 1933. Pp. 391-397 y XXI 1934. Pp. 283-284.
- BALINT, M. (1933.) *On transference of Emotions Primary Love and Psychoanalytical Technique*. Londres. Tavistock.
- BORGES, J.L. (1977) "Otras inquisiciones" En *Obras Completas (1927-1977)* Buenos Aires. Ultramar. Pp. 667-668.
- Bowlby, J. (1986.) *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid. Morata. Orig. (1943)
- CASTILLA DEL PINO, C. *Patografías* Madrid: Siglo veintiuno. 1991
- CASTILLA DEL PINO C. (1989) "La "muerte" de Don Quijote". *Anthropos*. Don Quijote de la Mancha Pp 60-64 Barcelona. Anthropos.
- CENCILLO, L.(1975). *Dialéctica del concreto humano*. Marova. Madrid.
- CENCILLO, L. (1988). *Interacción y comunicación*. Amarú, Salamanca.
- CERVANTES, M. (1977). *Don Quijote De La Mancha*, I.II. Ed. Cátedra. Madrid.
- CODERCH, J. (1987) *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona. Herder.
- CRESPO, L.F.(1988) *Paradojas y metamorfosis de los Esquizofrénicos*. Madrid. tecnipublicaciones.
- DE MAEZTU, R. (1938). *Don Quijote, Don Juan y La Celestina*. Espasa-Calpe. Madrid 12ª edición.
- DE RIQUER, M. (1986). *Aproximación al Quijote*. Ed. Teide. Barcelona..
- DE UNAMUNO, M. (1985). *Vida de Don Quijote y Sancho*. Espasa-Calpe. Madrid. 18ª edición.
- ETCHEGOYEN, H. R.(1986) *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires. Amorrortu.
- FENICHEL, O. (1966) *Teoría psicoanalítica de las neurosis* Buenos Aires. Paidós.
- FLORES ARROYUELO, F. (1979). *Alonso Quijano, el Hidalgo que encontró el tiempo perdido*. Murcia.
- FREUD, S. (1915) *Lecciones de Introducción al Psicoanálisis V. 6* Obras Completas. Índices temáticos 9 vols. Madrid. Biblioteca Nueva. Pp 2391y ss.
- FREUD, S. (1917) *Duelo y Melancolía V. 6* Obras Completas. Índices temáticos 9 vols. Madrid. Biblioteca Nueva. Pp. 2091y ss.
- GARCÍA DE LA HOZ, A. (1985) «Cervantes Freud un vínculo a través del tiempo». *Revista de psicoterapia y psicología social aplicada* Vol. 38. pp 565-580. Madrid.
- GOYANES, J. *Tipología de El Quijote*. Ed. Aguirre. Madrid
- GRINBERG, L.(1989) *Introducción a la teoría psicoanalítica* Madrid. Tecnipublicaciones.
- GRINBERG, L. AND RODRIGUEZ, F. (1984.) *The Influence of Cervantes on The future creator of Psychoanalysis* *Int. J. Psycho-Anal.* 65. pp.155-168.

- GREENSON, R.R. (1976) *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México. Siglo XXI.
- HEIMANN, P. "On Counter-Transference". *Inter.Journn.of Psych.* 31pp 81-84 1950.
- HILBORN, H. "Lo subconsciente en la psicología de Sancho Panza" *Studia Ibérica*. Pp. 267-280.
- LACAN, J. (1977) *Los Cuatro Conceptos del Psicoanálisis*. Barcelona. Barral.
- MADARIAGA, S. (1978). *Guía del lector del «Quijote»*. Ed. Espasa-Calpe. Madrid.
- MANNONI M. (1985) *Un Saber que no Sabe*. Barcelona. Gedisa.
- MOLINER, M. (1983). *Diccionario de uso del Español*, Ed. Gredos. Madrid.
- ORTEGA Y GASSET, J. (1982). *Meditaciones Del Quijote. Ideas sobre la Novela*. Espasa-Calpe. Madrid 4ª edición.
- ORTIZ ORIA, V. (1989). «Aproximación al fenómeno de la transferencia en la obra psicoanalítica de Luis Cencillo». En Sosa, N.M. y Ortiz, V. (Eds.); *Entre las Ciencias Humanas y la Etica*. Universidad de Salamanca, pp. 97-109.
- RACKER, H. (1986) *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Barcelona: Paidós
- ROMERO FLORES, H. (1951). *Biografía de Sancho Panza*. Ed. Aedos. Barcelona..
- ROYO VILLANOVA, R. (1905). «Don Quijote y la locura.» pp. 221-249.
- SANDLER, J. (1986) *El paciente y el psicoanalista* Paidós. Barcelona.
- SERRANO VICENS, R. (1966) *Ruta y patria de Don Quijote*, Madrid Estados.
- THOMÄ, H. KÄCHELE, H.. (1989.) *Teoría y práctica del psicoanálisis* Barcelona: Herder.
- TORRENTE BALLESTER, G. (1975). *El Quijote como juego*. Ed. Guadarrama. Madrid.

## 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.



# INDICE GENERAL AÑO 2004

## Nº 57 EL LEGADO HUMANISTA

IN MEMORIAM: JAUME SEBASTIÁN CAPÓ

FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS DEL PSICÓLOGO HUMANISTA

Larry Davidson

ESTAR AHÍ: PERCIBIR, OÍR, COMPRENDER

Bertha Mook

RESULTADOS DE UNA PSICOTERAPIA HUMANÍSTICO-EXISTENCIAL:

UN HOMENAJE A ROLLO MAY

James F. T. Bugental

SANTUARIO Y PRESENCIA:

UNA VISIÓN EXISTENCIAL DE LA CONTRIBUCIÓN DEL TERAPEUTA

P. Erik Craig

PRINCIPIOS Y PRÁCTICAS RECOMENDADAS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PSICOSOCIALES HUMANISTAS: UNA ALTERNATIVA A LAS

DIRECTRICES ESTABLECIDAS EN LA PRÁCTICA Y EL TRATAMIENTO

American Psychological Association Divion 32, Humanistic Psychology

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL A LA EMPATÍA

Jaume Sebastián Capó

## Nº 58/59 TRASTORNOS ALIMENTARIOS

UNA APROXIMACIÓN CONSTRUCTIVISTA A LA ANOREXIA NERVIOSA:

¿TIENEN SENTIDO LOS SÍNTOMAS?

Elena Gismero González y Manuel Antonio Godoy Delard

VIAJE AL PAÍS DE NUNCA JAMÁS:

TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y CONFLICTOS EN TORNO A LA IDENTIDAD SEXUAL

Dra. María José Pubill

ANOREXIA Y BULIMIA UNA PERSPECTIVA COGNITIVO-EVOLUCIONISTA

Cecilia La Rosa

ANOREXIA Y BULIMIA: NUEVAS TENDENCIAS DESDE LA ÓPTICA SISTÉMICA

Luigi Onnis, Angela Maria Mulè, Agostino Vietri

PSICOPATOLOGÍAS DE LA LIBERTAD (IV).

ANOREXIA PURGATIVA Y BULIMIA O EL DESCONTROL DE LA CORPORALIDAD

Manuel Villegas i Besora

BULIMIA: ¿CÓMO LLENAR UN VACIO EXISTENCIAL?

UNA APROXIMACIÓN A LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Pilar Mallor Plou

TRATAMIENTO INTEGRADO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

DESDE UNA ÓPTICA COGNITIVO-EVOLUTIVA

José Luis Pascual Pérez

## **Nº 60 INTELIGENCIA EMOCIONAL Y PSICOTERAPIA**

INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y EN PSICOTERAPIA

Ursula Oberst y Nathalie Lizeretti

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

Darío Páez, C. Velasco y M. Campos.

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

James D. A. Parker, Laura M. Wood y Jennifer M. Eastabrook

EL TRABAJO CON INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PSICOTERAPIA INTEGRADORA  
HUMANISTA

Ana Gimeno-Bayón Cobos

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

Barbara Sini y Lino Graziano Grande

TERAPIA DE PAREJA EN EL MARCO DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

Hermínia Gomà i Quintillà

# **REVISTA DE PSICOTERAPIA**

**EDITA:**

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

**Dirección y Redacción:**

**REVISTA DE PSICOTERAPIA**

**Numancia, 52, 2º 2ª**

**08029 BARCELONA**

**Fax.: 933 217 532**

**e-mail: mvillegas@ub.edu**

**Gestión y Administración:**

**REVISTA DE PSICOTERAPIA**

**GRAO (IRIF, S.L.)**

**c./ Francesc Tàrrrega, 32-34**

**08027 BARCELONA**

**Tel.: 934 080 464**

**Fax: 933 524 337**

**e-mail: revista@grao.com**