

REVISTA DE

# PSICOTERAPIA

TERAPIA EVOLUTIVA

Epoca II, Volumen IV - 2º/3er. trimestre 1993

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ € **14/15** Ψ

---

# REVISTA DE PSICOTERAPIA

**Director:** MANUEL VILLEGAS BESORA

**Consejo de Dirección:** LLUIS CASADO ESQUIUS, LEONOR PANTINAT GINÉ,  
RAMON ROSAL CORTES.

**Comité de Redacción:** LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID, MAR GOMEZ  
MASANA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M<sup>a</sup>  
JOSE PUBILL GONZALEZ, M<sup>a</sup> ROSA TORRAS CHERTA.

**Secretaria de Redacción:** MARI CARMEN CUENCA GOMEZ

**Consejo Editorial:** ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA  
ARBONA, RENZO CARLI, ISABEL CAROGABALDA, LORETTA CORNEJO  
PAROLINI, VITTORIO F. GUIDANO, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI  
LIOTTI, GIOVANNI P. LOMBARDO, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS  
MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, BERNARDO  
MORENO JIMENEZ, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, JAUME  
SEBASTIAN CAPO, ANTONIO SEMERARI.

**Coordinador:** GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA.

**Secretaria de Administración:** ARIADNA V. TORRAS

---

**EDITA:**

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

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

**Epoca II, Volumen IV - Nº 14/15 - 2º. trimestre 1993**

Esta revista tuvo una época I<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

**Fotocomposición, Fotomecánica:** Gabinete Velasco

Av. Rep. Argentina, 225. 6º 1º, Tel.: 418 28 67, Fax: 417 52 35. 08023-BARCELONA

**Impresión:** GRAFICAS L'ALZINA,

Verntallat 15. 08024 Barcelona. Tel.: (93) 217 05 55

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

---

Precio de este ejemplar 1.800 pts. (incluido I.V.A.)

# SUMARIO

<b>EDITORIAL .....</b>	<b>3</b>
<b>COUNSELING Y PSICOTERAPIA DESDE UNA PERSPECTIVA EVOLUTIVA .....</b>	<b>5</b>
James E. Marcia	
<b>UN ENFOQUE CONSTRUCTIVISTA-EVOLUTIVO DE LA TERAPIA COGNITIVA .....</b>	<b>17</b>
Hugh Rosen	
<b>LA ENTREVISTA EVOLUTIVA .....</b>	<b>39</b>
Manuel Villegas Besora	
<b>LA TERAPIA COGNITIVA DESDE UNA PERSPECTIVA EVOLUTIVO-CONSTRUCTIVISTA .....</b>	<b>89</b>
Vittorio F. Guidano	
<b>PSICOPATOLOGIA EVOLUTIVA DE LAS SIGNIFICACIONES INDIVIDUALES .....</b>	<b>113</b>
Luis Joyce-Moniz	

\* \* \*

<b>LOS MODELOS TEÓRICOS, LOS TRATAMIENTOS Y LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN EN LA ASISTENCIA PÚBLICA EN SALUD MENTAL: INFORME SOBRE UNA ENCUESTA REALIZADA A LOS C.A.P. Y C.A.P.I.P. DE CATALUNYA .....</b>	<b>145</b>
--	------------



## EDITORIAL

La concepción evolutiva es una de las características diferenciales de la psicología con respecto a otras ciencias humanas. Tal vez ésta sea la mayor herencia que la psicología recibió de las ciencias naturales del siglo XIX en el momento de su nacimiento. A pesar de los cambios que las ciencias fueron experimentando con el racionalismo, el empirismo, el positivismo y el materialismo de los siglos XVII y XVIII predominaba en filosofía una visión estática, o a lo sumo acumulativa, de las funciones psíquicas, como la del origen del conocimiento. A esta cuestión, por ejemplo, se daban dos respuestas ya desde la filosofía griega: las ideas eran innatas, o bien aprendidas. Innatismo y empirismo, sin embargo, suponían una estructura psíquica inmutable, concebida como un receptáculo donde aquéllas se iban depositando o inscribiendo. No se tomaba en cuenta en estas concepciones el papel activo de la mente, ni mucho menos el proceso de construcción del pensamiento, el cual crea no sólo las ideas, sino también los instrumentos epistemológicos para construirlas, a través de sucesivas etapas evolutivas.

La visión evolutiva, excepción hecha del psicoanálisis, tardó también tiempo en abrirse paso en el campo de la psicología donde el predominio del conductismo reducía toda la actividad mental a cuestión de aprendizaje por asociación y acumulación. Fue Piaget quien, ya en las primeras décadas del siglo XX, al dedicarse al estudio de la formación del pensamiento lógico en el niño, describió una serie de etapas por las que pasa la construcción del pensamiento. Su teoría es conocida con el nombre de epistemología genética o constructivismo genético. Sus estudios tuvieron una gran influencia en la psicología evolutiva de la infancia y de la adolescencia; más tarde, algunos de sus seguidores, como Kohlberg o Selman, ampliaron el ámbito de la investigación de la formación del juicio lógico, a la del juicio moral. Esta combinación dio lugar a que el modelo fuera conocido también como teoría cognitivo-social o socio-cognitiva.

Esta línea de investigación, sin embargo, se había mantenido hasta hace poco al margen de las aplicaciones en el campo de la psicología clínica y de la psicoterapia. Pero, a partir de la década de los ochenta, autores como Ivey o Rosen iniciaron una serie de aportaciones, que constituyeron el punto de partida de un creciente interés por las aplicaciones clínicas de la teoría piagetiana dentro del marco general del enfoque constructivista en psicoterapia. La presente monografía, que hemos titulado *Terapia Evolutiva*, es una muestra de este interés. La mayoría de los artículos que se publican en ella se inspiran total o parcialmente en este enfoque.

El primero, firmado por James Marcia, desarrolla tres enfoques evolutivos

en psicoterapia, la teoría posicosocioanalítica, la de relaciones objetales y la del desarrollo cognitivo según la escuela piagetiana. Constituye, de este modo, una breve introducción a la globalidad de la monografía.

El segundo, obra de Hugh Rosen, uno de los pioneros en este campo, aporta la novedad de mostrar las posibles vinculaciones entre el enfoque piagetiano y la terapia cognitiva de Beck.

En el tercero, Manuel Villegas desarrolla con abundantes ejemplos una metodología de análisis evolutivo de la entrevista terapéutica que toma en cuenta los niveles expresivo y constructivo que la componen. Este tipo de análisis permite, por una parte, guiar las intervenciones del terapeuta y, por otra, evaluar la estructura epistemológica y el planteamiento moral del discurso del paciente.

Vittorio Guidano adopta en su artículo, el cuarto de la monografía, una perspectiva post-racionalista, según la cual el proceso terapéutico está orientado a la reconstrucción de la ontogénesis del Self. El método empleado para ello consiste en el análisis de la historia del propio desarrollo, a través de técnicas de autoobservación.

Cierra la monografía un quinto artículo de Luis Joyce-Moniz, dedicado al estudio de la psicopatología evolutiva. En él se buscan las indicaciones del DSM-III-R respecto a las dimensiones evolutivas en psicopatología y se pone de relieve las ventajas para las intervenciones clínicas, terapéuticas y psicopedagógicas de una concepción evolutiva, frente a una concepción estructural de los trastornos psicológicos.

Fuera ya de la monografía publicamos un estudio del equipo de Mercé Mitjavila sobre los modelos predominantes en el área de la asistencia pública en salud mental de Catalunya. Probablemente existan, por razones históricas y de procedencia formativa, importantes diferencias con respecto a otras comunidades autónomas del país. Nos gustaría poder contar, para próximos números de la *Revista de Psicoterapia*, con estudios similares de colegas de otras comunidades, que pudieran enriquecer esta investigación sectorial.

# COUNSELING Y PSICOTERAPIA DESDE UNA PERSPECTIVA EVOLUTIVA

James E. Marcia

Simon Fraser University, Burnaby, British Columbia, Canada.

*In this article, I shall be discussing the relationship between three theoretical streams in developmental psychology: ego psychoanalytic psychosocial, object relations, and cognitive developmental. These three are seen as positing similar goals and processes. Taken together, they provide a developmental framework for counseling and psychotherapy. I shall illustrate some points with case history material.*

---

## INTERRELACIONES ENTRE TRES CORRIENTES PSICOLÓGICAS DEL DESARROLLO.

La idea de que el counseling y la psicoterapia pueden proceder de forma más eficaz en el marco de una teoría del desarrollo humano no es nueva. En la medida en que Freud empezó a desvelar algunas de las estructuras que subyacían a comportamientos muy complejos, la cuestión de los orígenes e historia de estas estructuras fue adquiriendo importancia. El y sus discípulos, particularmente Abraham, perfilaron un programa del desarrollo de la personalidad a través de cinco estadios de evolución psicosexual, que culminan en la adolescencia. Una contribución central de la teoría freudiana fue el énfasis en la importancia de la sexualidad para el desarrollo personal humano, y los estadios propuestos marcaban las diferentes formas de la sexualidad y las contribuciones que ésta aportaba al curso del desarrollo psicológico. Ya que parece que después de la adolescencia no ocurre ningún desarrollo sexual significativo, la teoría del desarrollo de Freud acababa aquí. Por eso, si uno, como adulto, se somete a la psicoterapia psicoanalítica clásica siempre encuentra un aspecto retrospectivo en la terapia. La teoría guía del psicoanálisis clásico tiene constructos de desarrollo adecuados para sólo hasta la adolescencia: cualquier cosa después de este período —de hecho, cualquier cosa después del período edípico— se ve como variaciones sobre temas anteriores.

## **Teoría psicossocioanalítica del ego**

Aunque los teóricos psicoanalíticos del ego aceptaron los fundamentos establecidos por Freud respecto a la importancia de la sexualidad y del inconsciente en el desarrollo de la personalidad, continuaron concentrando sus esfuerzos en cuestiones de adaptación y epigénesis del ego (Hartmann, 1964; Erikson, 1959). Lo que estos autores añadieron a la construcción teórica freudiana fue, por una parte, una nueva perspectiva —la de los efectos de interacción entre el individuo y la sociedad en la formación de estructuras personales internas— y, por otra, una ampliación y elaboración de los estadios del desarrollo hasta abarcar todo el ciclo vital. Este punto de vista psicossocial tardío ha sido sostenido particularmente por Erik Erikson. Desde su perspectiva, al individuo que acude al counseling o a la psicoterapia no se le ve sólo como a un individuo que proviene de un estadio en particular, sino también como a alguien que está atravesando una fase de desarrollo concreta, y dirigiéndose hacia alguna meta futura de desarrollo. Por eso el presente adquiere significado no solamente por el pasado, sino también por un posible futuro. La interconexión de pasado, presente y futuro, los estadios paralelos psicossociales y psicosexuales, y el contenido de los estadios psicossociales se ilustran en la Figura 1.

No me extenderé aquí en las características de cada estadio psicossocial. Lo que quiero es llamar la atención en la forma del diagrama. Se pueden observar ocho puntos importantes de desarrollo en el ciclo vital, teniendo cada uno su edad cronológica de ascendencia, pero incidiendo igualmente en cada uno de los estadios del ciclo vital. Por eso, a cualquier edad un individuo se enfrenta a un estadio específico y a reiteraciones de estadios anteriores, proyectados de forma apropiada a la edad actual, y precursores de estadios futuros.

Con la adición de los estadios eriksonianos del crecimiento del ego a los estadios psicosexuales de Freud, se dan al menos los perfiles para un modelo completo de desarrollo del ciclo vital de la personalidad humana. Sin embargo los clínicos han sido durante mucho tiempo conscientes de que algo le faltaba a este enfoque del desarrollo, basado en la adaptación, particularmente el aspecto relacional. El modelo psicoanalítico del ego explica una historia de desarrollo de las relaciones sólo a veces y con algunas notables dificultades.

## **Teoría de las relaciones objetales**

Otra línea de la teoría psicoanalítica, la teoría de las relaciones objetales, la cual es relacional —más que dinámica— (Greenberg & Mitchell, 1983), se refiere a este aspecto del desarrollo. La teoría de las relaciones objetales, tal como han señalado especialmente Winnicott, Mahler & Kohut (ver Greenberg & Mitchell 1983), añade una dimensión importante a la teoría psicoanalítica. Esta teoría se centra en el desarrollo y mantenimiento de un self integrado, considerado como un proyecto a largo plazo, pero que tiene sus orígenes en la infancia.

8. VEJEZ								I/D
7. MADUREZ							G/E	
6. JUVENTUD						I/A		
5. ADOLESCENCIA					I/C			
4. LATENCIA				L/I				
3. NIÑEZ			I/C					
2. INFANCIA		A/V						
1. LACTANCIA	C/D							

**Figura 1**

### **Etapas del desarrollo psicosocial según Erickson**

Las tareas correspondientes a cada etapa son descritas por Erickson como polaridades específicas para cada momento evolutivo. Las iniciales de cada casilla se corresponden a los constructos siguientes:

- Etapa 1.- Lactancia (oral)  
Confianza básica vs. Desconfianza (C/D)
- Etapa 2.- Infancia (anal)  
Autonomía vs. Vergüenza (A/V)
- Etapa 3.- Niñez (fálica)  
Iniciativa vs. Culpa (I/C)
- Etapa 4.- Latencia  
Laboriosidad vs. Inferioridad (L/I)
- Etapa 5.- Adolescencia (genital)  
Identidad vs. Confusión (I/C)
- Etapa 6.- Juventud  
Intimidad vs. Aislamiento (I/A)
- Etapa 7.- Madurez  
Generatividad vs. Estancamiento (G/E)
- Etapa 8.- Vejez  
Integridad vs. Desesperación (I/D)

Brevemente, y combinando conceptos de los anteriores teóricos el proceso implicado en el desarrollo el self es el siguiente. El desarrollo se considera que empieza con el “organismo dual” de madre-hijo. El cordón umbilical psicológico entre ellos, a través del cual se transmiten sentimientos, respuestas, necesidades y provisiones se rompe con los repetidos “fracasos de empatía”. Las necesidades del niño no siempre se satisfacen inmediatamente y de forma apropiada. La experiencia de estos fracasos evolutivamente necesarios de la empatía conduce gradualmente la experiencia del niño a considerarse a si mismo como un ser separado y a su madre

como algo separado de su propio ser. Sin embargo, esta separación no es total, ya que, con el nuevo sentimiento emergente del niño, las funciones de la madre ahora son de apoyo, validación y seguridad de dicho self - en otras palabras, como un objeto del self. Más tarde, alrededor del año y medio, se produce un juego repetitivo de "escaparse", en el cual el niño se escapa de la figura parental, a menudo con gritos, y se vuelve para ver si su padre le está mirando, esperando que el adulto le coja y le aúpe en brazos. Esta es una práctica más activa de separación que no la pasiva, ocasionada por los fracasos en la empatía. Es importante señalar, también, las vueltas, o "reaproximaciones" a las figuras parentales. Una ayuda posterior en el desarrollo del self es la adopción y uso de un objeto transicional, un oso de peluche o la manta favorita. Este objeto es el sustituto de la madre y ayuda a salvar las diferencias cognitivas en el niño entre la memoria de reconocimiento ("tengo que ver continuamente a mamá o sino no está aquí") y la memoria evocativa ("sé que mamá está allí, aunque no la vea ahora. Cuando vuelva, ella estará aquí, y yo estaré seguro"). El objeto transicional funciona como una mamá "portable" hasta que las interacciones entre el niño y las figuras de apego se internalicen firmemente. Son las internalizaciones integradas de estas interacciones las que forman el self. El self continúa creciendo a través de la vida como una función de uniones, separaciones, y la internalización de las interacciones entre el self y sus objetos.

### **Teoría del desarrollo cognitivo**

Una tercera adición crucial a la teoría de desarrollo clínico, además de la teoría psicosocial y la de las relaciones objetales, es la teoría del desarrollo cognitivo tal como la formuló Piaget, y las ampliaciones de dicha teoría a campos más interpersonales de comportamiento, desarrolladas por autores como Kohlberg (1976) y Selman (1980). Este enfoque proporciona un elemento cognitivo que falta tanto a la teoría de las relaciones objetales, como a la psicosocial. Lo que se añade aquí es una concepción progresiva de la naturaleza de las estructuras cognitivas y una descripción del proceso por el cual estas estructuras se desarrollan. En términos conceptuales más amplios, independientemente de la naturaleza de los problemas con que se enfrentan las estructuras cognitivas, tanto si tienen que ver con la realidad física, como con los valores, o las relaciones humanas, lo importante es que siguen un proceso común. A partir de la confianza en la naturaleza y consecuencias de los estímulos externos al individuo, este proceso llega a una mayor abstracción, a una representación conceptualizada de la realidad externa, y deriva hacia una realidad autoconstruida independiente de, pero ampliamente aplicable a, las realidades externas alternativas. Los procesos por los cuales se produce este cambio de dependencia de una realidad externa a la construcción de los hechos reales son los de asimilación (acoplamiento de la realidad externa a la estructura interna pre-existente), desequilibrio (consciencia de la inadecuación de estructuras pre-existentes para tratar con un problema puesto por la realidad externa), y acomodación

(cambio en la estructura interna para facilitar la solución a un problema puesto por la realidad externa).

## MARCO EVOLUTIVO PARA EL COUNSELING Y LA PSICOTERAPIA

Estos son los tres enfoques teóricos que tienen más que ofrecernos en términos de la teoría del desarrollo y que pueden guiar nuestros esfuerzos terapéuticos: la teoría psicosocial del desarrollo, la de las relaciones objetales, y la teoría del desarrollo cognitivo. A pesar de que cada una se centra en diferentes aspectos del desarrollo (a saber, adaptación social, relaciones y conocimiento), puede interpretarse que tienen objetivos comunes, procesos, e implicaciones para la psicoterapia.

### El objetivo

El objetivo de todas tres puede conceptualizarse como la progresiva interiorización del funcionamiento. “Progresiva interiorización del funcionamiento” se refiere a la tendencia de un individuo a lo largo del ciclo vital a depender cada vez menos de las fuentes exteriores para la gratificación de las necesidades —físicas e interpersonales—, el contenido del pensamiento y la aprobación del comportamiento. No implica que el individuo llegue a ser completamente independiente y separado de los demás. Al contrario, puesto que necesita menos de las fuentes exteriores para el mantenimiento físico y psicológico, la interacción con las condiciones externas es menos desesperada y más interdependiente productivamente. Paradójicamente, cuanto menos dependiente del exterior (esto es, cuanto mayor la interiorización del funcionamiento) más eficazmente (y prosocialmente) uno puede interactuar con los otros.

Desde una perspectiva psicosocial, se empieza al nivel del establecimiento de la *Confianza Básica* en la cual el individuo depende casi totalmente de la cualidad, cantidad y predictibilidad de las circunstancias nutritivas. El individuo, después, evoluciona a través de la *Identidad*, cuya tarea es construir una teoría del self, que le permitirá contribuir a la sociedad y no sólo recibir de ella. Finalmente, se llega a la *Integridad* donde la tarea consiste en incluir en la consciencia la validez y necesidad de todos los auténticos esfuerzos humanos para perpetuar el ciclo vital. Desde la perspectiva de las relaciones objetales, se empieza estando atado al cordón umbilical psicológico, y, a pesar de que continúa necesitando de apoyo externo para el self a través del ciclo vital, progresivamente se vuelve más selectivo respecto a la cantidad, tipo y fuente de apoyo necesitada. Uno ya no necesita atención positiva “al por mayor” proveniente del exterior, sino que puede sobrevivir confortablemente con un arreglo mutuo “al por menor”. En términos de la teoría del desarrollo cognitivo, uno no depende ya de la naturaleza de la realidad externa para determinar el propio pensamiento, sino que puede imponer sus propios principios de organización de la realidad para reinterpretarla de distintas formas, y puede incluso crear

realidades alternativas. Por eso, se puede decir que los tres enfoques tienen como objetivo la interiorización progresiva del funcionamiento.

## Procesos

Procesos comunes subyacen a los tres enfoques, quizás porqué todos tres tratan de la formación de estructuras. Estos procesos comunes empiezan con alguna posición estructural segura, evolucionando hacia un período de desestructuración y exploración, y llegando al punto reestructurado donde se consigue una integración a un nivel más alto, a saber, más inclusivo y más adaptativo que la posición inicial. El concepto estructural central en la teoría del desarrollo psicosocial es el de *Identidad*, que se produce al final de la adolescencia. Al definir las condiciones necesarias para la formación de la identidad, hemos aislado dos variables: exploración y compromiso. Si se considera desde una perspectiva evolutivo-estructural, un individuo evoluciona desde la posición segura del estado de latencia a la experiencia desestructuradora natural de la pubertad en la temprana adolescencia. Si esta desestructuración provoca exploración, entonces, se producen reestructuraciones e integraciones y el individuo acepta compromisos al final de la adolescencia. No todos los adolescentes exploran alternativas de futuro y no todos ellos se comprometen eventualmente (*Confusión/ Identidad*).

Si de la teoría psicosocial nos vamos a la teoría de relaciones objetales, el concepto estructural es aquí el self. El desarrollo del self, tal como se describe en la teoría de las relaciones objetales, ocurre a través de un proceso de relaciones de apego, separación e individuación. El individuo empieza como un todo indiferenciado, el organismo dual madre-hijo, experimenta un self separado a través de fracasos evolutivamente necesarios de la empatía, consigue activamente la separación durante la sub-fase de práctica, y, más allá de las repetidas interacciones de separación y unión (*reaproximación*), construye un significado del self, basado en la internalización de las interacciones con el otro self.

La teoría de desarrollo cognitivo explica bastante bien los procesos implicados. Se empieza con una estructura cognitiva capaz de manejar cierta información y producir ciertas soluciones. Los problemas se plantean de tal manera por la realidad externa que pueden ser *asimilables* a la estructura existente o, de lo contrario, se desequilibra la estructura hasta hacer una *acomodación* capaz de manejar el material previamente inasimilable. Esta nueva estructura es más ampliamente integradora que la anterior. Por eso, los tres enfoques incluyen un movimiento desde una posición estructurada, pasando por un período desestructurador, a un período de reestructuración a un nivel superior.

## Metodología

¿Cuáles son las implicaciones para el counseling y psicoterapia de la integración de estos tres enfoques del desarrollo? En otra parte (Marcia, 1986) ya he

discutido las implicaciones específicas de la teoría del desarrollo psicosocial. Aquí me gustaría sugerir algunos temas integrativos relevantes a la terapia que incluyan las tres perspectivas. El primero es la necesidad del establecimiento de un contexto de seguridad. Volviendo a la teoría, en términos de identidad (psicosocial) es bastante probable que aquellos pre-adolescentes que se enfrentan a hechos desequilibradores de la temprana adolescencia desde una posición segura, resuelta de antemano la *latencia*, están mejor preparados que aquellos que se sintieron alejados de sus padres antes del inicio de la adolescencia. Claramente, en términos de relaciones objetales, las uniones seguras son una mejor preparación para las frustraciones inevitables de la separación que no una unión insegura y ansiosa, o falta de unión. A pesar de que Piaget dijo relativamente poco sobre el afecto en concreto, el desarrollo cognitivo se puede producir mucho mejor en un contexto de apoyo afectivo. En breve, desde la perspectiva de desarrollo tomada aquí, el primer requisito para un *counseling* o psicoterapia eficaz es el establecimiento de un contexto de seguridad en el que llevar a cabo el trabajo terapéutico: la falta de apego no permite la exploración; la no exploración impide el cambio y el crecimiento.

La provisión de un contexto de seguridad —o apego— se consigue a través de la resonancia empática del terapeuta o consejero con el cliente. El desarrollo de la capacidad para la empatía tiene su propia historia de desarrollo (Elsenberg & Strayer, 1987). Esta resonancia empática, el sentimiento de que uno es escuchado, comprendido, y aceptado crea el “*holding environment*” (el ambiente de apoyo) descrito por Winnicott y es el ingrediente esencial en la terapia *centrada en el cliente* de Rogers. Sin embargo, la empatía, más que ser valorada como una ayuda para el aumento de conciencia, tal como hace el *counseling* rogeriano, en un marco de relaciones objetales se considera que tiene una función de mantenimiento y construcción del self. Esto es, al proporcionar resonancia empática, se establecen las condiciones necesarias para la internalización de interacciones que construyen y mantienen la estructura del self tal como la describe Kohut.

Si el nivel de organización de la personalidad es esencialmente narcisista o, en términos de Erikson, si las dificultades se centran predominantemente en la *Confianza Básica*, la provisión consistente de empatía es todo lo que uno puede esperar. En este caso, el terapeuta se debate esencialmente con la construcción de un sentido integrado al self, y, para hacer tal cosa deben recrearse algunas de las condiciones de desarrollo que deberían haberse dado anteriormente (a saber: internalización de interacciones con otros self en un contexto de uniones seguras). El objetivo es la eventual interiorización del funcionamiento —el terapeuta como objeto del self viene a ser reemplazado por el sentido integrado del self del cliente. (Esto podría ser lo que sucedía en algunos psicoanálisis clásicos bajo la rúbrica de “trabajar a través de la transferencia”). Es la extraordinaria dificultad en la integración del funcionamiento lo que nos frustra en el trabajo con nuestros clientes *borderline* que necesitan desesperadamente tenernos continuamente a la vista o

estar en contacto con nosotros. En términos cognitivos, a lo que uno aspira con personas organizadas a este nivel es a una transición del reconocimiento a la memoria evocativa. Más que necesidad de ver al terapeuta (“madre”), la persona puede contactar la representación interna de la interacción terapeuta-cliente (madre-hijo) para sentirse reconfortado y calmado. Lo que hace a estos clientes ser tan reiterativos es su insistencia en querer tenernos presentes y la experiencia de sentimientos de abandono en nuestra ausencia. Afortunadamente, no todos nuestros pacientes están organizados a este nivel, o sea que para trabajar con la mayoría de ellos, el establecimiento de un contexto seguro a través de la resonancia empática constituye un medio para un fin y no un fin en sí mismo.

El fin para el que la vinculación de seguridad constituye un medio de desarrollo es la exploración de alternativas, la segunda condición para la terapia eficaz desde una perspectiva evolutiva. Muchos clientes vienen a nosotros “abatidos” o impedidos de alguna forma. Han intentado lo mejor y no ha funcionado. Pero imaginar nuevas formas de ser significa abandonar las anteriores, y eso frecuentemente requiere la resolución de temas previamente no resueltos. En el esquema del desarrollo psicosocial existe la idea de que la resolución de los estadios siguientes se basa en una resolución exitosa de los precedentes.

Un cliente reciente mío es una buena ilustración de esto. Tenía 25 años, trabajaba como programador pero tenía problemas en su trabajo, su estima propia era extremadamente vulnerable a la opinión de los demás, y falto de empatía, especialmente con las mujeres. Cronológicamente, en términos de Erikson, hubiera estado en el umbral de la *Generatividad*. Sin embargo, todavía tenía dificultades con la *Intimidad*, no estaba seguro de quién era -por eso, bajo en *Identidad*, e insatisfecho con su actuación en el trabajo -dificultades en *Laboriosidad*. El sentido de *Iniciativa* parecía intacto. Habiendo establecido un contexto en el cual se sentía comprendido y apreciado, empezó a funcionar en los tres niveles: *Laboriosidad*, *Identidad* e *Intimidad* -centrándose en la *Laboriosidad*. A medida que se identificó más con su trabajo (a través de reflejarle positivamente sus aburridas descripciones de las complejidades de la programación), llegó a incorporar este trabajo a su *Identidad*. Su desempeño en el trabajo mejoró y esto animó su propia estima permitiendo que tratara los comentarios de los otros con ecuanimidad. De hecho, empezó a obtener comentarios positivos, no sólo respecto a su trabajo sino también sobre su persona como amigo. Este crecimiento de la propia estima y sus mejoras en sus relaciones le hicieron menos vulnerable a su necesidad respecto a las mujeres, y, por eso, más empático con ellas. La cuestión aquí es que, antes de que pudiera iniciarse un cambio en el ciclo vital corriente, tuvieron que introducirse en su contexto inmediato cuestiones o puntos previos (no necesariamente históricos). Además fue necesario crear un marco de seguridad en el que se pudieran considerar las soluciones alternativas.

Una tercera fase de la terapia comprende un compromiso hacia una dirección

particular fuera de todas las exploradas hasta el presente. Esto, normalmente, requiere un sentido de coraje que ningún terapeuta puede dar a nadie. Sin embargo, los terapeutas y consejeros pueden establecer las condiciones para el desarrollo de la autoestima que constituye la base para el coraje necesario al compromiso. Este es normalmente el último paso en la terapia - cuando el paciente ha internalizado las transacciones entre él y el terapeuta suficientemente como para ser lanzado a nuevas direcciones en la vida, lejos del terapeuta y la situación terapéutica. En el caso de mi programador, esto significó cambiar de una ciudad a otra a través del continente, dejar sus ya ancianos padres, empezar con un nuevo trabajo, e intentar explorar una relación que previamente había fracasado. Ahora tiene gran capacidad para la *Intimidad*, y si esta relación no produce el contexto para la *Generatividad*, quizás lo haga la siguiente.

En este debate, los aspectos del desarrollo cognitivo pueden parecer los menos enfatizados. Creo que es porque están impregnados en el proceso terapéutico, especialmente en forma de desequilibrios óptimos. Sé que las cosas irán bien cuando un paciente me dice "Esta es una buena cuestión". Una "buena" cuestión es aquella que considera con respeto una posición actual del paciente y cuestiona aquella posición de tal forma que se pueda hacer una *acomodación*. Una "buena" cuestión no debe estar tan alejada de la experiencia que pueda parecer un ataque o una incoherencia, ni una experiencia tan cercana que pueda ser *asimilada*. Probablemente el arte de hacer preguntas óptimamente desequilibrantes depende sólo de la habilidad de establecer un marco seguro, resonante empáticamente, capaz de hacer eficaz el counseling y la psicoterapia.

## UN CASO CLINICO

Me gustaría concluir citando un caso que integra estos tres enfoques. Hace dos años empecé a tratar a una actriz de 24 años. Estaba preocupada por los ataques de pánico que le habían ocurrido cuando estaba en el escenario. Sólo le ocurrían cuando se sabía bien el papel. Entonces empezaba a sentir alguna molestia en alguna parte de su cuerpo y a preocuparse de las implicaciones que pudiera suponer, imaginándose consecuencias catastróficas, pudiendo a duras penas recitar el papel en el escenario. Estuvimos tratando estos ataques de pánico como casos de separación o abandono y los relacionamos con su infancia caótica y a veces psíquicamente abusiva. Debido a la forma en que vimos la naturaleza de sus dificultades, su apego conmigo era especialmente importante en las primeras fases del tratamiento. Después de habernos visto por un año, tuvo que irse fuera de la ciudad durante el verano para seguir a su compañía en un tour. Ambos comprendíamos las consecuencias de la separación. La superación de los ataques de pánico parecía un frágil logro en este punto. Yo tengo una interesante colección de piedras y fragmentos arqueológicos de cerámica. Le ofrecí la posibilidad de que pudiera escoger uno para que se lo llevase. Lo etiqueté como "talismán"; en mis propios términos era un objeto

transicional -algo que salvara las distancias entre nuestros contactos semanales y la próxima visita que no sería hasta el cabo de tres meses. Cuando volvió del tour, contó que llevaba la piedra en su mano antes de salir al escenario y que le reconfortaba. También me trajo una piedra adicional. Después de un año más de terapia, venía a las sesiones describiendo lo feliz que se sentía ahora. Queriendo acelerar el proceso de internalización de alguna forma, le facilité el acceso a un ligero estado de trance conduciéndola a través de una fantasía guiada, cuyo propósito era el de concretar de alguna forma su estado tan positivo. Al salir de este estado, dijo que lo que había hecho fue visualizarse a ella misma en el escenario orgullosa y feliz ante sus mejores amigos y familiares que le sonrían y miraban. Al fondo estaba el resto de la audiencia de conocidos. Las instrucciones para dejar el estado hipnótico la habían llevado a subir unas escaleras. Cuando empezó a hacer esto, dijo que decidió coger una foto de la escena que había visualizado, encuadrarla y llevársela bajo el brazo -una buena ilustración de internalización y construcción del self. Actualmente, tal como sucede posiblemente en todas nuestras vidas, la suya no es sencilla. Debe enfrentarse a decisiones en su carrera en vista a las limitadas oportunidades en el escenario (*Identidad*). Le gustaría tener un niño (*Generatividad*). Hace cinco años que mantiene una relación con un hombre bisexual (*Intimidación*). Está intentando volver a tener contacto con su padre abusivo (*Confianza Básica*). Pero ahora tiene la capacidad de enfrentarse a todos estos problemas. Asiste una vez cada quince días a mis sesiones. Y lo dejará dentro de un año.

Mi resumen es, por supuesto, mi comienzo. Creo que estas tres teorías de evolutivas -psicosocial, de las relaciones objetales, y del desarrollo cognitivo-comparten procesos y objetivos similares y tienen implicaciones especificables para las fases esenciales de la psicoterapia y el counseling: apego, desequilibrio, exploración y compromiso.

---

*En este artículo se trata la relación entre tres enfoques teóricos en la psicología evolutiva: la teoría psicosocioanalítica del ego, la teoría de las relaciones objetales, y la teoría del desarrollo cognitivo. Se parte del supuesto que los tres postulan objetivos y procesos similares. Todos juntos ofrecen el marco de trabajo para el desarrollo del counseling y de la psicoterapia. Se ilustran algunos puntos concretos con casos clínicos.*

Traducción: Ariadna Villegas Torras

**Nota Editorial:** Este artículo apareció con el título “Counseling and Psychotherapy from a Developmental Perspective”, como capítulo quinto del libro *Psychological Intervention and Human Development* editado por Bartolo Paiva Campos, Porto (1991). Agradecemos el permiso para su publicación.

**Referencias bibliográficas:**

- EISENBERG, N. & STRAYER, J. (Eds.) (1987). *Empathy and its development*. New York: Cambridge University Press.
- ERIKSON, E.H. (1959). Identity and life cycle. *Psychological issues*. Monograph. No. 1.
- GREENBERG, J.R. & MITCHELL, S.A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- HARTMANN, H. (1964). Moral stages and moralization: The cognitive-developmental approach. In T. Lickona (Ed.), *Moral development and moral behavior*. New York: Holt, Rinehart.
- MARCIA, J.E. (1986). Clinical implications of the identity status approach within psychological developmental theory. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 2, 23-35.
- SELMAN, R. (1980). *The growth of interpersonal understanding*. New York: Academic Press.





# UN ENFOQUE CONSTRUCTIVISTA-EVOLUTIVO DE LA TERAPIA COGNITIVA

Hugh Rosen  
Hanahman University

*The approach followed in this article draws heavily upon Piagetian-based constructivism, that is, upon a constructivist-developmental perspective. The application of the constructivist orientation described here is explicitly directed at Beck's model of Cognitive Therapy, although much of what is stated is believed to be of relevance to other therapeutic approaches and psychotherapy generally, as well.*

---

En la sesión de clausura del III Congreso Internacional Sobre Constructivismo en Psicoterapia, celebrado en Barcelona en septiembre de 1992, se pidió a un selecto comité de académicos-profesionales que contestaran a la pregunta, "¿Tiene el constructivismo algo que ofrecer a la psicoterapia?" Como miembro del público, la pregunta estimuló mi interés, y este artículo es mi propio intento de responderla. En la conferencia inaugural, el Dr. Manuel Villegas, presidente de dicho Congreso, trató de la confusión e imprecisión que caracteriza en estos momentos al ámbito o movimiento constructivista. Intentaré contrarrestar este estado de confusión acentuando la claridad y precisión de mis observaciones, desde una orientación constructivista-evolutiva, con especial énfasis en el modelo de Beck de la terapia cognitiva. Gran parte de lo que formularé es aplicable a la psicoterapia en general.

Parte de la confusión a la que aludía en el párrafo anterior procede de la indefinición de las distinciones entre epistemología y ontología (Villegas, 1992), aunque hay que admitir que ambos terrenos están relacionados. La ontología trata de la naturaleza del Ser en sí mismo: el origen y la existencia de un mundo independiente y la naturaleza de lo que constituye la existencia. La epistemología se centra en cómo conocemos lo que pretendemos conocer, y en la naturaleza del propio conocimiento. Así definida, se puede considerar que la epistemología y la ontología se solapan en la medida en que los organismos existen, la comprensión de ellos como sistemas cognoscentes (epistemología) es una afirmación sobre un dominio en el ámbito del Ser (ontología). Aunque pueda ser cuestión debatible en ciertos círculos filosóficos, este artículo presupone la existencia de un mundo

independiente, a la vez que mantiene que aquello que un observador puede llegar a conocer acerca de ese mundo es una cuestión aparte. (Ver Mahoney, 1991, pp. 110-112, para una discusión relevante de las diferencias entre constructivismo radical y crítico.)

El constructivismo, como cualquier escuela u orientación, abarca una diversidad de puntos de vista, y puede decirse que constituyen un espectro epistemológico. El tema que vincula esta diversidad es la postura de que no podemos esperar obtener un conocimiento absolutamente comprensivo y objetivo del mundo o de la realidad, separado de nosotros mismos como sujetos cognoscentes. Lo que conocemos del mundo son nuestras propias construcciones de la realidad, iniciadas y organizadas por nosotros mismos. De hecho, el concepto de mente constructivista es una construcción evolutiva que no es innata a la teoría de la mente de los niños más pequeños (Wellman, 1988, 1990; Chandler, 1987, 1988). Wellman (1988, 1990) mantiene que los niños en edad preescolar adoptan implícitamente una teoría de la mente que pretende que el conocimiento se recibe directamente de los encuentros con el mundo real, y que la mente no es nada más que un depósito de información. La noción de mente como mediador cognitivo y constructor de significado, como la que construye e interpreta los hechos, así como la que reflexiona activamente sobre la información y la organiza, es un logro evolutivo posterior. Chandler (1987, 1988) señala que incluso cuando los niños pequeños desarrollan la capacidad de apreciar que un hecho puede ser interpretado de diferentes formas por varias personas, al principio continúan manteniendo la creencia de que sólo hay una verdad y que las interpretaciones alternativas son erróneas. Es sólo más adelante en el desarrollo que “a diferencia de los niños más pequeños, los adolescentes ya no mantienen la idea de que todas las diferencias de opinión sucumbirán algún día a la autoridad de los hechos objetivos, y en cambio juegan con la idea de que algunas de las diferencias interpretativas que dividen a la gente están implícitas en el propio proceso de conocimiento (Chandler, 1988, p. 409). Es durante la adolescencia que las teorías implícitas de la mente adquieren su carácter plenamente relativista y constructivista, abandonando toda esperanza de llegar a una verdad absoluta. El inicio de esta fase en el desarrollo de una teoría de la mente puede producir dudas y crisis en la confianza del conocimiento, especialmente durante la adolescencia (Chandler, 1988). Perry (1970), basándose en su estudio con estudiantes universitarios, creía que esta crisis se resuelve comprometiéndose con puntos de vista y paradigmas específicos basados en el propio sistema de valores, a la vez que se considera con respeto la pluralidad de puntos de vista que uno rechaza. Igual que con cualquier proceso evolutivo, un individuo puede no progresar completamente, quedándose en una etapa anterior, al menos cuando opera en ciertos dominios. Así, no es raro que un cliente llegue a terapia, al enfrentarse a un problema, con la creencia de que hay una solución correcta a su dilema y que el terapeuta se la comunicará. En tal caso, la terapia en sí misma puede consistir en gran

medida en ayudar al cliente a desarrollar su posición epistemológica hacia una teoría de la mente más constructivista, liberándose una falsa búsqueda de la única solución correcta a su dilema.

## **LA ESPECIFICIDAD DEL CONSTRUCTIVISMO EVOLUTIVO**

Como se indicó antes, hay varias modalidades de orientaciones constructivistas, de entre las que el constructivismo evolutivo piagetiano es sólo una. Por ejemplo, está la teoría de los constructos personales (Kelly, 1955), el construccionismo social (Anderson, 1990), y las formulaciones constructivistas radicales de autores como Watzlawick, von Foerster, y von Glaserfeld (Watzlawick, 1984), así como la epistemología constructivista de orientación biológica de Maturana y Varela (1992). Si bien cada una de estas orientaciones constructivistas es específica por derecho propio y todas ellas ofrecen una aportación significativa al pensamiento constructivista, ninguna plantea al organismo humano como desarrollándose a través de una serie invariante de etapas cognitivas hacia una comprensión cada vez más compleja y adaptativa del mundo. Esta visión evolutiva del individuo es la característica distintiva del paradigma constructivista-evolutivo de Piaget. El foco del interés de Piaget era el sujeto epistémico, es decir el desarrollo de estructuras de conocimiento universales tal como las experimentan todos los individuos del mundo y a través de las diferentes culturas. Por ejemplo, la competencia para clasificar objetos y organizarlos en sistemas jerárquicos e inclusivos se basa en la construcción de una estructura profunda de clasificación que todos los miembros de la especie humana adquieren en el curso del desarrollo normal de la infancia a la adolescencia (Flavell, 1963). El trabajo de Piaget no se centra en las construcciones individualistas y quizá idiosincrásicas que encontramos en el trabajo de terapeutas como Beck (1976) y Kelly (1955). De ahí que su trabajo pueda verse como complementario y, desde luego, no antagonista de las formulaciones que enfatizan las construcciones idiosincrásicas. Vale la pena destacar que a pesar de que Piaget se ocupó del desarrollo de las estructuras universales, su trabajo tiene implicaciones significativas para la individualización de nuestros clientes dado que no están todos en la misma etapa de desarrollo y no siempre emplean la etapa evolutiva más elevada en todos los dominios de sus vidas.

## **EL PARADIGMA PIAGETIANO**

El trabajo de Piaget es constructivista al menos en dos sentidos fundamentales. En primer lugar es un constructivismo radical en el que el niño sólo nace con unos pocos esquemas sensoriomotores desorganizados, tales como el de aprehensión y los esquemas visuales. Con la progresión de la edad, sin embargo, se produce una estructuración cognitiva compleja y adaptativa, de forma que el adolescente puede "aprehender" sistemas de conocimiento complejo tales como la geometría, la ecología y la crítica literaria. Esta afirmación presupone que el adolescente ha

adquirido la etapa final del desarrollo cognitivo, lo que desgraciadamente no siempre es cierto.

Segundo, el trabajo de Piaget es constructivista en el sentido de que supone que el conocimiento es una relación entre el sujeto cognoscente y el objeto conocido. El significado construido de los hechos y el *self* se relaciona con el nivel de desarrollo cognitivo que está disponible y operativo en un momento dado. Por ejemplo, cuál es el significado de la novela *Don Quijote*? Para un niño en edad preescolar puede significar poco más que un libro que mirar y hojear, prestando especial atención a los dibujos de Don Quijote y su compañero Sancho, si los hay. El niño en edad escolar puede leer el libro con interés y diversión, disfrutando de la historia a un nivel descriptivo y concreto. El adolescente cognitivamente maduro será capaz de añadir a su apreciación de la novela la comprensión de los “comentarios críticos y análisis eruditos” (Sturman, 1991, p. 5) del libro, que han llenado bibliotecas durante generaciones. Será capaz de comprender *Don Quijote* como fuente del término “quijotesco”, que significa “atrapado en el romance de las hazañas nobles o los ideales inalcanzables; romántico sin consideración de los aspectos prácticos” (Morris, 1981, p. 1073).

### **Etapas Evolutivas.**

¿Cuáles son, específicamente, las cuatro etapas universales del desarrollo cognitivo que Piaget postula?

La primera de ellas es la etapa sensoriomotriz, que cubre el período de la infancia (Piaget, 1963, 1971) que va hasta el año y medio o dos años de edad. Piaget lo describe como un período de inteligencia práctica porque toda la inteligencia progresivamente compleja y adaptativa que se manifiesta durante esta etapa se produce a un nivel conductual, y es anterior al pensamiento completamente representacional. Al final de esta etapa emerge el pensamiento representacional y la adquisición del lenguaje avanza rápidamente.

La segunda etapa se denomina preoperacional (Piaget, 1955, 1960, 1966, 1969). Durante este período (2-7 años) el pensamiento se basa en la percepción y aún no es realmente conceptual. Los niños tienden a focalizar un aspecto del objeto cada vez (por ejemplo, el peso sobre la medida) y a centrarse primordialmente en su punto de vista (egocentrismo). Tienen dificultades para adoptar el rol del otro, así como para ver y coordinar perspectivas múltiples. Los niños en esta etapa son propensos al habla egocéntrica, de ahí que no tengan suficientemente en cuenta las necesidades del otro. Durante este período los niños no tienen un concepto maduro del azar o la causalidad. Tienden a ligar dos hechos fortuitos como si estuvieran conectados y a atribuir pensamientos, sentimientos, e intenciones a los objetos inanimados. El pensamiento preoperacional es absolutista e indiferenciado. Es absolutista en el sentido de que el niño aún no ha captado la relatividad de ciertos conceptos tales como hermana, amigo, extranjero, medio, y peso. Al niño le falta la forma de

pensamiento reversible que le posibilitará comprender, por ejemplo, que B es simultáneamente más pequeño que A y más grande que C. De la misma forma, no reconoce que mientras una persona de otro país puede ser extranjero para él, él a su vez es un extranjero para esa persona. El término extranjero se considera un concepto absoluto, de ahí que sea un atributo intrínseco del otro, más que relativizado. El pensamiento no está diferenciado en el sentido de que dentro de cada categoría se hacen pocas distinciones (por ejemplo, la diversión puede ser equiparada a ver la televisión) o un concepto puede aplicarse de forma sobreinclusiva (por ejemplo, dado que los perros son conocidos y tienen pelo, todo nuevo animal que tenga pelo se categoriza como perro).

Entre las edades de 7-12 años, se desarrolla el pensamiento operacional concreto (Inhelder y Piaget, 1969; Piaget, 1952), que configura la tercera etapa. Se caracteriza por el pensamiento sistemático y racional. Los niños de esta edad, libres ya de la dependencia perceptiva, pueden tener en cuenta perspectivas alternativas y coordinarlas simultáneamente. Pueden hacer inferencias que van más allá de la información directamente a su alcance. Ya no sólo son capaces de clasificar objetos en clasificaciones simples, sino que pueden organizarlos en sistemas jerárquicos que implican clases superordenadas y partes subordinadas. El pensamiento se vuelve reversible, relativizado, y diferenciado. Emerge la competencia para seriar, o colocar en orden, un conjunto de objetos de diferentes tamaños; mientras que antes de esta etapa, si se conseguía, era mediante un proceso de ensayo y error. La capacidad de reconocer la conservación en áreas tales como la sustancia, el peso y el volumen emerge durante este período evolutivo. Por ejemplo, mientras que antes no se podía, ahora se reconoce que dadas dos bolas de barro, A y B, cuando la bola A se transforma en forma de salchicha, la cantidad de barro (sustancia) entre A y B permanece inalterada. Es más, los niños de diferentes culturas del mundo dan las mismas explicaciones a este fenómeno. El pensamiento en la etapa de las operaciones concretas se limita a lo que ya es conocido y familiar para el niño.

En la cuarta y última fase del desarrollo cognitivo (Inhelder y Piaget, 1958), a partir de los 12 años aproximadamente, el adolescente alcanza el razonamiento hipotético-deductivo. La realidad se reconoce (re-conoce) como una posibilidad entre muchas. La razón ya no opera exclusivamente sobre lo conocido o familiar, sino que puede llevarse al plano hipotético de lo que es desconocido o no familiar para el sujeto. Se pueden construir conceptos nuevos y abstractos, tales como *gravedad* o *inconsciente*. Conceptos que antes sólo se podían comprender como conectados a objetos concretos pueden ahora considerarse en abstracto. Por ejemplo, mientras que antes el *peso* sólo se podía comprender en relación a un objeto pesado, ahora se puede comprender como un concepto abstracto desligado de cualquier objeto particular. El pensamiento es ahora capaz de realizar operaciones interproposicionales y simbólicas. Por ejemplo, de "si A, entonces B, se sigue que si no B, entonces no A" (Flavell, 1985). La forma de este razonamiento es lo esencial

aquí, y el contenido de A o B es irrelevante para la conclusión. En el período de las operaciones formales la persona se vuelve capaz de razonar científicamente, y de la habilidad consecuente de diseñar experimentos científicos. Se ha planteado la cuestión de si hay una etapa evolutiva posterior a las operaciones formales, y existen varios intentos de responder afirmativamente (Alexander & Langer, 1990; Commons, Richards, & Armons, 1984).

### **Transformaciones Epistemológicas.**

Cada una de las etapas descritas constituye una transformación fundamental de una forma de conocer el mundo a otra. La progresión evolutiva acompaña a un proceso de diferenciación e integración mediante el que las estructuras de orden inferior se integran en otras superiores en la etapa siguiente. Lo que ha sido “sujeto” en una etapa se vuelve “objeto” en la siguiente (Kegan, 1982). Por ejemplo, si bien el niño en la etapa preoperacional puede pensar sistemáticamente en el mundo que se encuentra, en la etapa de las operaciones formales puede reflexionar sobre su propio pensamiento. De aquí que el proceso de pensamiento al que uno está sujeto en una etapa se convierte en el objeto de conocimiento de la siguiente. (Esta capacidad de pensar sobre el propio pensamiento suele denominarse metacognición y constituye un aspecto importante de la terapia cognitiva.) El desarrollo se produce en una dirección específica e invariante. Cada etapa no sólo ofrece una forma nueva de considerar las cosas, sino más adaptativa. El desarrollo es un movimiento de alejamiento de la ignorancia relativa hacia una mayor objetividad, pero la verdad absoluta no se alcanza nunca. A medida que el desarrollo progresa, el individuo adquiere la capacidad de adoptar más perspectivas y coordinarlas, pero nunca puede llegar a la infinidad de perspectivas que constituyen la objetividad absoluta y la verdad (Chapman, 1988).

### **El Proceso de Cambio Evolutivo**

Durante una parte considerable de su carrera, Piaget se dedicó a describir las etapas del desarrollo cognitivo. Sin embargo, con el paso del tiempo se interesó cada vez más por el mecanismo responsable del desarrollo en sí mismo (Piaget, 1980, 1985). En la medida en que una organización particular del conocimiento resulte adaptativa y, por tanto, adecuada para resolver un problema o comprender un aspecto del mundo, no hay necesidad de cambio. En el momento en que la forma de conocer el mundo se vuelve inadecuada, se introduce esta necesidad. Se experimenta un conflicto cognitivo, discrepancia, o incongruencia, y se estimula el movimiento hacia el cambio en forma de modificación de las estructuras antiguas y la invención de otras nuevas. Esto puede producirse a pequeña escala en una etapa determinada o, como acaba por suceder, a gran escala con el paso de una a otra etapa. Ante un problema o dificultad de comprensión, hay un salto de un estado de equilibrio a uno de desequilibrio. Piaget denomina a esta experiencia subjetiva

“perturbación”, ya que introduce una fuerza perturbadora que lleva a la reconstrucción de las estructuras de pensamiento hacia una forma de conocimiento superior y más adaptativa. Por ejemplo, Siegler (1991) cita el caso de una niña que asimila el concepto de vida sólo a los animales. Finalmente, tras oír hablar repetidamente de las plantas como seres vivos, entrará en un estado de desequilibrio. Con el tiempo descubrirá que las plantas comparten con los animales la capacidad de crecer y reproducirse. Esto la llevará a acomodar el concepto de vida para que incluya las plantas, lo que le permitirá un mayor equilibrio en su organización del conocimiento. Inhelder, Sinclair y Bovet (1974) aportan numerosos ejemplos de la transición entre etapas inducida experimentalmente en una serie de estudios de formación que llevaron a cabo. Igual que el efecto de perturbación ha demostrado fomentar el desarrollo cognitivo, es posible que su ocurrencia en la psicoterapia, mediante el empleo de tácticas de desequilibrio, sirva como agente de promoción del cambio terapéutico. Volveré sobre este punto más adelante, con especial referencia a la terapia cognitiva.

## **EL MODELO DE BECK DE TERAPIA COGNITIVA**

Aunque hay muchos modelos de terapias cognitivas (Kuehlwein & Rosen, 1993), el de Beck es uno de los más influyentes y difundidos. Se originó para el tratamiento de la depresión (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1979) y se ha ampliado a trastornos tales como la ansiedad (Beck & Emery, 1985), trastornos de personalidad (Beck, Freeman, & Asociados, 1990), y una serie de problemas psicológicos (Freeman & Dattilio, 1992). El modelo ha ido evolucionando desde sus planteamientos iniciales, a medida que prestaba más atención a componentes psicoterapéuticos tales como la afectividad, la relación, y la introducción de técnicas vivenciales (Beck, Freeman, & Asociados, 1990; Bricker, Young, & Flanagan, 1993; Muran & Safran, 1993; Safran & Segal, 1990; Young, 1990). además, se ha ido acentuando la importancia de aspectos históricos y evolutivos (Beck, Freeman et al., 1990; Bricker, Young, & Flanagan, 1993; Freeman, 1993; Liotti, 1993; Rosen, 1993; Young, 1990). Rosen (1985, 1989, 1991) ha explorado la integración de la epistemología piagetiana con el modelo de terapia cognitiva de Beck. Por último, se han hecho intentos importantes de aplicar la psicología constructivista-evolutiva de Piaget a varios enfoques de terapia cognitiva, no necesariamente vinculados al modelo de Beck (Gonçalves, 1989; Guidano, 1987; Guidano & Liotti, 1982; Ivey, 1986; Joyce-Moniz, 1989).

La terapia cognitiva es un sistema psicoterapéutico comprehensivo basado en la teoría cognitiva, no un conjunto de técnicas a aplicar al azar. La teoría postula que el significado de un hecho vivido por un individuo no es inherente al estímulo percibido, sino que viene determinado en gran medida por la forma en que se interpreta o construye. La construcción es idiosincrática a ese individuo concreto, y se basa en los esquemas personales, familiares, culturales y universales que ha

desarrollado, organizado, e integrado con el tiempo. Un esquema es una organización previa del conocimiento que influye la forma en que el individuo selecciona, abstrae, codifica, almacena, y recupera la información. Las cogniciones, es decir el pensamiento y las imágenes mentales, si bien no son determinísticamente causales, juegan un papel fundamental en la producción de la emoción. Algunas cogniciones concretas tienden a producir emociones específicas. Por ejemplo, los pensamientos de pérdida y deprivación tienden a producir depresión, los pensamientos de anticipación de daño físico o psicológico conducen a la ansiedad, y los pensamientos de que los propios derechos han sido violados producen rabia. Los pensamientos automáticos negativos son estructuras superficiales con contenido específico y relacionados con el entorno inmediato. Un ejemplo sería el del estudiante que piensa “No le agrado a mi profesor” al recibir una mala nota en un examen. Las presunciones desadaptativas subyacentes son estructuras más profundas de las que se derivan pensamientos automáticos negativos cuando el individuo está en una situación de estrés que los dispara. Estas presunciones tienden a ser más abstractas y generalizadas entre situaciones. La presunción desadaptativa subyacente en el ejemplo anterior puede ser, “Cuando alguien me critica o evalúa negativamente es siempre señal de que no le agrado”. Una buena parte de la terapia consiste en implicar al cliente en el proceso de identificar y contrastar la validez o utilidad de sus pensamientos automáticos negativos y sus presunciones desadaptativas subyacentes. Se enseña a los clientes a considerar sus pensamientos y presunciones como hipótesis a contrastar, no como hechos o verdades. Se les invita a distanciarse de sus propios pensamientos y a unirse al terapeuta en una empresa colaborativa que los ponga en cuestión mediante el escrutinio lógico de un diálogo socrático, y a contrastarlos mediante la planificación de experimentos conductuales que confirmen o desconfirman su validez. Algunas cuestiones epistemológicas clave que se plantean con frecuencia son: (1) ¿Cuál es la evidencia en favor de esta creencia?, (2) ¿Hay otra forma de considerarla?, (3) ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de creer eso?, (4) Incluso si fuese cierto, ¿es tan catastrófico?, (5) ¿Hay alguna evidencia en contra de esta creencia? El objetivo de este proceso va más allá de limitarse a considerar la validez o eficiencia de creencias particulares, y tienen como meta la socialización del cliente en un uso autónomo del modelo que resultará en una reorientación epistemológica por su parte. Esta reorientación le permitirá ser su propio terapeuta después de que el contacto con el terapeuta haya acabado.

Otra estrategia primaria utilizada por los terapeutas cognitivos es familiarizar a los clientes con lo que denominan distorsiones cognitivas o errores en el procesamiento de la información, para eliminarlos o minimizar su empleo. Algunas distorsiones cognitivas son la sobregeneralización, el razonamiento dicotómico, la personalización, el razonamiento emocional, la magnificación o minimización, y la abstracción selectiva. Las distorsiones cognitivas llevan a falsas conclusiones y percepciones, que generan con frecuencia emociones innecesariamente estresantes

y conductas desadaptativas. Cuando los clientes se hacen conscientes de su empleo de las distorsiones cognitivas y hacen un esfuerzo activo para modificarlas, se abren ante ellos nuevas formas de verse a sí mismos, cosa que suele resultar en una mejoría de su vida emocional y conductual.

## **UNA PERSPECTIVA CONSTRUCTIVISTA-EVOLUTIVA DE LA TERAPIA COGNITIVA**

### **La Distinción Competencia vs. Ejecución.**

En las páginas que siguen, el empleo del término “constructivismo” se entenderá como referido a “constructivismo evolutivo”. Cuando se adopta un enfoque constructivista, es esencial establecer una distinción entre competencia y ejecución. La competencia implica que la estructura cognitiva subyacente necesaria para llevar a cabo ciertas tareas que implican razonar de una forma determinada se ha construido durante el desarrollo. La competencia está en cierto sentido “presente”, aunque puede o no estar activada y en uso en un momento dado. De aquí que su presencia sea una condición necesaria pero no suficiente para la ejecución de la tarea de razonamiento. En ausencia de competencia, la ejecución no se da, mientras que la ejecución demostrada implica, necesariamente, la existencia de la competencia (subyacente a la estructura cognitiva). No es raro encontrar que los clientes funcionan a un nivel operacional formal en muchas áreas de su vida, tales como su trabajo, pero no en otras tales como sus emociones o sus relaciones interpersonales. Esto sugeriría que la competencia está presente, pero no se aplica en áreas limitadas, aunque importantes, de sus vidas. Beck (Beck et al., 1979) ha expresado la noción de que las cogniciones desadaptativas son típicamente de naturaleza preoperacional, puesto que tienden a ser globales, absolutistas, invariantes, e irreversibles. Es altamente improbable que un adulto educado en una sociedad moderna industrializada se encuentre en un nivel de funcionamiento cognitivo exclusivamente preoperacional. Lo más probable es que este adulto esté en el nivel concreto o formal, pero piense de forma preoperacional en el área del conocimiento personal (Beck et al., 1979). Por lo tanto, el papel del terapeuta sería el de activar la competencia presente y facilitar su extensión a áreas emocional y personalmente significativas de la vida del cliente. Por otra parte, un cliente puede estar limitado al período operacional concreto, cerrándose a una forma cualitativamente más eficiente y productiva de conocerse a sí mismo y al mundo. En este caso, sería recomendable que el terapeuta pudiese facilitar el paso evolutivo a la siguiente etapa.

**Adecuación de las Comunicaciones e Intervenciones a las Etapas.** Al tener en cuenta el enfoque constructivista en la conducción de la psicoterapia resulta de fundamental importancia adecuar las comunicaciones e intervenciones al nivel evolutivo del cliente. El curso del desarrollo es generalmente de lo concreto y externo a lo interno y abstracto. Por lo tanto, las interpretaciones y comunicaciones

a un nivel de abstracción elevado que requieren sofisticación psicológica (operaciones formales) serán asimiladas a un nivel inferior de significado evolutivo por el cliente en la etapa de las operaciones concretas. Acentuando el paso de la comprensión concreta y externa a la abstracta e interna, Selman aporta excelentes ejemplos de cómo evoluciona la comprensión de los conceptos de “cambio” (Selman, 1980) y “amistad” (Selman & Schultz, 1990) por parte del niño. A medida que la persona progresa a lo largo de las etapas cognitivo-evolutivas, su construcción de cualquier concepto se altera. Por lo tanto, en el curso del diálogo terapéutico el terapeuta no debe asumir que las palabras claves se comprenden de la forma que pretende, sino comprobarlo con el cliente, teniendo en cuenta su nivel evolutivo.

En muchas escuelas terapéuticas es corriente hoy en día el uso de la metáfora para comunicarse con el cliente. Sin embargo, es importante tener presente que si la metáfora se construye de forma que se requiera pensamiento operacional formal para discernir su significado, un cliente que funcione a un nivel inferior no lo comprenderá. Asimilará el significado a la etapa en que se encuentre. De hecho, esto no implica que la comunicación no tenga valor, pero hay que tenerlo en cuenta. Una alternativa, por supuesto, sería que el terapeuta construyera una metáfora o forma general de comunicación que se adecuase a la etapa evolutiva del cliente. Por otra parte, las comunicaciones diseñadas para inducir conflicto cognitivo que están un estadio por encima de la etapa del desarrollo moral del cliente (según el modelo piagetiano constructivista de Kohlberg), han demostrado promover el desarrollo moral (Turiel, 1974).

Selman (1980; Selman, Lavin & Brian-Meisels, 1982), desde una perspectiva constructivista, ha investigado en el origen del desarrollo de la autoconciencia y la comprensión de conceptos psicológicos. Este autor ha observado que hasta la llegada de la adolescencia y la etapa 4 de su modelo no se produce la comprensión del concepto de inconsciente, que sirve para explicar una serie de conceptos intrapsíquicos y conductuales de otra forma inexplicables. Los terapeutas que plantean sus comunicaciones con la presuposición de que sus clientes entienden el concepto de inconsciente corren el riesgo de frustrarse y malinterpretar a sus clientes como resistentes, mientras que la explicación es que los clientes aún no alcanzado la etapa 4 del modelo de Selman. De forma similar, pero a escala más amplia, el modelo constructivista de Kegan (1982) sobre la evolución del *self*, que sintetiza elementos del trabajo de Piaget y Kohlberg, sirve como punto de partida para ejemplificar cómo una intervención de nivel macro debe adecuarse a la etapa en la que se encuentra el *self*. En la etapa 2 la persona está inmersa en sus necesidades, que se equiparan al *self*. Al pasar de la etapa 2 a la 3, el individuo deja de estar sometido a sus propias necesidades y puede considerarlas como objeto de conocimiento. En esta etapa emerge una mayor capacidad de ser consciente de las propias necesidades, de coordinarlas y controlarlas posponiendo su gratificación. No satisfacer inmediatamente las necesidades ya no es una amenaza para el *self*, como

lo era antes cuando las necesidades y el self se equiparaban. Ahora, sin embargo, en la etapa 3 la persona está inmersa en sus relaciones. El self se equipara a las relaciones y la ruptura de una relación importante es una amenaza para la existencia del propio self. Como diría Kegan, en la etapa 3 uno no es una persona que mantiene relaciones, sino que uno es sus relaciones. Kegan comenta el caso de una adolescente ingresada en un hospital psiquiátrico y que recibe terapia grupal. La adolescente no aprovecha la terapia, frustra al personal del hospital, y éste la considera resistente a sus buenas intenciones. Kegan explica que la paciente está en la etapa 2 y, por lo tanto, es aún incapaz de aprovechar una modalidad terapéutica que se centra en la interacción grupal y la red de relaciones. Su forma de dar sentido a su self, los otros, y el mundo no coincide con la terapia de grupo. La aprobación de los demás significa poca cosa para ella, y el significado de los demás en su entorno se limita a si amenazan o satisfacen sus necesidades. La recomendación de Kegan es diseñar intervenciones más adaptadas a la etapa 2 de la paciente y posponer la terapia de grupo hasta que haya evolucionado hacia la etapa 3, caso de que la siga necesitando.

### **Habilidades de Afrontamiento vs. Cambio Estructural**

No es raro que se plantee la cuestión de si la terapia cognitiva es adecuada para la gente de inteligencia normal o si requiere una población más inteligente de lo habitual para ser efectiva. No existen muchas investigaciones en las que buscar las respuestas. Los informes casuísticos sugieren que no se requiere una inteligencia excepcional para beneficiarse de la terapia cognitiva. Un estudio de Haaga, DeRubeis, Stewart, y Beck (1991) concluye con la afirmación de que “Aún no hay fundamentos empíricos para la creencia difundida de que los pacientes de inteligencia inferior a la norma se beneficien menos de la Terapia Cognitiva” (p. 280). Durante años, la Terapia Racional Emotiva, una terapia cognitiva similar a la de Beck, se ha adaptado con éxito a la utilización con niños (Ellis & Bernard, 1983). Desde una perspectiva constructivista, sin embargo, es posible establecer distinciones significativas entre la conceptualización de Beck de los pensamientos automáticos negativos y las presunciones desadaptativas subyacentes. Dada su naturaleza específica y contextualizada, los pensamientos automáticos negativos parecen ser un nivel más adecuado de trabajo con los clientes en una etapa operacional concreta. De esta forma, muchas emociones pueden mejorarse, y muchas conductas contextualizadas pueden modificarse. Es más, aprendiendo estrategias cognitivas, el cliente puede dejar la terapia con un conjunto de herramientas que le sean útiles para enfrentarse a futuros pensamientos automáticos negativos si se plantean. De los fundamentos teóricos del modelo, sin embargo, se deduce que si se desea disminuir la recurrencia de un tipo concreto de pensamientos automáticos negativos, hay que modificar o reemplazar la presunción desadaptativa de la que se deriva. Tomemos el ejemplo anterior de “Cuando alguien me critica o evalúa negativamente es siempre señal de que no le agrado”. Si se modifica esto a “porque alguien me critique

o evalúe negativamente no significa necesariamente que le desagrada y, de hecho, en base sólo a esto no hay pruebas de que le desagrada efectivamente”, la posibilidad de que el cliente tenga pensamientos negativos automáticos del tipo que comentamos disminuye significativamente. A un nivel estructural aún más profundo, el paciente puede mantener un esquema como “es necesario agradar a todo el mundo para sobrevivir”. Este sería el significado subyacente de que el paciente se altere al malinterpretar las críticas como desagrado. Desagradar a los demás amenaza la propia supervivencia. Modificar este esquema a “puedo sobrevivir en este mundo sin agradar necesariamente a todos y, es más, no es factible esperar que se pueda agradar a todo el mundo” hará que el paciente sea menos propenso al malestar emocional incluso si percibe que desagrada a alguien. La teoría permite predecir que el cambio en las estructuras más profundas (las presunciones desadaptativas subyacentes) llevará a un cambio más duradero al final de la terapia que el trabajo reducido a los pensamientos negativos. La cuestión es, sin embargo, que dada su naturaleza abstracta, descontextualizada, y generalizada, puede que el trabajo a nivel de las presunciones subyacentes tácitas requiera que el cliente esté, al menos en parte, en la etapa de las operaciones formales, a la que no llegan todos los adultos. El terapeuta capaz de evaluar a qué nivel está su cliente tendrá una guía para centrar su atención en esta formulación y puede considerar el desarrollo cognitivo como una meta en sí mismo. Las intervenciones terapéuticas y el diálogo que facilita el desarrollo del cliente (o activa la competencia) hacia las operaciones formales puede hacer que el trabajo con las cogniciones desadaptativas sea más fructífero. Si bien es teóricamente coherente, el lector debe tener en cuenta que esta formulación es especulativa y debería ser objeto de futuras investigaciones.

### **Coordinación de Teoría y Evidencia.**

Una de las demandas formuladas al cliente en terapia cognitiva es que diferencie entre teoría y evidencia. Resulta fundamental para la empresa terapéutica el no aceptar los pensamientos como hechos, sino considerarlos como hipótesis sujetas a contraste y escrutinio lógico. Una pregunta que suele formular el terapeuta, de una u otra forma, es “¿Cuál es la evidencia en favor de esta creencia?” La investigación en la tradición constructivista piagetiana (Kuhn, 1989; Kuhn, Amsel, y O’Loughlin, 1988) indica que muchos adultos no muestran la competencia para diferenciar entre teoría y evidencia. Esta observación tiene implicaciones importantes para quienes practican terapia cognitiva. Si no se saben apreciar las diferencias entre teoría y evidencia y, por lo tanto, falta la capacidad de coordinar ambas, es difícil ver cómo se puede uno distanciar efectivamente de sus propios pensamientos y evaluarlos racionalmente, así como buscar datos que los confirmen o desconfirmen. De hecho, Kuhn encontró en su investigación que muchos sujetos adultos eran incapaces de apartar la creencia que tenían en su propia teoría para sopesar hasta qué punto la evidencia la apoyaba. Tales sujetos no parecían entender la naturaleza de

la evidencia y su distinción respecto a la teoría. Es más, eran incapaces de pensar reflexivamente *acerca de* la teoría, una actividad metacognitiva. Muchos de estos sujetos, cuando se les preguntaba qué tipo de evidencia les convencería de que su teoría es falsa, no concebían ninguna prueba que pudiese contradecir su creencia ni podían citar criterios de evidencia desconfirmatoria. Parecían incapaces de concebir una teoría alternativa a la suya que pudiese explicar el hecho o fenómeno particular que se discutía. Esto plantea un problema al terapeuta cognitivo que pregunta “¿Hay alguna otra forma de considerar esto?” Sin embargo es una pregunta que se le suele hacer al cliente en terapia cognitiva, con la esperanza de generar puntos de vista alternativos y más adaptativos. Cuando se les pedía que aportasen evidencias de su teoría, la tendencia de estos sujetos era describir lo que ya creían y presentar la descripción como evidencia favorable. Kuhn (1989; Kuhn, Amsel, & O’Loughlin, 1988) destaca que la capacidad para modificar las propias teorías causales o explicativas a la luz de nuevas evidencias, es decir, de diferenciar y coordinar teoría y evidencia, atraviesa por cambios evolutivos. En estudios de entrenamiento, diseñados para facilitar el desarrollo de la competencia comentada, Kuhn y sus colaboradores hicieron repetidamente una serie de preguntas que conminaban a los sujetos a justificar sus creencias, a ofrecer razones convincentes para que los demás las aceptasen, a producir explicaciones causales alternativas desde el punto de vista de otro, y a citar qué se necesitaría para demostrar que sus creencias eran erróneas. A la luz de esta visión constructivista de la naturaleza evolutiva de la capacidad de diferenciar y coordinar teoría y evidencia, corresponde al terapeuta cognitivo ser consciente de ella y tenerla en cuenta al trabajar con el cliente. La suposición de que el cliente ya posee esta competencia en su mayor grado evolutivo podría ser infundada. Las preguntas formuladas a los sujetos de los estudios de Kuhn pueden servir al terapeuta cognitivo para fomentar el desarrollo del cliente en ese área esencial.

### **La Restricción de la Pseudo-Necesidad**

Como resultará obvio, una buena parte de la terapia cognitiva se centra en trabajar con el paciente para ayudarle a modificar o reemplazar las presunciones fundamentales que gobiernan el pensamiento, sentimiento, y conducta. Pero el pensador operacional concreto tiende a estar firmemente arraigado a sus presunciones de una manera diferente que el operacional formal, que tiene el pensamiento científico a su disposición. Como señala Elkind (1974), el individuo menos desarrollado está arraigado a sus “realidades presupositivas”, de forma que la evidencia empírica tiene poco impacto sobre lo que ya cree. (Punto claramente vinculado al trabajo de Kuhn sobre teoría y evidencia.) Las hipótesis y los hechos se ven de forma intercambiable. Es más probable que la evidencia contradictoria tienda a modificarse para encajar en la presunción, que, por el contrario, la presunción se ajuste a la nueva experiencia. Es en este sentido que, a pesar de

avances importantes en alejarse de formas tempranas de egocentrismo, el pensador operacional concreto sigue siendo egocéntrico. Es más, no puede apartar lo que le es conocido y familiar para asumir hipotéticamente una premisa que sabe que es falsa en términos de su realidad presente y razonar lógicamente hacia una conclusión válida interna (al silogismo) (Moshman, 1986). Desde el período preoperacional, el pensamiento está sujeto a una pseudo-necesidad en la que lo que sucede realmente se ve como lo que debe suceder, y lo que no se observa se concibe como imposible (Furth, 1981; Piaget, 1976). Esto demuestra la fuerza de lo que se afirma en virtud de su observabilidad, mientras que lo que no se observa es una construcción posterior del proceso evolutivo. De esta manera lo observado con regularidad se toma erróneamente por necesidad lógica. Por ejemplo, "si  $A = B$  y  $B = C$ , entonces  $A = C$ " es una proposición necesariamente cierta. Por otra parte, si un niño observa siempre enfermeras y nunca enfermeros, concluye que, por necesidad, todas las enfermeras son mujeres y ningún hombre puede ser enfermero. La observación de un enfermero en el contexto de este sistema de pensamiento se concebirá como una anomalía y se explicará de alguna forma que la anule. Son precisamente estos patrones de pensamiento los fundamentales para la formación temprana de las cogniciones desadaptativas. Un niño criado en una familia que le enseña y refuerza la norma de que nunca se ha de manifestar una opinión contraria a la autoridad puede llegar a la edad adulta creyendo que esta es una proposición necesariamente cierta en lugar de una regla con validez situacional y, para él, histórica. Si observa a alguien violando la norma, evaluará esa conducta como equivocada, inadecuada o incluso inmoral en un sentido absoluto. El papel del terapeuta es ayudarle a reconocer (reconocer) que hay una diferencia entre lo que es necesidad lógica y lo que ocurre con regularidad debido a las circunstancias. La viabilidad de la creencia en cuestión debe ser reevaluada a la luz de las realidades actuales y la creencia abandonada si se ha demostrado su obsolescencia (Guidano, 1988). El terapeuta cognitivo familiarizado con la dinámica del constructivismo tal como se ha presentado tendrá un marco conceptual desde el que evaluar a sus clientes y trabajar con ellos cuando se enfrente a presunciones o creencias predicadas por pseudo-necesidad.

## **UNA PERSPECTIVA CONSTRUCTIVISTA-EVOLUTIVA DEL CAMBIO**

Como mencioné antes, el cambio evolutivo en la psicología constructivista de Piaget se considera el resultado de los mecanismos de perturbación o desequilibrio. Mientras el paradigma del conocimiento personal del individuo funciona efectivamente, el sistema está en un estado de equilibrio. Se produce un equilibrio armónico entre el proceso de asimilación y el de acomodación. Mediante la asimilación (función conservadora) las cosas se comprenden en términos de la organización preexistente de los esquemas en equilibrio con el debido grado de acomodación (función progresiva) para evitar la distorsión y satisfacer las demandas de la realidad. Hay momentos, sin embargo, en que el equilibrio del conocimiento resulta

inadecuado para comprender las experiencias novedosas. Para que el desarrollo progrese en esos momentos, debe modificarse el esquema presente o inventarse uno nuevo, con mayor énfasis en la función de acomodación sobre la de asimilación. Por ejemplo, el esquema “Todas las enfermeras son mujeres y ningún hombre es enfermero” sólo puede mantenerse hasta el punto en que se observen un número creciente de enfermeros. Lo que en principio se explicaba como una aberración acaba llevando al sistema de conocimiento a un estado de desequilibrio. La evidencia contraria a la creencia aumenta y ya no puede ignorarse o negarse tan fácilmente. Se induce un conflicto cognitivo y se lleva a cabo una acomodación a la nueva evidencia. El esquema se reorganiza finalmente en la forma “Una enfermera no necesariamente ha de ser mujer, pues un hombre puede ser enfermero”. Este esquema modificado puede llevar, mediante futuros desarrollos, al reconocimiento de que si bien parece haber más enfermeras que enfermeros, esto no tiene porque ser así necesariamente, pues —al menos hipotéticamente— puede llegar el día en que haya más enfermeros que enfermeras. Esto implica la construcción de lo no-observable y un salto hacia el ámbito de lo hipotético, es decir, más acomodación.

Dos formas fundamentales en las que el constructivismo piagetiano postula la emergencia del desequilibrio son el conflicto entre dos subsistemas de pensamiento y entre una predicción y un resultado inesperado. Las dos tienen análogos en las estrategias terapéuticas de Beck. El diálogo socrático se adecua exquisitamente a la exposición de conflictos potenciales entre premisas del sistema de creencias de un cliente. Por ejemplo, una cliente deprimida se acusa de ser una mala madre, basándose en el hecho de que su hija ha sacado malas notas en la escuela. Cuando se le pregunta si ella tuvo alguna vez malas notas de niña, reconoce que sí. Preguntándole más declara que siempre ha considerado que su madre fue una buena madre. El terapeuta pasa a yuxtaponer las dos creencias, la de que es una mala madre porque su hija ha sacado malas notas y la de que su madre fue una buena madre a pesar del hecho de que ella sacaba malas notas, creando así un conflicto cognitivo que exige resolución. El experimento conductual exige hacer una predicción basada en la propia formulación hipotética de los pensamientos o presuposiciones y llevar a cabo la acción implicada de cara a observar el resultado. Con mucha frecuencia la expectativa implícita en una predicción negativa se desconfirma y se produce una vez más un conflicto cognitivo. Si bien un hecho así se puede minimizar, la replicación repetida del resultado experimental intensifica el conflicto y exige la reconciliación de la discrepancia recurrente entre la predicción y el resultado. (Es posible, por supuesto, que se confirme una predicción negativa, en cuyo caso hay que intentar sacar provecho del resultado. Por ejemplo, el terapeuta puede señalar que el cliente ha sobrevivido a la experiencia muy bien, puede preguntarle cómo fue de catastrófico en definitiva, puede plantear la cuestión de qué pasos cree el cliente que se pueden adoptar para alterar el resultado en el futuro, etc.)

Si bien esta discusión se ha centrado en las dos estrategias principales de Beck, el diálogo socrático y el experimento conductual, hay numerosas técnicas cognitivas específicas en el repertorio del terapeuta y en mi opinión el escrutinio detallado de muchas de ellas, sino todas, revelaría que lo que tienen en común es que inducen un efecto de perturbación que lleva a un estado de desequilibrio. La reequilibración, o introducción de un equilibrio renovado, no es sólo una cuestión de restaurar la homeostasis, es decir el equilibrio anterior, sino que lleva al cliente a un nivel superior más adaptativo. La conciencia del principio de perturbación libera al terapeuta del estado de sujeción a las estrategias y técnicas cognitivas que practica. Estas se convierten en un objeto de conocimiento, que capacita al terapeuta a diseñar una variedad infinita de técnicas de perturbación en respuesta a las necesidades de sus clientes.

### **DEL EGOCENTRISMO A LA ADOPCIÓN DE PERSPECTIVAS**

El egocentrismo es un tema muy presente en el curso del desarrollo según el modelo piagetiano. Aunque tiene varias facetas, para la presente discusión es de importancia fundamental el egocentrismo definido como incapacidad para adoptar la perspectiva de los demás, especialmente cuando difiere de la propia. La tendencia es a centrarse exclusiva o predominantemente en el propio punto de vista, lo que bloquea al sujeto impidiéndole reconocer cómo podrían aparecer las cosas desde la postura alternativa del otro en cualquier situación dada. Al descentrarse de la propia perspectiva, se alcanza la capacidad de ver las cosas desde el punto de vista de otro, incluso cuando el punto de vista ajeno es diferente del de uno. Se llega a apreciar no sólo *que* el otro tiene otra perspectiva, sino *cuál* podría ser esa perspectiva. Esto implica la capacidad de reconocer que los otros tienen sus propios deseos, pensamientos, intenciones, aspiraciones, y metas, igual que uno, y que esa vida interna puede muy bien diferir de la propia. El sujeto también desarrolla la capacidad de verse a sí mismo desde la perspectiva del otro y de tenerla en cuenta cuando interactúa en la relación. En algún punto del desarrollo, no sólo puede saltar de una a otra perspectiva sino también coordinar ambas. Esto se facilita mediante el desarrollo de la “perspectiva de la tercera parte”, que capacita al sujeto a asumir la perspectiva de una hipotética tercera persona que supervisa la interacción real entre el sujeto y la otra persona presente (Selman, 1976). Desde una perspectiva constructivista es esencial tener presente que la capacidad de adoptar perspectivas no aparece repentinamente, sino que se desarrolla gradualmente en varias etapas, empezando por un estadio temprano de egocentrismo indiferenciado y llegando a la capacidad madura para adoptar perspectivas multisistémicas. Como afirma Selman, “Cada nivel avanzado de adopción de perspectivas representa un cambio cualitativo en la comprensión del niño de las personas y de la relación entre el punto de vista propio y de los demás” (1980, p. 49). Flavell (1992) aporta un resumen excelente de su trabajo, de más de 35 años, sobre el desarrollo de la adopción de

perspectivas. También acentúa que independientemente de en qué medida desarrollamos nuestra capacidad de ver las cosas desde puntos de vista alternativos y de coordinar estos puntos de vista, siempre retenemos la capacidad de pasar a un modo egocéntrico de pensamiento bajo ciertas circunstancias (Flavell, 1985). En cualquier caso, la capacidad de adoptar perspectivas es esencial para el razonamiento social efectivo, el juicio moral, la empatía, así como para la resolución de problemas interpersonales y la negociación. Es tan importante para las relaciones fructíferas entre naciones como entre individuos.

El terapeuta cognitivo podría instituir medidas que promocionasen la adopción de perspectivas. En su obra sobre el tratamiento de los trastornos de personalidad, Beck et al. (1990) describen algunos procedimientos de role-playing que pueden llevar a un cambio en la adopción de perspectivas respecto a otra persona incluso aunque la perspectiva recién adquirida no pueda validarse. Por ejemplo, una paciente puede desempeñar el rol de su propia madre muerta, que enviudó de joven y tuvo que trabajar para mantener a sus tres hijos. La paciente empieza a ver, a través de los ojos de su madre, la tensión que esto generó en ella y qué gran lucha representó mantener el hogar unido. La paciente puede llegar a creer que su madre no fue una persona desaparegada o deliberadamente negligente. Esto a su vez puede llevar a una modificación de su reconocimiento de sí misma como indigna de ser amada. Se trata de un proceso reconstructivo y es plausible, además de adaptativo. Es una reescritura constructivista de la historia narrativa de la paciente (Sarbin, 1986), basada en una intervención de adopción de perspectivas.

Liotti (1992) comenta al respecto, "Dado el rol central del egocentrismo en los trastornos de personalidad, es esencial diseñar estrategias terapéuticas que puedan ayudar al paciente a descentrarse tan a menudo como le sea posible" (p. 49). Trabajando con un paciente diagnosticado de trastorno de personalidad *borderline*, el paciente revela que evita aceptar una invitación a una fiesta porque se imagina que será rechazado por los demás, que pueden mostrarse críticos u hostiles hacia él. Está convencido de que los pensamientos de los demás se ocuparán de él y que será el centro de atención en sentido negativo. Liotti intenta promover la adopción de perspectivas animando al paciente a generar posibilidades alternativas que puedan ocupar la mente de los demás invitados; pensamientos que tengan más relación con sus propios deseos primarios, preocupaciones, y metas que con las del propio paciente.

Una estrategia para facilitar que el cliente desarrolle la capacidad de ver las cosas desde puntos de vista ajenos es entretejer en cada sesión lo que se podría denominar preguntas de "adopción de perspectivas". Hay un sinnúmero de ellas que pueden ser diseñadas espontáneamente por el terapeuta para que encajen con la unicidad de la situación y personalidad de cada cliente. Algunas preguntas de este tipo son las siguientes:

- 1) ¿Cómo se vería esto desde el punto de vista de ella?

- 2) ¿Cómo te sentirías si estuvieras en la posición de ella?
- 3) ¿Si alguien te hiciera o dijera lo que tú le has dicho, cómo crees que te sentirías?
- 4) ¿Qué información adicional crees que puede necesitar ella para ver las cosas o comprender la situación como tú?
- 5) Si tu amigo (o quien sea) estuviera aquí ahora, ¿cómo crees que describiría lo que hemos estado hablando?
- 6) Para atribuir ese motivo razonablemente a tu esposa (o a quien sea), ¿hay alguna información que hubiese necesitado y de la que carezca en el momento presente?

El terapeuta creativo puede continuar planteando preguntas de adopción de perspectivas para fomentar el desarrollo del cliente. Por ejemplo, puede preguntar, “¿Qué tendría que saber un marciano, recién llegado a la Tierra, para sobrevivir a su primera semana aquí?”. Este estilo terapéutico de plantear preguntas es enteramente compatible con la preferencia de los terapeutas cognitivos por formular preguntas en lugar de ofrecer interpretaciones. Es más, dado que la naturaleza de estas preguntas permite destacar la discrepancia y la incongruencia, pueden inducir el proceso de desequilibración fundamental para el proceso evolutivo.

## CONCLUSIÓN

He intentado responder a la pregunta de si el constructivismo tiene algo que ofrecer a la psicoterapia. Desde una perspectiva constructivista hay muchas respuestas posibles, incluida, “No”. Claramente, esta no ha sido la mía. La formulación de este artículo se basa en gran medida en un constructivismo piagetiano, es decir, he respondido a la pregunta desde una perspectiva constructivista-evolutiva. Si bien este enfoque tiene muchos puntos en común con otros modelos constructivistas, también se caracteriza por rasgos propios. Hay que tener en cuenta que lo que se presenta aquí es mi propia construcción de la orientación constructivista evolutiva. Si el artículo hubiese sido escrito por otro, tendría probablemente una forma muy diferente. La aplicación de la orientación constructivista descrita con anterioridad se relaciona directamente con el modelo de terapia cognitiva de Beck, aunque gran parte de lo dicho resulta relevante también para otros enfoques terapéuticos y para la psicoterapia en general.

En conclusión, quisiera expresar la opinión de que, en último extremo, en el núcleo de la psicoterapia siempre habrá un misterio. Esto se debe a que todos los seres humanos son sistemas de atribución de significado. El significado que atribuyan a su propia experiencia terapéutica nunca podrá predecirse o controlarse del todo —y así es como debe ser.

*Este artículo se basa en gran medida en el constructivismo piagetiano, es decir sigue una perspectiva constructivista-evolutiva. Si bien este enfoque tiene muchos puntos en común con otros modelos constructivistas, también se caracteriza por sus rasgos propios. La aplicación de la orientación constructivista aquí descrita se relaciona directamente con el modelo de terapia cognitiva de Beck, aunque gran parte de lo se dice resulta relevante también para otros enfoques terapéuticos y para la psicoterapia en general.*

Traducción Lluís Botella

### Referencias bibliográficas:

- ALEXANDER, C.N. & LANGER, E.J. (Ed.) (1990). *Higher stages of human development*. New York: Oxford University Press.
- ANDERSON, W.T. (1990). *Reality isn't what it used to be*. San Francisco: Harper & Row.
- BECK, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- BECK, A.T. & EMERY, G. (1985). *Anxiety and phobias: A cognitive approach*. New York: Guilford.
- BECK, A.T., FREEMAN, A. & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F. & EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- BRICKER, D., YOUNG, J., & FLANAGAN, C. (1993). Schema-focused cognitive therapy: A comprehensive framework for characterological problems. In K.T. Kuehlwein & H. Rosen (Eds.), *Cognitive therapies in action: Evolving innovative practice*. (pp. 88-125). San Francisco: Jossey-Bass.
- CHANDLER, M. (1987). The Othello effect: Essay on the emergence and eclipse skeptical doubt. *Human development*, 30, 137-159.
- CHANDLER, M. (1988). Doubt and developing theories of mind. In J. Astington, P. Harris, & D. Olson (Eds.), *Doubt and developing theories of mind*. (pp. 387-413). New York: Cambridge University Press.
- CHAPMAN, M. (1988). *Constructive evolution: Origins and development of Piaget's thought*. New York: Cambridge University Press.
- COMMONS, M.L., RICHARDS, F.A. & ARMON, C. (Eds) (1984). *Beyond formal operations: Late adolescent and adult cognitive development*. New York: Praeger.
- ELKIND, D. (1974). Children and adolescents: *Interpretive essays on Jean Piaget*. New York: Oxford University Press.
- ELLIS, A. & BERNARD, M. (Eds.) (1983). *Rational-emotive approaches to the problems of childhood*. New York: Plenum.
- FLAVELL, J.H. (1963). *The developmental psychology of Jean Piaget*. Princeton, NJ: D. Van Nostrand Company, Inc.
- FLAVELL, J.H. (1985). *Cognitive development* (2nd edition). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- FLAVELL, J.H. (1992). Perspectives on perspective taking. In H. Bellini & P.B. Bufall (Eds.), *Piaget's theory: Prospects and possibilities* (pp. 107-139). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- FREEMAN, A. (1993). A psychosocial approach for conceptualizing schematic development for cognitive therapy. In K.T. Kuehlwein & H. Rosen (Eds.), *Cognitive therapies in action: Evolving innovative practice* (pp.54-87). San Francisco: Jossey-Bass.
- FREEMAN, A. & DATTILIO, F.M. (Eds.) (1992). *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. New York: Plenum.
- FURTH, H.G. (1981). *Piaget and knowledge: Theoretical foundations* (2nd edition). Chicago: University of Chicago Press.
- GONÇALVES, O.F. (Ed.) (1989). *Advances in the cognitive therapies: The constructive-developmental approach*. Porto: APPORT.
- GUIDANO, V.F. (1987). *Complexity of the self*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V.F. (1988). A systems process-oriented approach to cognitive therapy. In K. S. Dobson (Ed.),

- Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 307-354). New York: Guilford.
- GUIDANO, V.F. & LIOTTI, G. (1982). *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford.
- HAAGA, D.A.F., DeRUBEIS, R.J., STEWART, B.L., BECK, A.T. (1991). Relationship of intelligence with cognitive therapy outcome. *Behavior Research and Therapy*, 29, 277-281.
- INHELDER, B. & PIAGET, J. (1958). *The growth of logical thinking from childhood to adolescence*. New York: Basic Books. (Originally published 1955).
- INHELDER, B. & PIAGET, J. (1969). *The early growth of logic in the child*, New York: Norton. (Originally published 1959).
- INHELDER, B., SINCLAIR, H. & BOVET, M. (1974). *Learning and development of cognition*. Cambridge, MA: Harvard University Press. (Originally published 1974).
- IVEY, A. (1986). *Developmental therapy: Theory into practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- JOYCE-MONIZ, L. (1989). Structures, dialectics and regulation of applied constructivism: From developmental psychopathology to individual drama therapy. In O.F. Gonçalves, *Advances in the cognitive therapies: The constructivist-developmental approach* (pp. 45-90). Porto, Portugal: APPORT.
- KEGAN, R. (1982). *The evolving self*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- KELLY, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*, (Vols. I and II). New York: Norton.
- KUEHLWEIN, K.T. & ROSEN, H. (eds.) (1993). *Cognitive therapies in action: Evolving innovative practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- KUHN, D. (1989). Children and adults as intuitive scientists. *Psychological Review*, 96, 674-689.
- KUHN, D., AMSEL, E. & O'LOUGHLIN, M. (1988). *The development of scientific thinking skills*. Orlando, FL: Academic Press.
- LIOTTI, G. (1992). Egocentrism and the cognitive psychotherapy of personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6, pp. 43-58.
- LIOTTI, G. (1993). Disorganized attachment and dissociative experiences: An illustration of the developmental-ethological approach to cognitive therapy. In K.T. Kuehlwein & H. Rosen (Eds.), *Cognitive therapies in action: Evolving innovative practice* (pp. 213-239). San Francisco: Jossey-Bass.
- MAHONEY, M.J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- MATURANA, H.R. & VARELA, F.J. (1992). *The tree of knowledge: The biological roots of understanding*. (rev. ed.). Boston: Shambhala.
- MORRIS, W. (Ed.) (1981). *The American heritage dictionary of the English Language*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- MOSHMAN, D. (1986 May). Discussant of "Necessity: The developmental component in reasoning", by F. Murray. Paper presented at the 16th Annual Piaget Symposium, Philadelphia, PA.
- MURAN, C. & SAFRAN, J. (1993). Emotional and interpersonal considerations in cognitive therapy. In K.T. Kuehlwein and K.H. Rosen (Eds.), *Cognitive therapies in action: Evolving innovative practice* (pp. 185-212). San Francisco: Jossey-Bass.
- PERRY, W. (1970). *Forms of intellectual and ethical development in the college years: A scheme*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- PIAGET, J. (1952). *The child's conception of number*. London: Routledge & Kegan Paul (Abridged translation of Piaget & Szeminska, 1941/1964).
- PIAGET, J. (1955). *The language and thought of the child*. Cleveland: Meridian. (Originally published 1923).
- PIAGET, J. (1960). *The child's conception of the world*. Totowa, NJ: Littlefield, Adams. (Originally published 1926).
- PIAGET, J. (1963). *The origins of intelligence in children*. New York: Norton.
- PIAGET, J. (1966). *The child's conception of physical causality*. London: Routledge & Kegan Paul. (Originally published 1927).
- PIAGET, J. (1969). *Judgment and reasoning in the child*. Totowa, NJ: Littlefield, Adams. (Originally published 1924).
- PIAGET, J. (1971). *The construction of reality in the child*. New York: Ballantine. (Originally published 1937).
- PIAGET, J. (1976). *The grasp of consciousness*. Cambridge: Harvard University Press. (Originally published in 1974).
- PIAGET, J. (1980). *Experiments in contradiction*. Chicago: University of Chicago Press. (Originally published 1974).
- PIAGET, J. (1985). *The equilibration of cognitive structures*. Chicago: University of Chicago Press. (Originally

- published 1975).
- ROSEN, H. (1985). *Piagetian dimensions of clinical relevance*. New York: Columbia University Press.
- ROSEN, H. (1989). Piagetian theory and cognitive therapy. In A. Freeman, K.M. Simon, L. Beutler, & H. Arkowitz (eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp.189-212). New York: Plenum.
- ROSEN, H. (1991). Constructivism: Personality, psychopathology and psychotherapy . In D.P. Keating and H. Rosen (Eds.), *Constructivist perspectives on developmental psychopathology and atypical development* (pp. 149-171). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- ROSEN, H. (1993). Developing themes in the field of cognitive therapy. In K.T. Kuehlwein and H. Rosen (eds.), *Cognitive therapies in action: Evolving innovative practice* (pp.403-434). San Francisco: Jossey-Bass.
- SAFRAN, J.D. & SEGAL, Z.V. (1990). *Interpersonal processes in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- SARBIN, T.R. (Ed.) (1986). *The storied nature of human conduct*. New York: Praeger.
- SELMAN, R.L. (1976). Social-cognitive understanding: A guide to educational and clinical practice. In T. Leckona (Ed.), *Moral development and behavior* (pp.299-316). New York: Holt Rinehart & Winston.
- SELMAN, R.L. (1980). *The growth of interpersonal understanding*. New York: Academic Press.
- SELMAN, R.L., LAVIN, D.R. & BRION-MEISELS, S. (1982). Troubled children's use of self-reflection. In F.S. Serafica (Ed.), *Social-cognitive development in context* (pp. 62-99). New York: Guilford.
- SELMAN, R.L. & SCHULTZ, L.H. (1990). *Making a friend in youth: Developmental theory and pair therapy*. Chicago University Press.
- SIEGLER, R.S. (1991). *Children's thinking* (2nd edition). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- STURMAN, M. (1991). *Notes on Cervantes' Don Quixote*. Lincoln, Nebraska: Cliff Notes.
- TURIEL, E. (1974). Conflict and transition in adolescent moral development. *Child Development*, 45, 14-29.
- VILLEGAS, M. (1992). Hermenéutica y constructivismo en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 12, 5-16.
- WATZLAWICK, P. (Ed.) (1984). *The invented reality*. New York: W.W. Norton.
- WELLMAN, H.M. (1988). First steps in the child's theorizing about the mind. In J. Astington, P. Harris & D. Olson (Eds.), *Developing theories of mind*. (pp. 64-92). New York: Cambridge University Press.
- WELLMAN, H.M. (1990). *The children's theory of mind*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- YOUNG, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, Florida: Professional Resource Exchange.





# LA ENTREVISTA EVOLUTIVA

Manuel Villegas Besora

Universitat de Barcelona

*In this article the therapeutic interview is considered as a particular type of discourse that can be analysed at two different levels: a) expressive, which relates to the epistemologic complexity of its enunciation, and b) constructive, related to the manifested degree of social and cognitive development. This twofold perspective, based on the constructivist-developmental paradigm of Jean Piaget and his school, offers an evolving view of the therapeutic interview and constitutes the origin to a method of analysis applicable to any type of interview, regardless of the approach used by the therapist.*

---

A pesar de las aportaciones de la psicología evolutiva en general, y de las del psicoanálisis en particular, a la concepción de la psicopatología, ésta continúa concibiéndose, más en consonancia con el modelo médico que con el psicológico, en términos estructurales, más que evolutivos. En efecto, la metáfora predominante en el campo de la psicopatología médica o psiquiátrica, acorde con la visión newtoniana de la naturaleza como “máquina universal”, es la del “hombre máquina”. Una máquina a la que, como analogía explicativa del trastorno mental o psicológico, le falta o se le estropea un pieza.

Este predominio de la visión estructural de la psicopatología, coherente con el modelo médico, coloca tanto a la psicología clínica, en general, como a la psicoterapia, en particular, en una situación marginal frente a la psiquiatría, rayana con la desaparición o con la extinción pura y simple. Sin embargo, esta situación que, a primera vista, constituye una amenaza real para la supervivencia de la psicoterapia, como técnica puramente psicológica en el tratamiento de los problemas mentales, constituye una ocasión de oro para contribuir a deslindar los ámbitos diferenciales de aplicación de la psicoterapia y de la psiquiatría. Psiquiatría y psicología clínica o psicoterapia, en efecto, deben distinguirse no sólo por sus métodos, sino también por las características de su objeto.

Simplificando mucho podríamos decir que la distinción entre psiquiatría y psicoterapia se puede reducir a la oposición representada por el binomio *morfoestasis/morfogénesis* (Maturana & Varela, 1987). La primera hace referencia al mantenimiento de la estructura de un organismo, mientras que la segunda se refiere a la

construcción o expansión evolutiva del mismo. Ambas tendencias son complementarias y no excluyentes, pero sí se desarrollan en direcciones opuestas. Mientras que la primera -la morfoestasis- es conservadora de la organización estructural, ejerciendo funciones reductoras o neutralizadoras de las influencias desorganizadoras, la segunda -la morfogénesis- es expansiva, generadora de nuevas modalidades de organización más complejas. Ambas tendencias son fundamentales para la generación y conservación de las especies. En un medio suficientemente estable predomina la tendencia morfoestática o de conservación de la especie; en un medio inestable el predominio de la tendencia morfogenética puede facilitar la evolución y cambio de la especie para asegurar su supervivencia.

Dado que la acción humana no puede, al menos por el momento, hacer evolucionar genéticamente el propio organismo, las ciencias médicas se han originado para ayudar al mantenimiento de la estructura ontogenética restaurando o paliando eventuales déficits estructurales. En este sentido la medicina ha desarrollado técnicas para reparar daños traumáticos infligidos al organismo siempre que no fueran mortales, agentes terapéuticos capaces de inhibir la proliferación de bacterias nocivas para la conservación del organismo, o instrumentos para extirpar órganos inviábiles o incluso trasplantar otros más viables. De forma parecida, la psiquiatría, después de una larga historia de tanteos y vacilaciones, se ha ido encuadrando cada vez más en el ámbito de las ciencias médicas, utilizando los recursos que la medicina y cirugía en general, y más en particular la neuroquímica del SN y la neurocirugía, le ofrecían para hacer frente al mantenimiento y restauración de los trastornos mentales, concebidos como trastornos nerviosos o cerebrales, dando origen a la neuropsiquiatría. Objetivo, pues, de la neuropsiquiatría sería velar no sólo por el mantenimiento del funcionamiento estructural de la química cerebral, sino reparar las disfunciones ocasionales provocadas por agentes patógenos externos o internos, prevenir los factores desestabilizantes del equilibrio mental y paliar, en la medida de lo posible, los efectos desestructurantes del funcionamiento mental provenientes de déficits genéticos o degenerativos.

La psicoterapia, en cambio, tendría por objeto promover o facilitar la evolución morfogenética del organismo humano. La característica diferencial de la especie humana parece, en efecto, la de evolucionar no en un sentido biológico o filogenético, donde por el momento ha tocado techo, sino psicológico y social, es decir hacia una mayor complejidad noogenética. Los saltos cualitativos que el ser humano ha realizado a través de la historia tienen que ver con la creación de instrumentos semióticos -como el lenguaje-, éticos -como la axiología- y prácticos -como la técnica- cuyo entramado constituye un mundo simbólico -más allá del mundo físico o natural, al que trasciende e interpreta- y que da lugar a la cultura, dentro de la cual se configura la psique humana. La psicopatología, desde esta perspectiva, no es un problema de disfunción de la estructura química cerebral -que sí lo sería para los trastornos mentales orgánicos-, sino de crisis del mundo simbólico

en el que habita el individuo humano.

Tales crisis son frecuentes en el proceso de desarrollo humano normal, tanto colectivo como individual, y dan origen a nuevas elaboraciones simbólicas, representativas de la realidad. Desde un punto de vista colectivo implican cambios culturales o de mentalidad que suelen producirse en la dirección de una mayor adaptación a las exigencias del medio natural y social y son objeto de estudio del constructivismo social (Gergen, 1982). Desde un punto de vista individual implican la construcción de nuevas estructuras de conocimiento para afrontar la complejidad creciente de los problemas con los que se enfrenta el individuo. Para explicar el desarrollo cognitivo del niño, por ejemplo, Piaget sigue un modelo que él denomina genético-constructivo, según el cual las estructuras biológicas con que nace el ser humano son suficientes, aunque inmaduras, desde el punto de vista neurológico para su adaptación al mundo físico o natural, pero no lo son para su adaptación al medio social. En consecuencia, el niño debe construir nuevas estructuras de carácter esta vez no biológico sino epistemológico, para hacer frente a la complejidad del mundo simbólico social. Debe construir, entre otras, las estructuras lingüísticas sintácticas y pragmáticas, el pensamiento concreto: los conceptos de cantidad, causalidad y circunstancialidad -lugar, tiempo, etc.-, los criterios de razonamiento lógico, el pensamiento abstracto, etc. Todo este proceso de construcción se hace de forma sistemática y sucesiva, aunque a través de verdaderas crisis epistemológicas, que obligan al niño a desechar formas de pensamiento inadecuadas, como el pensamiento mágico o las reacciones emocionales preoperatorias.

Tales crisis no se consideran patológicas, sino dirigidas al crecimiento y son producto de la propia tendencia morfogénica, orientada a la construcción de estructuras más eficaces de pensamiento y acción. Este desarrollo potencial es producto de la neotenia humana, nivel de inmadurez estructural específico con que nace el bebé humano, que le permite en su indiferenciación alcanzar un grado de adaptación al medio mucho mayor que el de otra cualquier especie. La patología surge, no por el hecho de estar atravesando una crisis de reestructuración epistemológica, sino por el hecho de no superarla y no debe confundirse con la inmadurez estructural o específica, característica, por ejemplo, de los diversos estadios que sigue la evolución del niño en la infancia y adolescencia.

Así pues, la psicopatología puede considerarse desde una perspectiva evolutiva como una crisis no resuelta y, la psicoterapia, como una intervención de orden noético-práxico dirigida a su resolución. Según esto el objetivo de la psicoterapia no sería la reducción de la sintomatología orgánica -ansiedad, agitación, estrés, depresión, etc.- que suele acompañar a las situaciones de crisis irresueltas, sino la promoción del cambio epistemológico en la organización noogenética. A su vez los problemas psicológicos no serían disfunciones estructurales del cerebro, sino inadaptaciones funcionales al medio humano, efecto de conflictos simbólicos, cuya superación exigiría cambios evolutivos en la organización psíquica. La psicoterapia,

por tanto, al contrario de la psiquiatría o neuropsiquiatría, no sería un procedimiento de influencia directa o física sobre la mente -el cerebro-, sino indirecta o social a través de instrumentos específicos, adecuados al objetivo de reorganizar el mundo simbólico constitutivo de la psique humana.

Ahora bien, ¿cuáles son los instrumentos adecuados para promover el cambio epistemológico o reorganización noogenética de que dispone la psicoterapia? Desde la antigüedad los seres humanos han usado diversas técnicas para influir en sus prójimos. Algunas tenían que ver con la magia, otras con la retórica, otras con la pedagogía o enseñanza y otras, finalmente, con la sofística. Todas ellas, de acuerdo con Frank (1990), están presentes, de alguna manera, como elementos comunes en todas las psicoterapias. Algunas de estas técnicas son específicamente retomadas por las psicoterapias modernas (Villegas, 1990), como por ejemplo la sofística en la terapia cognitiva de Beck (1976) o la retórica en la Terapia Racional Emotiva de Ellis (1962). Esta influencia social, en el caso de la psicoterapia, se ejerce en el marco de una relación profesional, orientada al cambio psicológico, entendido como reestructuración epistemológica de significados. No sirven para la psicoterapia moderna aquellas técnicas de influencia social basadas en la sugestión -magia-, en el adoctrinamiento retórico -política o religión-, o en la enseñanza instructiva -pedagogía-, sino en el diálogo co-constructivo (Gergen y Kaye, 1992), capaz de fomentar el aumento de complejidad cognitiva, del que la sofística no es más que un antecedente histórico.

Como medio de influencia social la psicoterapia crea un contexto específico en el que se desenvuelve su actividad. Este contexto viene determinado por las características de un encuentro interpersonal, constituido por el cliente (individuo, pareja, familia, grupo, institución, etc.) y el profesional o terapeuta/s. En este encuentro se producen necesariamente relaciones intersubjetivas -afectivas y emocionales- de tipo personal, transferencial y contratransferencial. Pero, salvo excepciones notorias como en el Psicoanálisis, la finalidad del encuentro terapéutico no es la de relacionarse, sino la de llevar a cabo una tarea que puede ser definida de modo muy amplio como la resolución de un problema o la promoción de un cambio de naturaleza psicológico. Una vez conseguido este objetivo y aunque haya jugado un papel movilizador más o menos importante, la relación terapéutica deja de tener sentido y se da por terminada la psicoterapia.

El instrumento para llevar a cabo el objetivo terapéutico suele ser mayormente, y también salvo excepciones, como en la terapia de modificación de conducta, la *entrevista*. La entrevista es un instrumento dialógico que puede ser entendido de muchas maneras; por ejemplo como una evaluación -entrevista psiquiátrica o de diagnóstico-, como un examen -entrevista de selección-, como un interrogatorio -entrevista policíaca-, o como una indagación -entrevista periodística, etc. Desde el punto de vista psicoterapéutico la entrevista debe reunir tales características que la hagan capaz de promover el cambio psicológico en el sentido de una reestructura-

ción morfogenética a nivel epistémico-práxico. Ello equivale a utilizar la entrevista como un instrumento de evolución psicológica. Es por este motivo que la hemos denominado *entrevista evolutiva*.

## **DIMENSIONES DE LA ENTREVISTA EVOLUTIVA**

¿En qué sentido hablamos de entrevista evolutiva? Entendemos por entrevista evolutiva aquel tipo de diálogo que es capaz de hacer evolucionar hacia niveles de mayor complejidad el discurso terapéutico. Por discurso terapéutico entendemos, a su vez, tanto el nivel microproposicional -enunciativo-pragmático- del diálogo o conversación terapéutica, como el macroproposicional o ideológico de la matriz discursiva que lo genera como texto (cfr. *passim*: Villegas, 1992a).

La hipótesis de la que partimos es que las intervenciones del terapeuta pueden favorecer -o en caso contrario inhibir- el desarrollo evolutivo de la propia entrevista, entendida como texto, así como la construcción del mundo simbólico o significativo del propio sujeto, expresado a través de él. Para ello deben tenerse en cuenta las dos dimensiones básicas de todo discurso: la dimensión expresiva y la dimensión constructiva.

La dimensión expresiva hace referencia a los aspectos textuales o lingüísticos del discurso, tales como la redundancia, la coherencia, la información nueva y dada, los turnos de habla en la conversación, la adecuación pragmática, etc., y a su proceso de producción. El análisis de la dimensión expresiva puede considerarse como una aproximación a la estructura superficial del discurso y se lleva a cabo siempre a nivel microproposicional (pequeñas unidades homogéneas de texto, como por ejemplo el conjunto de frases dichas en una unidad de intervención o turno de palabra). La utilidad de este tipo de análisis se pone de manifiesto en las alternativas que ofrece para llevar adelante la continuidad del diálogo o conversación terapéutica, incluso con pacientes que se repiten constantemente, o aportan información vaga o insuficiente, o interrumpen el discurso del otro o cambian de tema inesperadamente. En tales casos, como se verá, la entrevista evolutiva ayuda a reconducir la conversación de una forma más coherente y rica. Por otra parte el terapeuta puede hacer intervenciones dialógicas desacertadas o no saber cómo continuar el diálogo con un paciente que hace propuestas pragmáticamente inadecuadas. La entrevista evolutiva proporciona recursos para seguir la conversación en todos estos casos, sin más interrupciones que las empáticamente deseables.

La dimensión constructiva hace referencia al nivel macroestructural del discurso, a la construcción de su matriz ideológica, al mundo de representaciones e intenciones que lo configuran y al entramado lógico-simbólico que lo sustenta. El análisis de la dimensión constructiva puede considerarse como una aproximación a la estructura profunda del discurso o macroestructura, que encierra la síntesis noológica con su organización epistemológica correspondiente, y sólo se puede llevar a cabo a nivel macroproposicional (grandes unidades textuales, por ejemplo

toda una entrevista o, aún mejor, intertextuales, síntesis discursiva de varias entrevistas). Se consideran en él, a su vez dos niveles de organización epistemológica, de acuerdo con las dos grandes áreas de desarrollo humano estudiadas por Piaget y su escuela, la cognitiva y la moral/social, de donde les provienen las denominaciones que mezclan ambos aspectos tanto a la psicología socio/cognitiva, como a la terapia cognitivo-social. La utilidad de este tipo de análisis se pone de manifiesto en la oportunidad que ofrece para situar evolutivamente la naturaleza del problema y superarlo de acuerdo con la dialéctica evolutiva del desequilibrio y el cambio. Consideraremos a continuación ambas dimensiones, la expresiva y la constructiva, por separado y con abundantes ejemplos.

### **LA DIMENSION EXPRESIVA DE LA ENTREVISTA EVOLUTIVA**

La dinámica de una entrevista se desarrolla mediante los intercambios dialógicos que se producen entre los participantes en un coloquio. Las reglas que regulan el discurso coloquial o conversación son en parte distintas a las que regulan la producción del monólogo, pero comparten con él ciertas condiciones de redundancia y coherencia, características del discurso humano lógico o inteligible. Sin embargo no obedecen a los mismos criterios de planificación que la producción de textos escritos, por ejemplo, y se caracterizan, además, por ser el resultado, en parte imprevisible, de una cooperación específica que se produce a través de la alternancia sucesiva de roles de emisor y destinatario, propia de la interacción comunicativa (cfr. *passim*: Villegas, 1992a; 1993).

En el coloquio terapéutico, a diferencia de otros tipos de conversación como la charla, estos roles están originariamente marcados, en el sentido de que no son libres. En principio el cliente se dirige al terapeuta, que es el destinatario del discurso, como emisor por derecho propio. El es el que tiene la palabra. Y él es el que establece el nivel y el contenido del discurso. El terapeuta debe *acomodarse* a estas condiciones y *negociar*, a partir de ahí, el significado de las interacciones comunicativas y la interpretación de los mensajes. Habitualmente estas *acomodaciones* dialógicas se hacen de forma intuitiva o espontánea, como si se tratara de una conversación trivial, no condicionada por finalidades profesionales específicas. El arte de la entrevista terapéutica no se enseña, porque se pretende que ya se sabe, o en todo caso se insiste más bien sobre las actitudes necesarias del terapeuta para llevar adelante la entrevista, como las de empatía ingenua o de sospecha sistemática -según escuelas-; pero no se utiliza el análisis de la conversación como instrumento para desarrollar el coloquio, porque se piensa que éste es un conocimiento no sistemático. Nuestra propuesta, en cambio, es que la introducción de la perspectiva evolutiva en el análisis de la conversación es una forma de sistematizar el aprendizaje y la conducción de la entrevista, para lo cual hemos diseñado una metodología precisa. Pero antes de entrar en el detalle de la metodología del análisis evolutivo de la conversación en su doble dimensión expresiva y

constructiva, vamos a considerar tres fragmentos, tomados de una misma entrevista terapéutica, con el ánimo de ilustrar lo que sucede habitualmente en los intercambios conversacionales en el marco de una sesión de psicoterapia. (En las transcripciones sucesivas, la letra mayúscula C designa al cliente, mientras que la T se refiere al terapeuta. Los números iniciales entre paréntesis que preceden cada turno de habla indican las secuencias de intervención de cliente y terapeuta sucesivamente).

Caso N.1

Fragmento primero

- 1) C.- Hoy me gustaría hablar de lo que me sucedió el domingo pasado cuando fui a comer a casa de mis padres y me he dado cuenta..., beh... de que las cosas siguen como siempre. La relación con mis padres... estas cosas... he ido porque me han invitado,... he ido, pero un poco a la fuerza. Tal vez voy un poco a la fuerza porque no me gusta ir a comer a casa de mis padres.
- 2) T.- No te gusta.
- 3) C.- No
- 4) T.- Pero, ¿qué es lo que no te gusta? ¿No te gusta cómo cocinan?
- 5) C.- No, no es esto; porque mi madre cocina muy bien,... me tienta por la gula. Tal vez no me gusta... ser controlado: es como si me controlara cuando me da de comer. Me da la impresión como si tuviera que acabar en su boca. Esto me produce fastidio.

Hasta aquí la transcripción literal del texto. Cualquier lector puede haber observado de inmediato una falta de comprensión en el intercambio dialógico entre terapeuta y cliente. Este le habla al terapeuta de las relaciones con sus padres y el terapeuta le pregunta cómo cocinan en su casa. El cliente deshace el malentendido, aclarando que no se trata de cómo cocinan, sino del control que ejercen sobre él a través de la comida. La coherencia discursiva se salva gracias a la *colaboración* del cliente, pero el malentendido ya se ha producido. Veamos ahora la continuación de la entrevista.

Caso N.1

Fragmento segundo

- 6) T.- Por tanto a través de la comida tu madre ejerce sobre ti una forma de control.
- 7) C.- Sí, así lo siento.
- 8) T.- Por lo tanto esto ha sido siempre así, incluso en el pasado.
- 9) C.- Sí, incluso demasiado; pero una cosa..., tal vez era menos evidente. Ahora me doy más cuenta, porque... tengo que salir de casa e ir allí. Esto es lo que siento. En efecto, el problema gordo es éste; no tanto la comida, sino el tener que ir allí a aquella hora. Sí es el tener que ir allí a aquella hora a comer; es como si hubiera un antes y un después; antes no hay nada, después voy allí y como porque hay alguien que me da de comer. Esto me produce fastidio y rabia.

En este segundo fragmento se corrige la sensación de malentendido, dejada por las primeras intervenciones del terapeuta. Esto se debe a que el fragmento empieza con una *respuesta reflejo* en la que el terapeuta recoge la síntesis discursiva del cliente sobre el control familiar, particularmente de la madre, a través de la comida. Sin embargo el tema evoluciona y se introduce una información nueva al final del fragmento: no es tanto la comida, sino un aspecto temporal. El cliente continúa *colaborando*, concordando primero con el terapeuta y aportando seguidamente nueva información. La referencia al tiempo introduce, precisamente, un antes y un después. Un antes donde no hay nada, un después donde hay un ir a comer y la producción de un sentimiento.

Cualquiera de nuestros lectores podría haber imaginado intervenciones distintas de las del terapeuta, que en la práctica podrían haber sido más o menos acertadas. No queremos dar a entender aquí que el terapeuta deba poseer una ciencia infusa que le permita adivinar el curso que va a seguir la entrevista -ésta por fortuna sigue el que le imprime la matriz discursiva del cliente, con lo que termina por llegar, generalmente, a dónde quería llegar-; sino llamar la atención sobre los flujos de comprensión e incomprensión a través de los cuales se va negociando el significado, siempre que haya una actitud de colaboración. Si el cliente está dispuesto a colaborar, incluso los malentendidos pueden ser utilizados para ofrecer nuevas precisiones o informaciones al terapeuta; de modo que pueden resultar dialógicamente adecuados. Lo que queremos indicar es que a falta de algún criterio rector, la entrevista puede discurrir de una forma totalmente aleatoria, fuera del control y de la comprensión del terapeuta y que, en este caso, las intervenciones del terapeuta pueden ser más bien distractoras o perturbadoras de la evolución del discurso que facilitadoras de su producción. Veamos para finalizar estas consideraciones preliminares un último fragmento de la misma entrevista terapéutica, el tercero:

Caso N.1

Fragmento tercero

- 10) T.- Has dicho que primero no hay nada y que después vas allí a comer.
- 11) C.- Voy a comer.
- 12) T.- ¿No hay nada, dónde? ¿Qué significa que no hay nada?
- 13) C.- Pues... significa ... que puede ser una expectativa mía, una expectativa mía: esperar alguna cosa. Por tanto este esperar alguna cosa me llena de alguna manera: el hecho que desde que se me dijo "vente a comer", cuando he ido allí y he comido, de alguna manera ha tenido un pensamiento: pensar ir allí, la expectativa ha nacido allí.
- 14) T.- Pero ¿qué es lo que te esperabas?
- 15) C.- ¿Cuándo he ido allí?
- 16) T.- No antes. Está la nada. Primero está la nada y después ir allí a comer. A ver si podemos entender qué es esta "nada".
- 17) C.- Pues la nada... puede ser la pérdida de tiempo, puede ser no saber qué hacer, puede ser también lo contrario, hacer muchas cosas en lugar de ir allí

a comer: ir a dar un paseo, o ir a comprar el periódico; pero todo esto se convierte en nada; la expectativa se vuelve el todo.

- 18) T.- Me da la impresión de que hemos pasado de una fase en la que estabas expresando emociones o otra en la que estás desplazando el problema. Esta "nada" es algo distinto a la definición que me has dado, algo profundo.
- 19) C.- Puede que sí, pero no lo sé; no sé qué puede ser.
- 20) T.- Haz una asociación con "la nada".
- 21) C.- "La nada" es una sensación de vacío, nada... no ver...
- 22) T.- Está bien; y qué asocias al "no ver".
- 23) C.- No ver es no sentir; intentar no experimentar; intentar no experimentar.
- 24) T.- Y qué asocias con el "no sentir".
- 25) C.- La muerte,... el vacío.
- 26) T.- Y ¿al vacío?
- 27) C.- Al vacío asocio algo que no existe..., yo no existo. Existo cuando voy a comer.
- 28) T.- ¿Por qué?
- 29) C.- No lo sé

De nuevo se puede constatar en este fragmento cómo se produce el corte discursivo. El cliente está hablando de las expectativas relacionadas con el ir a comer a casa de sus padres. El terapeuta se centra artificialmente sobre el tema de la profundidad de la *nada* y en un discurso *teórico* sobre las emociones. El cliente reacciona a esta interrupción del terapeuta boicoteando esta vez la colaboración, negando la aportación de nueva información y dejando pragmáticamente que sea el terapeuta quien tome la iniciativa de seguir el diálogo, al repetir por dos veces consecutivas ["no lo sé; no sé qué puede ser"]. En efecto, el terapeuta recoge este mensaje pragmático y se enreda en un juego técnico de *asociaciones*. El cliente sigue el juego, pero sin aportar ninguna información nueva hasta el final donde introduce una información importante: ["existo cuando voy a comer"], que conecta con el tema de las expectativas. El terapeuta no acierta a comprender la importancia de esta definición -que no asociación- y se limita a interrumpir con un anodino ["por qué?"], que es contestado nuevamente con un corte comunicativo por el cliente con un lacónico ["no sé"].

Hasta aquí los ejemplos con los que hemos querido introducir la metodología de la entrevista evolutiva, tomados todos de un mismo caso real y transcritos literalmente a partir de una grabación en vídeo. El caso, como hemos dicho, es ilustrativo de lo que sucede con frecuencia en la mayoría de entrevistas. Hay momentos de buena comprensión, que son ricos y productivos, y momentos en que se producen cortes comunicativos por falta de colaboración o cooperación, generalmente del terapeuta. Muchas veces estos cortes comunicativos son interpretados erróneamente, según la teoría, como resistencias, cuando en realidad se trata de distracciones teóricas o técnicas del terapeuta. Si éste se mantuviese mucho más atento al flujo discursivo del cliente, dispondría de continuos recursos para seguir sin interrupción el intercambio comunicativo y facilitaría la elicitación de informa-

ción mucho más significativa. No existe una fórmula para alcanzar estos objetivos automáticamente, pero sí existen algunos criterios generales y otros más específicos, que expondremos en el apartado siguiente, que pueden ayudar a conseguirlo.

Entre los criterios generales deberíamos indicar, en primer lugar, la necesidad de sintonía con el discurso del cliente. No puede producirse comunicación si se sintonizan ondas distintas. Para sintonizar en la misma onda se hace necesaria, como han puesto de relieve muchos autores, entre ellos principalmente Rogers (1951), una actitud de *escucha activa y empática*, que implica hacerse ecò del mensaje y del sentimiento que lo acompaña. La llamada *respuesta reflejo* es un claro exponente de esta actitud, siempre que sea auténtica. En el ejemplo utilizado hasta ahora el momento de mayor acuerdo comunicativo se da entre el final del primer fragmento e inicio del segundo entre las intervenciones 5, 6 y 7, donde el terapeuta recoge sintéticamente el sentido de lo que ha querido decir el cliente: [“Por tanto a través de la comida tu madre ejerce sobre ti una forma de control”].

Otro criterio general, al que ya hemos aludido en diversos pasajes de nuestros comentarios, es el de *cooperación*. La comunicación se produce en un contexto de interacción social, en el que se pone en juego la colaboración según distintos roles alternativamente asignados de emisor y destinatario (Villegas, 1992a) y que exigen el cumplimiento de las máximas de cooperación conversacional expuestas por Grice (1975), como por ejemplo las que hacen referencia a la información nueva y dada, las de sinceridad, brevedad, pertinencia, etc.. La comprensión e interpretación del discurso en el contexto comunicativo son tareas que requieren consentimiento mutuo y que no pueden llevarse a cabo sin esfuerzo de descentramiento cognitivo. Ahora bien la intención comunicativa del otro no es inmediatamente trasparente para el destinatario y en psicoterapia, podríamos añadir, no lo es siquiera muchas veces para el emisor mismo. La naturaleza, en efecto, del discurso terapéutico que tiene por objeto el mundo interno de afectos y pensamientos, lo hace particularmente opaco, incluso al propio sujeto -el cliente-, y especialmente confuso para el destinatario -el terapeuta-, el cual no sólo debe intentar entender lo que le quiere decir con sus palabras y reacciones el cliente, sino ayudarle a elaborar el discurso mismo. Justamente para cumplir estas finalidades de comprensión y elaboración del discurso terapéutico es para lo que creemos adecuado establecer y determinar los criterios específicos indicadores del nivel evolutivo en que se expresa el discurso. Estos niveles expresivos se constituyen en correspondencia con los diversos estadios evolutivos del conocimiento descritos por Piaget y su escuela y tienen la ventaja de poder interpretarse en referencia a ellos.

En efecto, cuando hablamos utilizamos diversos niveles de expresión, correspondientes a planteamientos evolutivos de distintos estadios. Así cuando expresamos duda, desesperación, tristeza, etc. solemos hacerlo a un nivel egocentrado, correspondiente al estadio pre-operacional: [“estoy desesperado, no sé que hacer”; “me siento fatal”; “no puedo más”; “no puedo concentrarme”]; expresiones todas

que no dan ninguna información específica y que suelen estar dirigidas mágicamente a los otros para que hagan algo por nosotros. Estas expresiones generan habitualmente en los destinatarios de las mismas una preocupación doble: primero por entender “qué es lo que le pasa” al sujeto que las emite, y segundo por sentirse implicados de alguna manera en la resolución de problemas obscuramente aludidos. Este tipo de expresiones es precisamente muy habitual en psicoterapia: el cliente las dice para que el psicoterapeuta le ayude a explorar la naturaleza de sus problemas y de este modo se inicie el diálogo evolutivo, característico de la entrevista terapéutica.

A semejanza de los estadios de desarrollo cognitivo, descritos por Piaget, también aquí vamos a distinguir 5 estadios en el desarrollo de los niveles expresivos, de acuerdo con cinco modalidades enunciativo-pragmáticas del discurso, tal como aparecen en la Figura I

Estadios evolutivos	Denominación	Nivel expresivo
Estadio 1	Sensorio-motor	Protolingüístico
Estadio 2	Pre-operacional	Egocentrado
Estadio 3	Operatorio	Concreto
Estadio 4	Formal	Abstracto
Estadio 5	Postformal	Metacognitivo

**Figura I**

## **ANALISIS DEL NIVEL DE DESARROLLO EVOLUTIVO DE LA DIMENSION EXPRESIVA DEL DISCURSO TERAPEUTICO**

El primer nivel, *protolingüístico*, se corresponde con las modalidades expresivas propias del niño de 0 a 2 años, y se sitúa en el estadio evolutivo sensorio-motor. Las modalidades expresivas propias de este estadio son anteriores a la aparición del lenguaje y por tanto consisten fundamentalmente en expresiones emocionales básicas (llanto, suspiros, sonrisas, gritos, susurros, quejas, exclamaciones, caras y gestos no codificados, etc.) en reacciones neurovegetativas (mareos, vómitos, enrojecimientos, rubores, jadeos, etc.), en reacciones neuroreflejas (toser, carraspear, pasarse la saliva, rascarse) en reacciones neuromotoras (fumar o masticar chicle compulsivamente, morderse ansiosamente las uñas o los nudillos, agitarse en la silla, retorcerse las manos, balancear las piernas, etc.) en respuestas conductuales no planificadas (darse la vuelta, levantarse e irse inesperadamente, dar portazos, abrazarse impulsivamente, aplaudir, golpear a personas u objetos, patear, etc.) o en expresiones verbales muy confusas que aluden a la incapacidad de representarse

cognitivamente lo que sucede [“no puedo hablar; se me hace un nudo en la garganta; no me salen las palabras; no sé lo que me pasa; no entiendo nada, me siento confuso, no hago más que dar vueltas y vueltas sin llegar a ningún sitio, etc.]. El estadio sensorio-motor se corresponde con una posición absolutamente indiferenciada, en el sentido de que el niño o el adulto que se sitúa en él, sólo es capaz de sentir lo que experimenta sin ninguna mediación simbólica o representativa que la haga comprensible o comunicable a los demás. Esto es así, porque originariamente el niño no puede despegarse de sí mismo, de su experiencia inmediata, y no sabe siquiera que su experiencia, agradable o desagradable, puede ser, sino compartida, al menos entendida o acogida por los demás, particularmente por la madre. Gradualmente, y en la medida en que estas expresiones -más bien reacciones- de placer o displeacer van siendo reflejadas y acogidas por la madre, el niño las va utilizando como instrumentos comunicativos protolingüísticos, esperando que los demás sepan interpretarlos y actuar en consecuencia. Con frecuencia los pacientes vienen a terapia en esta posición, promoviendo pragmáticamente las respuestas maternas del terapeuta, o incluso provocándolas y rechazándolas al mismo tiempo. Toca al terapeuta acoger este tipo de expresiones sensorio-motoras, pero a la vez promover su elaboración hacia estadios más desarrollados.

El segundo nivel expresivo se llama *egocentrado*. Corresponde a las capacidades expresivas del niños de 2 a 6 años. Durante este período el lenguaje se ha desarrollado completamente como medio de expresión y comunicación. El niño ya es capaz de expresar claramente lo que le sucede, aunque tiene una visión mágica y absolutista de la realidad: por ejemplo, le cuesta distinguir entre las representaciones oníricas y las reales, entre las fabulaciones y los relatos históricos; de ahí los miedos irracionales a lobos, fantasmas y brujas, o la creencia fantástica en hadas, ángeles y reyes magos. Su iniciativa se desarrolla y estimula, pero básicamente continúa dependiendo de sus padres en la satisfacción de sus necesidades; por tanto espera que sean ellos quienes le resuelvan los problemas y se dirige pragmáticamente a ellos para obtener su apoyo. Las modalidades expresivas de este segundo nivel suelen hacer referencia clara y directa a los estados emocionales, pero sin aportar ninguna información explicativa, ni ninguna indicación operativa. Los pacientes que se sirven de esta modalidad expresiva suelen utilizar la enunciación clara y explícita de sus estados emocionales [“me siento deprimida, estoy triste, todo me va mal, estoy desanimada, estoy desorientado, me siento fatal, todavía tengo esperanzas, siento una rabia infinita, ¡qué vergüenza!, ya estoy harta, siento que no vale la pena vivir, etc.] para promover pragmáticamente la intervención mágica del terapeuta [“no sé que hacer, usted qué haría, no sé si me va a servir de mucho venir a terapia, necesito que me ayude, ¿usted cree que podré salir de este pozo?, haga algo por mí, ¿usted cree que puede ayudarme? etc.]. Como en el estadio anterior el terapeuta debe recoger este tipo de expresiones, empatizar con ellas, explorar la naturaleza de los sentimientos expresados reforzándolos, pero para elevarlos a un

plano superior a la demanda mágica de consuelo o de compasión, llevando a los pacientes a contextualizar sus emociones, a entender la naturaleza de los conflictos que las provocan y aprender a enfrentarlos o superarlos. Pero antes de seguir adelante vamos a considerar un fragmento de entrevista -caso 2- donde se mezclan los niveles expresivos (1) y (2) y que utilizaremos como ilustración de lo que llevamos dicho hasta ahora.

#### CASO N. 2 -

##### Fragmento primero

Contexto: Esta es una primera entrevista. La paciente es una mujer, de treinta años, casada desde hace cuatro, madre de dos hijos de tres años y cinco meses respectivamente. Ha pedido telefónicamente una visita en una clínica, que le ha sido concedida al cabo de cuatro días. El terapeuta es un psiquiatra del centro.

- 1) T.- ¿Quiere sentarse, por favor? (en voz baja)
- 2) C.- (se sienta)
- 3) T.- (cerrando la puerta). Qué es lo que la trae por aquí. (se sienta)
- 4) C.- (suspira) No lo sé; (1) todo me va mal. Estoy ansiosa, tensa, deprimida (2). (suspira) (1). Cualquier cosa me pone nerviosa (2).
- 5) T.- Hmm (1).
- 6) C.- En estos momentos no tengo ganas de hablar (1).
- 7) T.- ¿No? (breve pausa). ¿desearía hacerlo en otro momento? (1).
- 8) C.- Este es el mal. Estoy demasiado tensa. Si consigo empezar todo irá mejor (2).
- 9) T.- ¿De veras? Esperemos que lo consiga (2).
- 10) C.- ¿Puedo fumar? (1)
- 11) T.- Desde luego (1). (Le acerca el cenicero a la paciente)

El tercer nivel expresivo se denomina *concreto*. Corresponde a un estadio de desarrollo heterocentrado en el sentido que el niño de entre 7 y 12 años es capaz de considerar los objetos en sí mismos, más allá de su experiencia subjetiva inmediata. La expresión concreta es portadora de información específica acerca de la naturaleza de un fenómeno, sus orígenes, causas o circunstancias en que se produce. De este modo pueden describir en detalle lo que les sucede a ellos o a otras personas o seres en general, hacer referencia a los antecedentes de un fenómeno, seriar elementos de un conjunto y encontrar una organización jerárquica entre ellos. El pensamiento se vuelve también más diferencial y relativista. Con esta modalidad expresiva los pacientes aportan, fundamentalmente, información sobre la naturaleza de su problema [“últimamente padezco de insomnio; él no se cuida para nada de la casa; todo lo tengo que hacer yo sola; él no me quiere dar el divorcio; me obsesiono con la limpieza; hay crisis en mi empresa; no me llevo bien con mi madre; fumo en exceso; no puedo dejar de pensar en ella; no duerme nunca en casa; he descubierto que mi marido me engaña con otra mujer; etc.”] o información circunstancial de

distinto género, temporal [“hace ya tres semanas que no pego un ojo; antes todo me resultaba fácil; desde que volvimos de vacaciones no me ha vuelto a mirar a la cara; al principio nuestras relaciones sexuales eran muy frecuentes; durante el noviazgo mi madre estaba muy solícita con él; esperaré a que termine los exámenes y entonces se lo diré, etc.”], personal [“somos ocho hermanos; no he conocido nunca a mi padre; mi madre era seis años mayor que mi padre; mi hermana pequeña se hace la simpática con mi marido; mis amigas son de una clase social superior a la mía, etc.”], causal [“cuando salgo con los amigos vuelvo a beber y a fumar; con la crisis no puedo cambiar de trabajo; si me piden un favor no sé negarme; él está molesto porque yo insisto en pedirle un hijo; etc.]. Este tipo de expresiones, aunque clarificadoras, precisan muchas veces de nuevas aclaraciones, de ahí que las diversas informaciones específicas requieran con frecuencia otras informaciones complementarias. En la entrevista evolutiva es frecuente que tales informaciones concretas desencadenen una secuencia de precisiones de distinto tipo. Veamos en la continuación del segundo fragmento de la entrevista que habíamos empezado a transcribir en el apartado anterior una concatenación de tales informaciones que clasificamos como de nivel (3).

Caso N. 2

Fragmento segundo

- 10) C.- ¿Puedo fumar? (1)
- 11) T.- Desde luego (1). (Le acerca el cenicero a la paciente). ¿Qué hace en su vida cotidiana? (3).
- 12) C.- (Suspira, coge un cigarrillo y lo enciende). (1) Soy enfermera, pero mi marido no me deja trabajar (3).
- 13) T.- ¿Cuántos años tiene? (3)
- 14) C.- Cumplo 31 en diciembre (3). (echa el humo con fuerza)(1).
- 15) T.- ¿Qué significa que su marido no la deja trabajar? (3) (carraspea) (1).
- 16) C.- Beh... (carraspea)(1). Por ejemplo este mes debería hacer dos semanas de turno (suspira)... el mes próximo, septiembre,(3) y él me atosiga tanto que estoy siempre en ascuas (2) (suspira)...(1). Dice que mi puesto está en casa con los niños. De acuerdo, pero yo qui..., necesito unas vacaciones. Siento necesidad de alejarme de ellos. De estar con otra gente. No puedo estar siempre cerrada en casa (\*).
- 17) T.- ¿Cuántos niños tiene? (3)
- 18) C.- Dos (3)
- 19) T.- ¿Cuántos años tienen? (3) (carraspea) (1).
- 20) C.- Tres años la mayor y cinco meses el pequeño (3).
- 21) T.- Hmm (1).
- 22) C.- (suspira) (1). Pero no es sólo esto. Son mil cosas más (2).
- 23) T.- Explíqueme alguna (3).
- 24) C.- (suspira) (1). Para empezar haya un montón de cosas que no sabía de mi marido antes de casarme (3) y que debería haber sabido, al menos pienso que debería haber sabido (\*).
- 25) T.- Cuanto tiempo hace que está casada, ¿cuatro o cinco años? (3).

- 26) C.- Cuatro años (3).
- 27) T.- Hmm... (1).
- 28) C.- En noviembre...(3). Y además (suspira) (1) creo que es un alcohólico crónico (\*). Bebe cada día (3) y parece que no puede evitarlo. El dice que sí, que lo consigue, pero no es cierto (3). No lo ha conseguido nunca, exceptuando (suspira) (1) cuando el doctor lo puso a dieta, la única vez (medio suspiro) y entonces se puso a comer caramelos... (3). Pero desde luego es... (medio suspiro) (1); tengo la impresión de que terminará por destruirme a mí o a los niños, o a todos juntos. Es una cosa... (\*).
- 29) T.- ¿De qué trabaja él? (3).
- 30) C.- De camionero (3)..
- 31) T.- Hace trasportes de largas distancias? (3).
- 32) C.- No. Antes sí, ahora ya no. Solamente en el territorio nacional (3). Y hace (suspira) hmm (1) cinco o seis meses ha empezado con los remolques (3). Ya sé que es un trabajo duro (\*), pero él llega a casa y se desahoga con nosotros. Empieza a gruñir sólo entrar en casa (3).
- 33) T.- ¿Pasa mucho tiempo fuera de casa? (3)
- 34) C.- (suspira) (1). Come y duerme en casa, eso es todo (3). Naturalmente para mí es algo insultante (\*).
- 35) T.- Hmm. (breve pausa) (1).

El cuarto nivel expresivo se denomina *abstracto*. Corresponde al estadio evolutivo del pensamiento formal en que se pasa de la niñez a la adolescencia y se alcanza el razonamiento hipotético-deductivo, que es una forma ya plenamente descentrada. El sujeto es capaz de pensar sobre fenómenos en su conjunto, prescindiendo de los hechos concretos; de emitir juicios generales; de establecer distinciones conceptuales; de elaborar ideas nuevas y abstractas; de utilizar el pensamiento analógico o metafórico; de fundamentar criterios morales; de percibir la relatividad de los puntos de vista propios y de asumir la perspectiva de los demás. En el fragmento que acabamos de utilizar para el análisis del nivel 3 aparecían ya algunas expresiones de nivel 4 que hemos indicado con el asterisco entre paréntesis (\*), como por ejemplo: [“ya sé que es un trabajo duro”] (juicio descentrado sobre el trabajo de camionero del marido); [“tengo la impresión de que terminará por destruirme a mí o a los niños, o a todos juntos. Es una cosa...”] (emisión de un juicio general sobre una situación habitual); [“Naturalmente para mí es algo insultante”] (calificación del trato que recibe del marido); [“y que debería haber sabido, al menos pienso que debería haber sabido”] (referencia a un deber moral); [“Dice que mi puesto está en casa con los niños. De acuerdo, pero yo qui..., necesito unas vacaciones. Siento necesidad de alejarme de ellos. De estar con otra gente. No puedo estar siempre cerrada en casa”] (enunciación descentrada de un rol social como madre y aceptación de las normas generales, contrapuestas distintivamente, sin embargo, a sus propias necesidades). Los pacientes utilizan este tipo de expresiones generalmente para conseguir mayor perspectiva sobre sus experiencias inmediatas, clasificarlas, poder establecer distinciones y generalizaciones y de este modo

manejar mejor la construcción de la experiencia y la toma de decisiones prácticas. Pero con frecuencia se produce en este estadio la contradicción, fruto del descentramiento que permite ver dos o más puntos de vista simultáneamente -como en el último párrafo comentado donde la paciente contrapone su rol como madre a su necesidad como persona-. Generalmente no se encuentra solución a esta contradicción y por este motivo acude el paciente a psicoterapia, a veces con la expectativa mágica de que sea el terapeuta quien le diga lo que tiene que hacer y otras con la voluntad de resolver dialécticamente los dilemas que plantea la existencia humana. Pero la superación de estos dilemas requiere el acceso a una forma de pensamiento más elaborado que corresponde al estadio quinto.

El nivel quinto de expresión se corresponde con el estadio pos-formal y lo hemos denominado *metacognitivo*. No fue desarrollado por Piaget, ni siquiera enunciado por él, pero autores posteriores han visto la necesidad de postularlo (Alexander & Langer, 1990; Commons et al., 1984). Corresponde a la capacidad de pensar sobre el sentido de los propios pensamientos e intenciones o el de los ajenos, de comprender la organización epistemológica de un sistema de pensamiento, de analizar las estructuras relacionales o interpersonales, de redefinir la naturaleza de un problema, de elaborar hipótesis alternativas antes no consideradas, de integrar o superar dialécticamente contradicciones lógicas presentes en el pensamiento formal. Estas expresiones no son muy frecuentes en los primeros estadios de la terapia, pero constituyen un buen síntoma cuando aumentan en el transcurso de ella. El terapeuta tiene en ellas un recurso eficaz para ayudar al paciente a salir de sus dilemas. Ofrecen la posibilidad de arrojar una luz poderosa sobre experiencias que, a veces durante años habían permanecido opacas a la comprensión. Algunas expresiones de pacientes reales nos pueden ayudar a describirlas mejor: [“nuestra relación es una relación simétrica, de poder a poder”] (frase que contiene un enunciado metacognitivo, el de la *simetría*, que permite entender cómo se puede reconducir una relación). [“siempre he buscado hombres débiles a quienes proteger: esto me da seguridad”] (reconocimiento de una estrategia autoprotectora, explicativa además del fracaso en las relaciones). Es frecuente también la utilización de metáforas que contienen el núcleo discursivo de todo un proceso de elaboración epistemológica: [“Como usted dice he sido el buen Cirineo que cargaba a costas la cruz de los otros”] (síntesis de la actuación de toda una vida supeditada a llevar la carga de los demás).

Veamos ahora la continuación del caso N.2, donde se producen algunas alternancias entre los niveles 4 y 5

Caso N.2 -  
Fragmento tercero

36) C.- De vez en cuando es una buena persona (4) (pausa; suspira) (1).  
Siempre pienso en el divorcio (3), pero (medio suspiro) sería otra muerte

- emocional (5). Y no quiero hacerlo ahora con los niños. Son demasiado pequeños (3).
- 37) T.- ¿El divorcio es una muerte emocional? (5)
- 38) C.- Pienso que sí (5)
- 39) T.- No entiendo bien lo que quiere decir (2).
- 40) C.- (suspira) (1) Bien, creo que sea peor que la muerte (5). Si se muriera él (3) creo que me sentiría feliz. Estoy segura de que sí (2). (lloriquea) (1).
- 41) T.- Hmm (1). No entiendo... (2)
- 42) C.- (interrumpiendo) Y no quiere dejarse ayudar. Este es el mal. No quiere admitir que sea un problema (4).
- 43) T.- Me gustaría saber algo más de todo eso, pero antes... no he entendido muy bien que el divorcio sea una muerte emocional (2).
- 44) C.- (cansada) No sé, no consigo explicarlo (suspira) (1).

El fragmento tiene un alto interés expresivo-pragmático por cuanto parece atravesar un momento de gran intensidad epistemológica, a pesar de tratarse de una primera entrevista, que queda frustrado por el fracaso del terapeuta en mantener y desarrollar ulteriormente el nivel metacognitivo que inicia la paciente con la descripción del divorcio como “otra muerte emocional”. El terapeuta sólo es capaz de dar una respuesta reflejo a este enunciado pero en forma interrogativa, con lo que introduce el escepticismo y la desmoralización en la paciente la cual abandona pronto el intento de continuar explicitando toda la carga constructiva de esta expresión y sigue al terapeuta en la caída en picado de niveles hasta el nivel I con el que había iniciado la entrevista: [“(cansada) No sé, no consigo explicarlo”]. Pero antes ha introducido otro elemento de reflexión metacognitivo, que tampoco es recogido por el terapeuta, el cual continua obcecado por su incomprensión de la negativa de la paciente a divorciarse y de la metáfora del divorcio como muerte emocional. Este elemento es la conclusión a la que ha llegado la paciente como esposa de un alcohólico: los alcohólicos tienen un problema, pero no quieren admitirlo ni dejar que les ayuden. Esta es una forma de intentar integrar sus dos problemas: la paciente vive un dilema como madre y esposa, por una parte, y mujer adulta, por otra: se queja de que su vida no es satisfactoria al lado de un hombre que no le permite realizar su dimensión social y profesional, pero tampoco no le quiere abandonar (no quiere divorciarse) porque es alcohólico. Se ha puesto el reto de curarle, por eso va al terapeuta y esa es su demanda -mágica en el fondo-: “ayúdeme a ayudar a mi marido”. Divorciarse, simplemente, sería peor que la propia muerte, sería otra muerte emocional, la incapacidad reconocida de cambiar a alguien con el propio amor. La muerte de él sería también mejor que el divorcio, puesto que sería una liberación, pero en el fondo también un fracaso, sólo justificado por la imposibilidad de conseguir nada más; por eso llora. El terapeuta no se da cuenta de la dimensión pragmática del discurso de la paciente, de su auténtica demanda, y al final sus pesquisas por averiguar qué significa eso del “divorcio como muerte emocional” terminan por cansar a la paciente, la cual abandona todos los intentos

iniciales de exponer su problema.

Las consideraciones que acabamos de hacer sobre el comportamiento discursivo del terapeuta en este último fragmento nos llevan de la mano a plantear la cuestión de las estrategias discursivas que pueden seguirse en la conducción de la entrevista evolutiva para favorecer su desarrollo, lo que será objeto del siguiente apartado.

## **ESTRATEGIAS DISCURSIVAS EN LA ENTREVISTA EVOLUTIVA**

A diferencia de lo que sucede en una conversación informal, el diálogo terapéutico tiene unos objetivos que centran el tema y lo determinan. Si el terapeuta no dispone de estrategias conversacionales evolutivas corre el riesgo de agotar rápidamente el tema o de derivar hacia la charla de café. La entrevista evolutiva persigue el objetivo de promover el diálogo a partir de los niveles de expresión microproposicionales. Para ello existen dos estrategias básicas. A la primera la podemos llamar *equilibración* y consiste en mantener el discurso en el mismo nivel en que lo plantea el sujeto emisor, reflejando los distintos registros expresivos por él utilizados, desarrollando toda la información explícita en él contenida, con el fin de asegurar la comprensión y la fluidez del intercambio comunicativo. La segunda puede denominarse *desequilibración* y tiene por finalidad aumentar la complejidad epistemológica del discurso, reformulando los términos de la expresión, extrayendo la información implícita, explorando los niveles inmediatamente superiores o inferiores de la enunciación, contraponiéndolos entre sí cuando se muestren contradictorios, o estableciendo síntesis positivas entre distintas partes del discurso.

Durante el transcurso de una entrevista clínica el terapeuta se ve continuamente solicitado a intervenir para favorecer el desarrollo de la misma y para corresponder a las demandas explícitas o implícitas del paciente. El terapeuta, sin embargo, ignora, sobre todo en las primeras entrevistas, cuál es la naturaleza del problema que se le plantea, cuáles son los términos de la demanda y hasta dónde está dispuesto a llegar el paciente en la exploración y afrontamiento de sus problemas. Todos estos objetivos deben ser, por tanto, materia de negociación entre paciente y terapeuta ya desde el inicio de la terapia y constituyen en términos generales la base en que se fundamenta la *alianza de trabajo*. Para que una terapia, en efecto, siga un curso favorable debe basarse en una alianza de trabajo y ésta sólo puede conseguirse por acuerdo entre las dos partes sobre los objetivos a alcanzar y los métodos a utilizar. Este acuerdo requiere, por un lado, la acomodación del terapeuta a los planteamientos del paciente, pero, por el otro, le exige a éste un descentramiento de sus propios esquemas a fin de progresar en la resolución de sus problemas. Para ello el terapeuta tiene que utilizar adecuadamente las dos estrategias discursivas fundamentales a que hemos aludido anteriormente, a saber las de *equilibración* y *desequilibración* del sistema epistemológico del cliente.

### a) Estrategias de equilibración:

La estrategia de *equilibración* persigue fundamentalmente el mantenimiento del sistema epistemológico, puesto que éste no puede ser destruido sin más, sino a través de su propio agotamiento y la creación de nuevas estructuras sustitutorias de las anteriores. Una parte pues de las intervenciones del terapeuta van dirigidas a conseguir este mantenimiento. La finalidad es doble: por un lado entrar en sintonía con el mundo de representaciones subjetivas y experiencias emocionales del cliente a través de la comprensión empática y aceptación incondicional, y, por otro, conocer bien la estructura de su sistema epistemológico para poderlo llevar a su propia saturación y superación.

Las técnicas discursivas para conseguir estos objetivos pueden ser varias, pero sólo haremos mención de algunas más frecuentes:

a) *asentimiento*: consiste en un puro reflejo de las expresiones del cliente, sin añadir ningún elemento nuevo: pueden llevarse a cabo mediante gesticulaciones o expresiones miméticas (por ejemplo el balanceo frontal de la cabeza), emisiones sonoras o expresiones de aceptación [hmm..., sí..., ya..., claro..., desde luego..., entiendo..., etc.], o la repetición ecoica de alguna palabra o frase del cliente (como en las intervenciones 1/2/3 del primer caso que hemos transcrito: [C.- "...no me gusta ir a comer a casa de mis padres; T.- No te gusta; C.- No."].

b) *tanteo*: las expresiones del paciente no siempre son claras ni evidentes, pudiendo dar lugar a incomprensiones por parte del terapeuta; en este caso el terapeuta puede preguntar sencillamente qué significa aquella expresión o a qué hechos o personas se alude con ella, como por ejemplo en la intervención número 43 del caso N.2: [T.- "Me gustaría saber algo más de todo eso, pero antes... no he entendido muy bien que el divorcio sea una muerte emocional"] o bien proponiendo una reformulación de la expresión del paciente para comprobar si la comprensión ha sido la adecuada, como por ejemplo en las intervenciones 4/5 del caso N.1: [T.- "Pero ¿qué es lo que no te gusta? ¿no te gusta como cocinan? C.- No, esto no, porque mi madre cocina muy bien"].

c) *expansión*: a veces la información aportada por el cliente es escasa a juicio del terapeuta o entrevistador y este puede creer oportuno solicitar un desarrollo más prolijo de la misma haciendo preguntas explícitas, como por ejemplo en el caso N.2 entre las intervenciones 11 y 23 que reproducimos de forma más sintética que anteriormente:

#### Caso N.2

- 11) T.- ¿Qué hace en su vida cotidiana?
- 12) C.- Soy enfermera, pero mi marido no me deja trabajar
- 13) T.- ¿Cuántos años tiene?
- 14) C.- Cumpló 31 en diciembre.
- 15) T.- ¿Qué significa que su marido no la deja trabajar?

- 16) C.- .....
- 17) T.- ¿Cuántos niños tiene?
- 18) C.- Dos.
- 19) T.- ¿Cuántos años tienen?
- 20) C.- Tres años la mayor y cinco meses el pequeño
- 21) T.- Hmm...
- 22) C.- Pero no es sólo esto. Son mil cosas más.
- 23) T.- Explíqueme alguna.

d) *reducción*: en el ejemplo anterior las intervenciones 19 y 20 constituían un caso de reducción, consistente en estrechar el campo de la información en lugar de ampliarlo a nuevos elementos; sabemos que la cliente tiene dos hijos, podríamos ahora de forma expansiva preguntarle por sus padres, pero el terapeuta prefiere por alguna razón saber la edad de los niños, con lo que contrae, al menos momentáneamente, el ámbito de la información. Otro ejemplo podría ser el siguiente pasaje de la misma entrevista:

#### Caso N.2

- 29) T.- ¿De qué trabaja él?
- 30) C.- De camionero.
- 31) T.- ¿Hace trasportes de largas distancias?
- 32) C.- No. Antes sí, ahora ya no. Solamente en el territorio nacional. Y hace (suspira) hmm.... cinco o seis meses ha empezado con los remolques.

No está muy claro, a veces, cuál es la finalidad terapéutica de estas dos últimas técnicas, las de *expansión* y *reducción*. Con frecuencia responden a una curiosidad personal del terapeuta (no hemos de olvidar que muchos terapeutas sólo ven el mundo a través de sus pacientes y pueden caer en la tentación de utilizar la terapia como una forma de vivir vidas alternativas). En el caso que nos ocupa, por ejemplo, parece que las preguntas de tipo expansivo y reductivo que hace el terapeuta no aportan ninguna información significativa, al menos por el momento, y que entorpecen más bien el curso discursivo, introduciendo temas triviales. Esto no quiere decir que no deban hacerse este tipo de intervenciones, sino que conviene asegurarse antes de su oportunidad y adecuación.

#### **b) Estrategias de desequilibración:**

La estrategia de *desequilibración* persigue mover el sistema epistemológico del cliente hacia estructuras más evolucionadas de significado, coherentes con su mundo de experiencias personales, pero distinto, al menos en su organización, del inicial presentado por el cliente. En realidad éste viene a terapia porque su sistema epistemológico actual no le funciona, o al menos se le demuestra insuficiente, los consejos y palmaditas en la espalda de los amigos no le sirven y la aceptación voluntariosa o resignada de sus familiares no le ayuda tampoco a salir del atolladero.

Deberá encontrar, por tanto, en la terapia una dinámica capaz de movilizarle hacia una reestructuración más adecuada. El terapeuta debe pues combinar las estrategias de *equilibración* -para asegurarse la implicación del cliente- y las de *desequilibración* para promover el cambio. Entre éstas últimas vamos a considerar las siguientes:

a) *exploración*: Con frecuencia las expresiones del cliente contienen alusiones implícitas no desarrolladas explícitamente que pasan desapercibidas a ambos cliente y terapeuta. Por ejemplo en la intervención n. 36 del caso número 2, a la que ya nos hemos referido repetidamente, la cliente alude a “*otra* muerte emocional”:

C.- De vez en cuando es una buena persona... (suspira). Siempre pienso en el divorcio, pero (medio suspiro) sería *otra* muerte emocional. Y no quiero hacerlo ahora con los niños. Son demasiado pequeños.

La alusión a esta [“*otra*”] muerte emocional no es recogida en absoluto por el terapeuta, el cual lleva el diálogo a continuación a expresar su estupor o incompreensión, más que a iniciar una exploración. Probablemente existe alguna experiencia anterior en la vida de la paciente que le hace asimilar una situación -la presente de posibilidad del divorcio- a otra -que no sabemos cuál es- con la que compartiría en común ser construidas como muertes emocionales o bien constituye una anticipación de las otras dos muertes aludidas, la propia -suicidio- o la del marido. La explicitación de estas referencias ayudaría, sin duda, a entender mejor la percepción que la paciente tiene de la situación o del dilema actual entre su malestar en la pareja y su negativa al divorcio. La exploración puede hacerse también respecto a la duplicidad de niveles que pueden estar presentes simultáneamente en una misma emisión, como por ejemplo en el Caso N.2 cuando la paciente afirma *llorando* que se sentiría feliz si se muriera su marido. ¿Cómo es que el sentimiento de felicidad la hace llorar? ¿Existe una contradicción entre sus sentimientos? ¿O es que en realidad -nueva contradicción con el deseo de muerte- lo que viene a buscar es ayuda para el marido?

- 37) T.- ¿El divorcio es una muerte emocional? (5)  
38) C.- Pienso que sí (5)  
39) T.- No entiendo bien lo que quiere decir (2).  
40) C.- (suspira) Bien, creo que sea peor que la muerte (5). Si se muriera él (3) creo que me sentiría feliz. Estoy segura de que sí (2). (lloriquea) (1)  
41) T.- Hmm. No entiendo... (1)  
42) C.- (interrumpiendo) Y no quiere dejarse ayudar. Este es el mal. No quiere admitir que sea un problema (5).

La exploración puede ser útil, finalmente, para hacer frente a las contradicciones explícitas que pueden aparecer al mismo nivel, como en la continuación del caso N. 2 que transcribimos seguidamente, donde la paciente se muestra dispuesta al divorcio bajo ciertas condiciones, pero contraria a él desde el punto de vista

ideológico y termina expresando sus temores e impulsos de suicidio, como exponente de la tensión a que la someten sus dilemas:

Caso N.2

Fragmento cuarto

- 45) T.- Si sus hijos estuvieran en edad de ir a la escuela, ¿pensaría en el divorcio? (3)
- 46) C.- Sí, pero entonces no...; (contemporáneamente al terapeuta) entonces lo haría (3).
- 47) T.- Ya veo (2).
- 48) C.- Pero en principio soy contraria... (4).
- 49) T.- ¿Sí? (2)
- 50) C.- ... porque creo que... puedo recuperarme (3).
- 51) T.- ¿Que usted puede recuperarse? (3)
- 52) C.- Sí (3)
- 53) T.- No me había parecido en ningún momento que usted pensase que fuese... ah... un problema suyo (4)
- 54) C.- Beh... me pesa. Me vuelve inestable. No había nunca antes estado así (3).
- 55) T.- Ya (2)
- 56) C.- Antes las cosas no me afectaban de este modo. A veces me sentía deprimida, desde luego (3). Le pasa a todo el mundo (4). Pero no como ahora. No hasta el punto de querer abrir el gas o tirarme por la ventana (3). (lloriquea) (1).
- 57) T.- Desde cuándo se siente así? (3). (carraspea) (1).
- 58) C.- Desde que me casé; ya durante la luna de miel (3) -(se le rompe la voz) (1)- bebía cada noche. No quería ir a ninguna parte; sólo quería quedarse en casa a beber (3); y yo no lo soportaba (2).

b) *escalamiento*: Ya hemos podido observar en varios de los pasajes de entrevistas que hemos reproducido y analizado el salto a veces brusco de un nivel expresivo a otros. Llamaremos escalamiento a este fenómeno cuando sea utilizado por el terapeuta como una estrategia o técnica para llevar al paciente a un nivel distinto del que se estaba utilizando. Obsérvese, por ejemplo, el siguiente fragmento tomado de otro caso, N.3, que describiremos más adelante donde se producen dos saltos de este tipo: en el primero el terapeuta responde a una pregunta mágica con una reformulación metacognitiva [2]T.- “no es un complejo, es un síntoma”] para después hacer caer el nivel de la conversación al nivel 3 [6]T.- “Usted ¿tiene coche?”], que despierta a la paciente de su sueño mágico, como lo demuestra la respuesta desconcertada de ella [7]C.-”Sí, ¿porqué?”].

Caso N.3

Fragmento único

Contexto: Joven mujer de 26 años, vive con sus padres. Consulta al psicoana-

lista por problemas obsesivos que le impiden acceder al matrimonio.

- 1) C.- Me gustaría casarme, pero tengo miedo (2). No quiero casarme porque padezco un complejo obsesivo (4). Por la noche hago la ronda veinte veces a la casa para constatar si las puertas y ventanas están bien cerradas. No consigo evitarlo. Empiezo una y otra vez... y tengo que hacer un gran esfuerzo para ir a la cama. Tengo que ingeniarme los mil y un truquillos para que mis padres no se den cuenta... hace ya dos años que dura la cosa (3), estoy agotada por esta lucha en la que mi voluntad no puede nada en absoluto (4). Cómo podría casarme en estas condiciones (3). ¿Cree que es posible eliminar este complejo? (2).
- 2) T.- No es un complejo, es un síntoma (5).
- 3) C.- ¿Quiere decir entonces que tengo algo más profundo? (5).
- 4) T.- Así es e intentaremos descubrirlo (5).
- 5) C.- Oh, sí; preferiría estar ciega a sufrir esta obsesión (2).
- 6) T.- Usted tiene coche? (3).
- 7) C.- Sí (3). ¿Por qué (agresiva) (1), cobra más caro a la gente que tiene coche? (4) (sonrisa) (1). Perdone, es que siempre tengo la impresión de que todo el mundo está contra mí..., como si me señalaran con el dedo; pero yo no he hecho nada de malo (2). Sí; tengo coche (3).
- 8) T.- ¿Se le reproducen las mismas manías obsesivas con el coche? (3).
- 9) C.- Sí, pero no tanto (3)... Compruebo cada día; me resulta difícil no comprobarlo varias veces seguidas. Cuando aparco cierro las puertas como si las fuera a romper para controlar que las he cerrado bien... A veces vuelvo otra vez hacia el coche como temiendo haber olvidado algo, aunque sé que perfectamente que lo he cerrado todo (3).

El escalamiento puede seguir indistintamente las direcciones de ascenso o descenso. Todo depende de los niveles que quiera activar el terapeuta. En general se utilizará el nivel inmediatamente inferior o superior, pero nada impide que puedan darse saltos más bruscos, como hemos visto en el ejemplo anterior, aunque no puede garantizarse la comprensión del paciente en este supuesto. La utilidad del escalamiento en casos en que el cliente se repite improductivamente es muy elevada; aporta nuevas perspectivas y suele ser el origen de informaciones muy significativas, descuidadas o ignoradas por el propio sujeto. Veamos todavía otro caso -N.4 que se describirá más adelante- en el que los escalamientos del terapeuta surten, esta vez sí, efectos evolutivos:

#### Caso N.4

#### Fragmento segundo

- 23) T.- Su rabia es sorda y muda con todos (4),... pero hoy consigue hacérmela sentir también a mí,... siento que está enfadada conmigo (2).
- 24) C.- Me siento destruida (2)... (silencio) (1)... Ni siquiera puedo llorar; no puedo con mi madre, que se pone más nerviosa; no puedo con mi hija, porque es una niña pequeña y no viene al caso; no puedo con mi marido, porque se pone todavía más autoritario (3). No sé si puedo llorar aquí,

¿puedo llorar aquí? (2).

- 25) T.- Usted paga, puede hacer lo que quiera.(3)
- 26) C.- No! Yo no pago! Paga mi madre! (3)
- 27) T.- Entonces su madre es la dueña de nuestras sesiones. Es como si estuviera siempre aquí con nosotros. (5)
- 28) C.- Al principio cuando iba al otro terapeuta mi madre me daba unos apuntes sobre todo lo que tenía que decir o preguntar al terapeuta (3). (ríe amargamente) (1).
- 29) T.- Por desgracia su rabia se está volviendo en contra suyo, porque su silencio está dificultando nuestro trabajo... (4). Si por pura hipótesis su madre no le diera el dinero para la psicoterapia, ¿usted qué haría? (3).
- 30) C.- No vendría más... No tengo dinero yo ... (3).
- 31) T.- Por tanto, una vez más, usted no tiene voz, su rabia no tiene voz. Es como si no se sintiera con derecho a tener nada suyo, ni siquiera el espacio donde puede llorar y enfadarse (5).
- 32) C.- (silencio) (1)... Es verdad, cuando me estoy aquí callada, estoy sintiendo en el fondo rabia contra mi madre..., pero esto me espanta (2). Pero tal vez encontraría la manera de continuar la psicoterapia (3): primero de todo porque esta vez me parece que me sirve (4) y después, porque con los años he ido madurando y reconozco que la necesito (5).

La desequilibración que produce la terapeuta con su intervención (25) se inicia después de varios intentos de romper un discurso lleno de quejas y silencios, estancado en los niveles 1 y 2. La ocasión de oro se la ofrece la paciente cuando pregunta de forma desafiante si puede llorar en el consultorio. La terapeuta le cambia el plano de la pregunta diciendo que ella es la cliente y puede disponer del tiempo que paga para hacer lo que quiera. Esta alusión a su condición de cliente, pero expresada en el nivel concreto 3 ["usted paga"], no en el nivel abstracto 4 ["usted es la cliente"] -lo cual hubiera podido ser convencionalmente cierto, aunque no pagara- desencadena un cambio brusco de nivel que lleva la paciente a los hechos, arrancándola de las quejas. A partir de aquí se produce un flujo de información nueva muy interesante, que le permite al terapeuta plantear claramente el compromiso de la paciente con la terapia. Particularmente sugestivo resulta el último párrafo donde la paciente sigue un escalamiento in crescendo, marcado por ella misma, que le lleva del nivel 1 hasta el nivel 5 con el reconocimiento de la utilidad y la necesidad de la psicoterapia.

c) *divergencia*: En este último caso que acabamos de analizar sería posible encontrar un indicador de divergencia en el momento en que la terapeuta introduce una suposición no contemplada por la paciente [29]T.- "Si por pura hipótesis su madre no le diera el dinero para la psicoterapia, ¿usted qué haría?". La divergencia, en efecto, consiste en apuntar hipótesis alternativas, considerar perspectivas nuevas, redefinir situaciones, reformular los problemas. Algunas de estas técnicas divergentes se han utilizado abundantemente en las terapias sistémicas y son una de las bases de las modernas terapias narrativas. Sin embargo, al igual que en el escalamiento la divergencia puede ser producto de una reformulación en sentido descendente, no

necesariamente ascendente. Si nos remitimos al fragmento inicial del caso N.4 podemos señalar un pasaje muy significativo; es el siguiente:

Caso N.4  
Fragmento primero

Contexto: Mujer de treinta años, hija de un médico y de una maestra retirada. La mayor de cuatro hermanos. Está separada y tiene una hija de dos años que vive con ella en casa de los padres. Padece un trastorno bipolar del que está siendo tratada y sigue contemporáneamente una psicoterapia. Realiza un trabajo a tiempo parcial en una editorial y últimamente había empezado a ir a pasar trabajos a máquina en el despacho de un abogado. En el contexto inmediato de la sesión que se transcribe la paciente ha llegado, contrariamente a lo que acostumbra, con veinte minutos de retraso.

- 1) T.- ¿Qué le ha pasado? (3) (refiriéndose al retraso).
- 2) C.- No he salido a tiempo de casa,... me he estado entreteniendo en tonterías... (3) (silencio) (1)... Ya no voy a pasar trabajos a máquina a casa del abogado. (3)
- 3) T.- ¿Por qué? (3)
- 4) C.- Me había cansado de hacerlo de espaldas a mi marido... y además el resultado no era bueno (4). No había podido probar antes la máquina de escribir (3).
- 5) T.- ¿Se lo había dicho el abogado que el resultado no era bueno (3)?.
- 6) C.- No, él no ha dicho nada (3).
- 7) T.- Y, entonces, ¿cómo puede saberlo que el resultado no era bueno? (4)
- 8) C.- Porque según mi impresión no era perfecto (4). He dejado el trabajo de golpe y porrazo, sólo con una llamada a la secretaria (3); seguramente se habrán enfadado conmigo. Me siento mal (2).
- 9) T.- ¿Deprimida? (2).
- 10) C.- Estoy siempre en tensión y enfadada (2). Y además me siento mal porque el sábado me tocó hacer de guardarropa (3).
- 11) T.- ¿En el Congreso de la Editorial? (3)
- 12) C.- Sí (3).
- 13) T.- ¿Pero usted ya sabía que durante el congreso tendría esta función? (3)
- 14) C.- No, me habían pedido si podía asistir, porque otros no habían aceptado, debería haber estado en recepción para atender al público,... pero he terminado haciendo de guardarropa (3)
- 15) T.- Habrá sido algo humillante para usted (2).
- 16) C.- (silencio: sube las cejas en señal de asentimiento) (1)
- 17) T.- Y cuando se ha dado cuenta de la situación, ¿ha manifestado a alguien su desacuerdo? (3).
- 18) C.- Ya estaba allí, ¿qué otra cosa podía hacer? (2) (silencio) (1).
- 19) T.- Hoy la noto particularmente enfadada...(2)
- 20) C.- (silencio acompañado de una sonrisa tensa) (1).
- 21) T.- Su rabia es sorda y muda con todos (4)... pero hoy consigue muy bien hacérmela sentir..., siento que está enfadada conmigo (2)
- 22) C.- Estoy destruida (2)... (silencio)...

Este párrafo es el que precede inmediatamente al que hemos examinado en el apartado anterior dedicado al *escalamiento*. En él se produce un cambio brusco que introduce la terapeuta, pasando de utilizar el nivel 3, propuesto por la cliente al hablar de sus avatares desafortunados con la Editorial, que se da cuenta no llevan a ninguna parte, a hablar desde la perspectiva de sus propios sentimientos o sensaciones (nivel 2) que la están acuciando y haciendo sentir incómoda: [“siento que está enfadada conmigo”]. Este cambio de perspectiva, que en principio rompe la sintonía del diálogo, desequilibrándolo, lo hace mucho más vivo y prepara la secuencia sobre la autonomía de la cliente respecto a la madre, al pago de la terapia y al compromiso con ella. Pero no siempre, naturalmente, las cosas suceden con tanta fortuna.

### **DIMENSION CONSTRUCTIVA DE LA ENTREVISTA EVOLUTIVA**

Las estrategias de equilibración y desequilibración discursiva examinadas hasta ahora corresponden al nivel microproposicional; están orientadas a promover la evolución del diálogo, de modo que se asegure la cooperación del paciente, por un lado, y se favorezca, por otro, el despliegamiento de su discurso. Pero, más allá de la interacción comunicativa inmediata entre una intervención dialógica y su respuesta, y a medida que se desarrolla la entrevista evolutiva, van formándose unidades macroproposicionales, reveladoras de la estructura lógica del discurso.

La consideración de la estructura lógica de un discurso pone de manifiesto el entramado epistemológico con el que está construido. En él se pueden observar los diversos niveles evolutivos que lo componen. La hipótesis básica es que los esquemas epistemológicos para construir la realidad vienen determinados por los niveles de evolución que ha alcanzado el pensamiento. Este sigue unos estadios de desarrollo que van desde la experiencia inmediata, prácticamente indiferenciada, hasta la máxima complejidad epistemológica. Estos estadios, como ya se ha dicho, siguen un proceso de maduración desde la infancia a la adolescencia y la edad adulta, y afectan tanto a la construcción de los criterios de razonamiento (cognitivos) como de acción (morales), de acuerdo con las pautas de desarrollo descritas por la epistemología genético-constructivista de Jean Piaget. El análisis de tales criterios epistemológicos en el contexto de la psicoterapia constituye la dimensión constructiva de la entrevista evolutiva y tiene por objetivo promover el cambio psicológico, entendido como un desarrollo evolutivo hacia formas más complejas e integradas de construcción de la experiencia y resolución de problemas. En efecto, un problema psicológico se produce cuando entran en juego niveles de desarrollo epistemológico que no se consiguen integrar.

Puestas las cosas en estos términos resulta evidente que, más allá de las habilidades conversacionales del terapeuta para extraer toda la información relativa a la estructura del problema, la conducción de la entrevista evolutiva requiere activar estrategias para promover el cambio psicológico con la superación o integración de

los dilemas epistemológicos. Estos se producen porque los niveles cognitivos y morales en los que se plantea un problema se viven como antagónicos o incompatibles, desembocando, a veces, en auténticas aporías.

Para que resulte más claro cuál puede ser la naturaleza de los conflictos o dilemas psicológicos que traen los pacientes a psicoterapia puede ser útil la consideración conjunta de los estadios o niveles de desarrollo cognitivo y moral, de acuerdo con los criterios de clasificación del nivel de evolución epistemológica, que consideraremos a continuación

## **CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL NIVEL DE EVOLUCION EPISTEMOLOGICA COGNITIVA Y MORAL**

### **A) El desarrollo cognitivo**

El desarrollo epistemológico del niño y del adolescente sigue una serie de estadios evolutivos que han sido descritos por Piaget (1971/1937) y ampliamente recogidos por su escuela (Inhelder y Piaget, 1958; Selman, 1980) y por la psicología en general (Kegan, 1982). Estos estadios describen diversas epistemologías con las que el niño y más tarde el adolescente y el adulto construyen e interpretan el mundo. Por epistemología entendemos un sistema homogéneo de criterios de conocimiento y de razonamiento que emplea el sujeto humano según los diversos momentos evolutivos y que constituyen la matriz formal y material con la que genera los esquemas ideo-práxicos de interacción con el mundo. Así, si un niño se encuentra en la etapa mágica del pensamiento -por ejemplo entre los 4 y 6 años- es *lógico* que piense y actúe como si los Reyes Magos existieran de verdad: dictará su carta a los Reyes, la llevará al correo o al buzón de los pajes, preparará la víspera agua y comida para los camellos y recibirá al día siguiente los regalos como caídos del cielo o entrados por el balcón. Este pensamiento no es sólo estadísticamente normal, sino *lógico* de acuerdo con su epistemología, y por esa misma razón nadie lo considera *patológico*. Hacia finales del sexto año, o a los 7 a lo sumo 8 años, sin embargo, empezará a encontrar incongruencias en este modo de pensar: se preguntará, por ejemplo, cómo hacen los Reyes para repartir tantos regalos a tantas casas en una sola noche; cómo lo hacen para leer tantas cartas; de dónde sacan tantos regalos y tan variados, cómo los transportan; cómo consiguen entrar en tantas casas diferentes sin tener las llaves; cómo es que los niños ricos, por lo general, reciben más obsequios y más caros que los más pobres, etc. etc. etc. Todas estas preguntas abren una brecha profunda en su modo de pensar y generan una crisis epistemológica. La superación de esta crisis es la elaboración de una nueva epistemología, adaptada a las nuevas perspectivas que se han abierto con las preguntas críticas del final de etapa y permiten desarrollar nuevas hipótesis, de acuerdo con un pensamiento operacional: los Reyes Magos no pueden entrar en todas las casas, ni leer todas las cartas, ni saber lo que “yo pido”; tiene que ser alguien que esté dentro de casa, que pueda saberlo

y pueda hacerlo, es decir mis padres.

Este modelo de evolución cognitiva o epistemológica propuesto por Piaget se basa en la suposición de que nacemos con unos esquemas de percepción y acción/reacción muy elementales, que se van desarrollando gradualmente hasta llegar a su agotamiento o techo máximo y que son sustituidos por otros más eficaces después de ser destruidos, dando lugar a un nuevo estadio epistemológico más complejo. Esta es la secuencia evolutiva habitual. Pero este proceso se da en un contexto cultural que posibilita o potencia la sustitución de una epistemología por otra. Los distintos artefactos culturales, simbólicos o tecnológicos, son absolutamente necesarios para el desarrollo de nuevas complejidades epistemológicas. Piénsese, por ejemplo, en el espanto que experimentaban nuestros antepasados ante la visión de máquinas *infernales*, como la locomotora de tren, que chocaba con sus esquemas cognitivos.

Una ilustración más de este fenómeno de choque epistemológico lo constituye un curioso relato del siglo XVII. John Wilkins refiere cómo un esclavo indio, que desconocía totalmente la existencia de la escritura se vio obligado a interpretar mágicamente los poderes adivinatorios de un trozo de papel. La anécdota en síntesis es la siguiente: Un poderoso terrateniente envió a su esclavo indio con un cesto de higos y una carta para entregar a un amigo suyo que dominaba los territorios vecinos. Por el camino el indio se fue comiendo gran parte de la sabrosa carga, pero con la desagradable sorpresa que, al llegar a su destino, el destinatario de la carta, después de leerla, le dio una severa paliza, acusándolo de ladrón. El indio volvió cabizbajo y dolorido a su amo, maldiciendo aquel trozo de papel. El terrateniente, al saber por boca de su propio esclavo lo que había ocurrido, volvió a mandarle, al día siguiente, con otro cesto de higos, acompañado de otra carta de excusa para su amigo. El indio, esta vez, tomó sus precauciones. Hizo un alto en el camino para darse un buen hartazón de higos, pero no sin antes tapar la carta debajo de una gran piedra para que no le viera. Después del atracón recogió el cesto y la carta y continuó su camino hasta la casa del destinatario. Este leyó la nueva misiva de su amigo y se enfureció todavía más que el día anterior con el esclavo. Este, al verse descubierto, confesó su culpa, reconociendo los poderes divinos de aquel papel y prometiendo no volver a faltar nunca más a la fidelidad a su amo, sin llegar a comprender que en la carta se refería el número de higos de los que era portador.

El relato pone de manifiesto cómo la falta de artefactos culturales, adecuados para interpretar determinadas realidades, impide la comprensión de determinados fenómenos y exige para evolucionar la estimulación de nuevos criterios epistemológicos. Ya nos hemos referido antes, al considerar los diversos niveles de desarrollo expresivo, a la descripción de los sucesivos estadios de evolución epistemológica o cognitiva y no vamos a repetirnos otra vez. Puede consultarse, además, en este mismo número de la Revista, por ejemplo, el artículo de H. Rosen (1993), o la excelente exposición de Flavell (1982) donde se da una descripción más

## B) El desarrollo moral

Aunque Piaget no aludió a los estadios de desarrollo moral, otros autores neopiagetianos (Kohlberg, 1969; Kegan, 1982; Selman, 1980) han puesto de manifiesto la importancia de este tipo de desarrollo para entender de forma integrada la formación del pensamiento socio-cognitivo. Como quiera que ya hemos descrito antes las etapas de evolución cognitiva y su significado, nos vamos a limitar ahora a comentar brevemente cada uno de los niveles de evolución o desarrollo moral. Para homogeneizar al máximo la terminología imperante en este campo entre los diversos autores -cfr. Joyce-Moniz (1993) en este mismo número de la Revista- hemos tomado un criterio etimológico en torno a la palabra griega "nomos", que significa ley o norma para designar a cada uno de los diferentes estadios o niveles de desarrollo moral.

Así el estadio *pre-nómico*, equivalente en la práctica a la etapa oral descrita por Freud, se corresponde con el nivel evolutivo inicial, previo a cualquier conciencia de alteridad o norma, en el que el niño se manifiesta de forma absolutamente reactiva, sin consideración de los efectos que pueda acarrear a los demás, ni capacidad de empatía ajena, agitándose violentamente en brazos de la madre, por ejemplo, o llorando rabiosamente durante la noche sin dejar dormir, lo mismo que respondiendo con una amplia sonrisa a los estados de bienestar.

En el segundo nivel evolutivo hablamos de *a-nomia*, por cuanto el niño de entre 2 y 6 años ya es consciente de su influencia positiva o negativa sobre los demás y de la existencia de normas de conducta externas, pero no las toma en cuenta para regular su acción; su comportamiento y juicio moral no es ajeno, por tanto, como en la etapa anterior, a la entrada en contacto con las reglas sociales, sino que prescinde de ellas egoístamente.

Las crisis sucesivas a las que se ve sometido el sistema de regulación de la conducta social en el niño pre-nómico van provocando una interiorización progresiva de las normas morales, proceso que en el Psicoanálisis es conocido como formación del *superego*. De este modo se llega a la formación de la conciencia moral entendida como ley externa o *heteronomía*, que da paso a la tercera etapa, que se extiende de los 6 a los 12 años aproximadamente. Durante este período el niño va aceptando progresivamente la existencia de normas externas, que han sido dictadas por los garantes del orden social -padres, maestros, autoridades civiles y religiosas- e intenta ajustarse a ellas, lo que le confiere estabilidad y seguridad.

Con el inicio de la adolescencia se invierte la actitud sumisa de aceptación indiscriminada de las normas sociales, las cuales se cuestionan desde sus fundamentos. El resultado de este cuestionamiento es la aparición de un nuevo criterio moral, el *socio-nómico*, según el cual las normas sociales sólo tienen justificación en la medida en que contribuyen al bien colectivo, al que deben subordinarse los individuos. Este sería el cuarto nivel de evolución moral. Para alcanzarlo el sujeto tiene que realizar una importante operación de descentramiento: llegar a ver desde

detallada de los mismos. Sólo los vamos a reproducir esquemáticamente en la Figura II para mayor comodidad del lector, advirtiendo que hemos añadido, de acuerdo con otros autores neo-piagetianos, un quinto estadio evolutivo a los cuatro propuestos por Piaget, al que llamamos postformal y que hace referencia a las operaciones metacognitivas, de gran importancia en la producción del cambio terapéutico.

**CUADRO SINOPTICO DEL DESARROLLO DE LA COMPLEJIDAD  
EPISTEMOLOGICA COGNITIVA Y MORAL**

Estadios evolutivos	Desarrollo cognitivo	Desarrollo moral
Estadio 1	Sensorio-motor	Pre-nómico
Estadio 2	Pre-operacional	A-nómico
Estadio 3	Operatorio	Heteró-nomo
Estadio 4	Formal	Socio-nómico
Estadio 5	Postformal	Autó-nomo

**Figura II**

Estos estadios, que deben considerarse diacrónicamente como estadios sucesivos, pueden considerarse sincrónicamente como niveles epistemológicos alternativos, es decir como epistemologías coexistentes simultáneamente. Así, por ejemplo, a los adultos, a los que se nos supone una epistemología formal, nos gusta servirnos del mito o de la ficción; nos divierte excitarnos con movimientos bruscos a ritmo de sonidos elementales en la discoteca o desfogarnos estrepitosamente montados en las montañas rusas. Todas estas formas de encontrar placer o elaborar conocimiento pertenecen a niveles primarios del desarrollo y no por eso los juzgamos patológicos. Se puede decir que no confundimos la imaginación con la realidad, la diversión con el trabajo, la música discotequera con la clásica y que por tanto no estamos retrasados en nuestra evolución. El problema no está en la coexistencia de diversos planos de construcción de la realidad, sino en la dificultad para integrarlos o, incluso en la ausencia de algunos de ellos. Cuando se habla de aumento de complejidad cognitiva no nos referimos exclusivamente a la utilización de los niveles epistemológicos más desarrollados, sino a la posibilidad de hacer compatibles los distintos niveles entre sí. Esto vale igualmente para el desarrollo moral, como veremos en el apartado siguiente: difícilmente una persona podrá asumir una perspectiva de autonomía, sino no sabe combinar los propios intereses con los ajenos.

una perspectiva trascendente o formal la fundamentación del pensamiento y del comportamiento moral. A este fin ha tenido que superar la posición egocéntrica del niño pre/a-nómico que prescindía de cualquier imposición coercitiva a sus impulsos o la egoísta del niño heterónimo que buscaba sólo su seguridad o la evitación del castigo en sus formas físicas y sociales.

La posición sacionómica supedita el sujeto a la sociedad haciendo incomputables, con frecuencia, los intereses individuales con los colectivos. Este es el origen de muchos conflictos psicológicos, particularmente “neuróticos”, como ya advirtiera acertadamente Erich Fromm (1947). La superación de este tipo de conflictos o dilemas morales que se plantean con tanta frecuencia en psicoterapia, requiere el desarrollo del quinto nivel evolutivo, la *autonomía*. Los criterios que la configuran son capaces de hacer compatibles las necesidades individuales con las exigencias colectivas. Por ejemplo la persona puede estar de acuerdo en que las limitaciones al divorcio tienen una finalidad social de proteger a los hijos y a la institución familiar como núcleo básico de la sociedad; pero puede entender igualmente que esto no está reñido con la salvaguardia de la dignidad personal y la satisfacción de las aspiraciones legítimas a la realización social y profesional. La superación de los dilemas, caso de que se produzcan, exige la elección de nuevas alternativas prácticas que aseguren el cumplimiento de objetivos individuales y sociales que desde la perspectiva sacionómica se veían como incompatibles, pero que desde una perspectiva autonómica dejan de serlo. Continuando con la paciente del Caso N.2, ésta podría tomar una posición autónoma separándose de su marido y atendiendo personalmente a sus hijos, siempre que hubiera resuelto previamente los conflictos ideológicos [“en principio soy contraria”] (nivel moral 4, sacionómico) y egocéntricos (nivel 2)[“muerte emocional”] que se lo impiden. Para ello habría que explorar las implicaciones de ambos niveles, puestos de manifiesto a través de la *entrevista evolutiva*.

Esta puede utilizarse como un instrumento de evaluación de los distintos niveles en que se estructura un problema. La evaluación que interesa en terapia no es, en efecto, un diagnóstico patognómico de acuerdo con nosologías psiquiátricas, sino una descripción estructural de los componentes y las interrelaciones que configuran un dilema psicológico.

Para llevar a cabo este tipo de evaluación será conveniente calificar cada una de las síntesis discursivas a que se pueda llegar de acuerdo con los niveles socio-cognitivos descritos anteriormente. Con esta finalidad utilizaremos las iniciales C1, C2,... C5 para indicar el nivel de desarrollo cognitivo con que se construye un fenómeno cualquiera y M1, M2,... M5 para determinar el nivel de desarrollo moral con el que se enfrenta. La coincidencia de niveles evolutivos de construcción y expresión será indicativa, por lo general, de ausencia de conflicto, mientras que la disparidad o no coincidencia entre los distintos niveles puede serlo de su existencia. También puede serlo la utilización exclusiva de criterios de construcción muy

primarios Veamos algunos ejemplos de este procedimiento evaluativo antes de ir más adelante. Retomemos por un momento el caso N3 de la paciente obsesiva que quiere casarse, pero no puede a causa de su “complejo”.

C4/M1 "Me gustaría casarme, pero tengo miedo (2). No quiero casarme porque padezco un complejo obsesivo (4). Por la noche hago la ronda veinte veces a la casa para constatar si las puertas y ventanas están bien cerradas. No consigo evitarlo. Empiezo una y otra vez... y tengo que hacer un gran esfuerzo para ir a la cama. Tengo que ingeniarme los mil y un trucos para que mis padres no se den cuenta... hace ya dos años que dura la cosa (3), estoy agotada por esta lucha en la que mi voluntad no puede nada en absoluto (4). Cómo podría casarme en estas condiciones (4). ¿Cree que es posible eliminar este complejo? (2)".

A pesar de que la paciente utiliza masivamente -como todos los obsesivos- un pensamiento concreto en la exposición de su problema (E3), la evaluación cognitiva que hace de él es de nivel formal (C4) ["padezco un complejo obsesivo"]. La posición moral, sin embargo, con que se enfrenta al problema es totalmente anómica (M1): ["mi voluntad no puede nada en absoluto"]. Existe una referencia a una especie de criterio socionómico ["Cómo podría casarme en estas condiciones?"], pero no es el que rige la construcción del dilema, sino el miedo, la sensación de no poder decidir con su voluntad.

Una sensación de impotencia regula también la construcción de la situación propia de otro paciente:

C2/M3" Llevamos ya casi un año en terapia y no veo que haya habido muchos progresos (3). Cada vez veo más claro que lo mío no tiene remedio. En realidad una maldición me persigue (4). Soy hijo de madre soltera y de padre alcohólico; mi madre murió internada en un sanatorio psiquiátrico y con ello se cumplió el "mal de ojo" que le había echado mi abuela (3). Este pecado lo tiene que pagar el que lo comete y su descendencia (4). Por fortuna yo no tengo hijos y no creo que los vaya a tener nunca (3). La maldición se acabará conmigo (4). Además no voy bien de dinero y no me puedo permitir gastármelo en la terapia (3)".

Este es un tipo de discurso en el que prevalece el pensamiento mágico (nivel de evolución cognitiva C2). La atribución de los problemas del paciente, que por otra parte son definidos por él como somáticos -taquicardias, sudoraciones, contracciones musculares, etc.-, a fuerzas de magia o brujería, priva al sujeto de cualquier capacidad de análisis e intervención sobre su vida. Por eso el nivel de construcción moral de la experiencia es heterónimo (M3): ha habido un pecado y tiene que haber

una expiación en forma de castigo. El castigo son los padecimientos, éstos son somáticos y la [“psicoterapia es inútil”], porque, entre otras cosas, no puede conjurar [“un mal de ojo”].

Veamos otro caso en el que se plantea igualmente la desconfianza en la utilidad de la psicoterapia, pero desde una postura más cohesionada cognitivamente.

C2/M2 “No sé porqué tenemos que venir aquí toda la familia, si el enfermo es él y no nosotros. (4) ¿Usted cree que la psicoterapia le servirá de algo? (2) Yo no creo que se trate de un problema psicológico, sino físico (4). En la familia de ella (la madre) ya hay antecedentes de la misma enfermedad. Un tío de ella ya estuvo muchos años internado en un hospital psiquiátrico. Allí le daban electroshocs (3). “Nosotros no podemos hacernos cargo de él. Y, aunque debiéramos, no sabríamos cómo hacerlo (2). Así que lo hemos traído aquí para que lo cuiden o lo internen o le hagan lo que haga falta (3)”.

La síntesis discursiva de esta intervención del padre de un chico esquizofrénico en nombre y presencia de toda la familia ante los terapeutas que los han convocado puede ser clasificada como C2/ M2. En efecto, el padre utiliza una epistemología preoperacional para enfocar un fenómeno como el de la esquizofrenia del hijo y la invitación de los terapeutas a una terapia familiar. La posición del padre es que no hay nada que entender ni nada que pueda hacerse al respecto de esta enfermedad, puesto que ésta es hereditaria. Las informaciones que aporta sobre los antecedentes familiares no son más que argumentos a favor de la tesis básica por él sustentada y por tanto no cambian, sino que refuerzan, su posición epistemológica de partida. El nivel moral con que, a su vez, el padre enfoca el problema es el de la ausencia total de compromiso, es un planteamiento anómico según el cual los padres no se sienten aludidos por la enfermedad del hijo ni, aceptan colaborar con las autoridades sanitarias que se lo socilitan, aunque la razón que dan para su negativa remite al nivel epistemológico de donde partían, a saber, la inutilidad de cualquier esfuerzo de comprensión. Dado este planteamiento preoperacional y anómico del caso es evidente que no existe conflicto para los padres respecto a los parámetros socio-cognitivos con los que construyen el fenómeno de la esquizofrenia del hijo. El conflicto viene provocado por la solicitud de los terapeutas, los cuales introducen el nivel heterónimo con su invitación a la colaboración terapéutica. El padre intenta neutralizar el conflicto remitiendo mágicamente el problema a la autoridad científica de los terapeutas [“para que le hagan lo que haga falta”], pero negándoles autoridad moral para implicarlos en la terapia [“¿usted cree que la psicoterapia le servirá de algo?”]. Ante situaciones de este tipo los terapeutas podrían intentar modificar el esquema socio/cognitivo de la familia, movilizándolo los criterios epistemológicos donde se les ha reconocido una autoridad como expertos, mientras

que probablemente no tendrían ningún éxito intentando modificar el posicionamiento moral de los padres, dado que previamente les han dejado claro que no aceptan su autoridad moral. Pero antes de hablar de las estrategias para promover el cambio socio-cognitivo veamos todavía más ejemplos de clasificación de estos niveles.

C3/M4 Tengo puestas mis esperanzas (2) en este viaje a los EE.UU (3). Estoy segura (2) de que allí él cambiará (3). No tendrá las circunstancias que aquí hacen que esté siempre buscando fuera de casa lo que yo le ofrezco en casa (3). Si no le prometo "jaleo" se va automáticamente de juerga con los amigos toda la noche (3). Yo se lo tolero todo con tal que él no quiera separarse (4). Entiendo que el sexo es muy importante para los hombres (4). Para mí, como le he dicho ya no tiene ningún interés (2). Pero haría cualquier cosa para salvar nuestro matrimonio, sobre todo por los hijos (3); ellos necesitan un padre y una madre; un matrimonio unido (4).

El discurso de la paciente de este último caso pone de manifiesto un dilema constituido por la desigualdad entre los niveles de construcción de la experiencia matrimonial. Cognitivamente presenta una alternativa operatoria a la situación actual, que es de insatisfacción, basada en un cambio materializable en un traslado a los EE.UU. y lo argumenta igualmente con datos concretos y experiencias de viajes anteriores (C3). Moralmente, sin embargo, su discurso se mueve en el nivel socio-nómico con el reconocimiento explícito de la importancia del sexo para los hombres y de la unidad familiar para los hijos. Un discurso altruista de nivel M4, difícil de combatir. La paciente no puede cuestionarse su planteamiento moral ni negar la evidencia de la situación, razón por la cual busca -mágicamente- no la satisfacción de sus afectos, sino el mantenimiento de unas condiciones materiales a través de unos cambios concretos, en consonancia con sus planteamientos epistemológicos de nivel C3. De ahí que en el fondo no se plantee la paciente la necesidad de un cambio propio, sino que lo delegue en el marido ["Estoy segura de que allí él cambiará"]. Resulta evidente para el terapeuta que la paciente no busca un cambio psicológico, sino, a lo sumo, un apoyo o refuerzo de sus ideas: no está dispuesta, en efecto, a revisar sus criterios socio-nómicos ni espera del terapeuta ningún cuestionamiento epistemológico. En estos casos lo mejor que puede hacer el terapeuta es cuestionar el objetivo mismo de la demanda terapéutica, si es que existe, para reconducirla o desestimarla.

Veamos ahora un último caso en el que se da un acuerdo de planteamientos epistémico-éticos coincidentes y donde parecen superadas, tras un período de terapia, las aporías o dilemas que habían traído la paciente a psicoterapia:

C5/M5 Ahora me doy cuenta de que toda mi vida he estado intentando satisfacer a los demás, haciéndome responsable de cosas que no me correspondían a mí sino a mis padres, sustituyéndolos a ellos para posibilitar que ellos vivieran su vida y no se discutieran por mí y mis hermanos (4). Como usted dice he sido el buen "Cireneo" que cargaba a costas la cruz de los otros (5). Posiblemente es lo mejor que podía o sabía hacer en aquel momento (4); pero ahora que mis hermanos ya son mayores (3) no tengo por qué hacerme yo cargo de ellos, aunque tengan problemas (4). Voy a explicarle claramente a mi madre que yo debo hacer mi vida (4); que hay otras instituciones que pueden hacerse cargo del problema de drogas de mi hermano (3); que también él debe asumir su responsabilidad y no vivir siempre a costas de los demás con el cuento de que "está enfermo" (4); que estoy dispuesta a ayudar en situaciones concretas, donde yo vea que puedo ser realmente útil, como en buscarle la dirección de los profesionales del CAS (3) pero no a ser utilizada de bombero apagafuegos, ni muchos menos de Cireneo que debe apechugar con la cruz que les corresponde a los demás (5).

La síntesis discursiva de este fragmento puede ser evaluada como C5/M5. Corresponde como hemos dicho a una sesión de clausura de un período de terapia. La paciente ha alcanzado una formulación epistemológica sobre sus problemas que le permiten adoptar una perspectiva metacognitiva y, a su vez, ha conseguido trascender los planteamientos sacionómicos para situarse en una posición de autonomía respecto a lo que debe o no debe, quiere o no quiere, puede y no puede hacer. Para llegar a reconstrucciones de este nivel, sin embargo, se precisan, por lo general muchas horas de trabajo durante las cuales se somete el sistema epistemológico del paciente a una cuidadosa de/re/construcción. Para ello pueden ser útiles algunas indicaciones sobre estrategias constructivas en la entrevista evolutiva, de acuerdo con las indicaciones del siguiente apartado.

### **ESTRATEGIAS CONSTRUCTIVAS EN LA ENTREVISTA EVOLUTIVA**

Antes dijimos que el paso de un nivel evolutivo a otro requería la destrucción de los esquemas anteriores, pero eso no significa que los adultos no seamos capaces de servirnos de ellos en la actualidad, puesto que en otro tiempo formaron parte de nuestra epistemología. En efecto, la ruptura con las etapas anteriores o inmediatamente precedentes a la que se está configurando, según el estadio de evolución o desarrollo en que se encuentra cada uno, se produce a través de un proceso de diferenciación e integración de las estructuras más elementales de conocimiento respecto a las más complejas, por lo que las primeras continúan existiendo de alguna manera, aunque subsumidas en las segundas, sin anularse o contradecirse (Flavell, 1982).

Además conviene señalar que la evolución epistemológica no se produce necesariamente de una manera homogénea ni automática, sino en aquellos ámbitos

en los que ha sido sometida a crisis sistemáticas. De este modo, una persona puede haber evolucionado satisfactoriamente en la comprensión de los fenómenos físicos, pero no por ello, al menos necesariamente, en el de la comprensión de las relaciones interpersonales. Algunos ámbitos de conocimiento y experiencia están expuestos sistemáticamente a la enseñanza en los planes de educación obligatoria, y, por tanto, a sucesivas crisis epistemológicas; otros en cambio, como la sexualidad o la afectividad, o la moralidad no lo están en absoluto. La posibilidad de elaborar esquemas más complejos de comportamiento en estas áreas, queda abandonada al azar o a la iniciativa individual. No es de extrañar pues que las personas se acerquen a la consulta con un bagaje epistemológico incompleto y heterogéneo, siendo la finalidad de la terapia, precisamente, la de ayudar a elaborar esquemas de comprensión y actuación más desarrollados.

Para conseguir este fin el terapeuta puede echar mano de una serie de estrategias de-re-constructivas, que tienen como objetivo, precisamente, poner en crisis las bases sobre las que se sustenta el aparato epistemológico del sujeto, reformular la significación de los dilemas ético-sociales en que se debate y finalmente explorar nuevas alternativas ideo-práxicas con que enfrentar los problemas existenciales, todo ello en un contexto de negociación (Gergen & Kaye, 1992) del significado de la experiencia y de las alternativas de praxis, que en términos constructivistas se conoce como co-construcción (Villegas, 1992b).

### **A) De-construcción**

Las estrategias de equilibración y desequilibración del discurso que hemos desarrollado en la primera parte de este artículo estaban orientadas a favorecer la construcción de la narrativa según la cual se confiere sentido a la experiencia del sujeto. La comprensión de la macroestructura narrativa que trae el paciente a terapia es imprescindible para la negociación terapéutica (Anderson & Goolishian, 1992), a través de la cual se desarrolla un proceso de co-construcción que tiene con frecuencia un efecto terapéutico por sí mismo. El discurso del paciente es muchas veces patológico, no por sus condiciones de textualidad, sino por su reiteración infructuosa, por su incapacidad de evolucionar hacia nuevos significados. Por este motivo viene el paciente a psicoterapia. Espera del terapeuta la colaboración necesaria para la construcción de un discurso vivificante. Esta construcción exige, sin embargo, con frecuencia la deconstrucción previa del discurso.

Una de las técnicas de-constructivas más frecuentes en las terapias cognitivas es la de cuestionar las ideas erróneas o distorsiones cognitivas sobre las que se sustenta la construcción de la patología por parte de los pacientes: por ejemplo, las creencias de carencia de valor por parte de los depresivos. Ante tales afirmaciones el terapeuta puede desestabilizar la autopercepción negativa del paciente con preguntas dirigidas a cuestionar su validez, discusión de creencias irracionales- (Ellis, 1974); o poner en tela de juicio los fallos lógicos en la construcción de tales

conclusiones, indicando, por ejemplo, errores o sesgos en el procesamiento de la información (abstracción selectiva, sobregeneralización) (Haaga & Beck, 1993). Pero, por lo general, estas intervenciones obedecen más bien a un planteamiento retórico, que constructivista, de la terapia (cfr. Villegas, 1990).

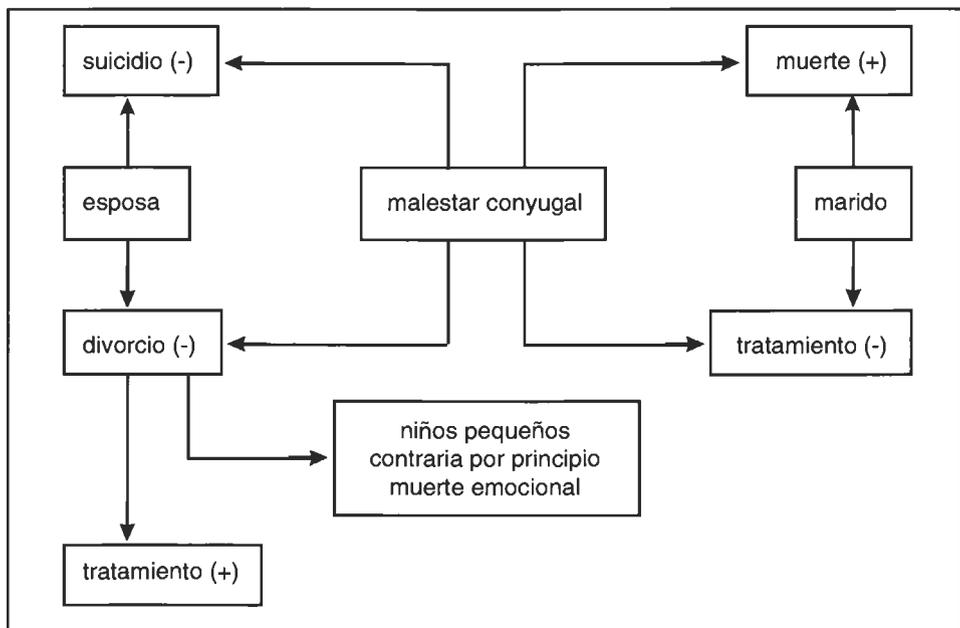
La perspectiva constructivista no pretende, en efecto, convencer a un depresivo de que no es cierto que “no vale nada” o a una anoréxica de que no “está gordísima”, sino cadavérica. Parte del supuesto de que estas percepciones, por muy *falsas* que sean, son construcciones subjetivas y que no hay evidencia objetiva que pueda con ellas: ni espejos, ni razonamientos, ni demostraciones empíricas, ni diálogos socráticos. La construcción “patológica” de la realidad -o de la experiencia- obedece a estructuras epistemológicas tan subjetivamente coherentes y estables, que no pueden ser puestas en cuestión de una forma superficial, atendiendo sólo a su enunciación. Se exige una revisión de los criterios epistemológicos sobre los que se sustenta para que se llegue producir un cambio. En este sentido, se puede afirmar que una crisis psicológica es, en realidad, una crisis evolutiva. Por ejemplo la inmovilidad de los planteamientos epistemológicos de la anorexia puede ser deconstruida desde una perspectiva evolutiva, poniendo de manifiesto la función del síntoma como garante del estancamiento en la adolescencia.

Este planeamiento no surge de una interpretación gratuita del terapeuta, sino de la de-construcción del mundo discursivo de la anoréxica, por ejemplo en palabras de Ellen West: [“Sentí que todo mi desarrollo interior se paraba, que se cegaba totalmente el manantial de vida y expansión, porque se había apoderado de mi alma una sola idea: algo indeciblemente ridículo”]. Ya hemos ilustrado esta condición específica de la anorexia en otros trabajos anteriores (Villegas, 1988, 1992a), y no vamos a repetirnos aquí ahora. Solamente queremos recordar que para las anoréxicas el rechazo a la comida es el rechazo a la materialidad del cuerpo y, en concreto a la femineidad que se deriva del desarrollo puberal en la mujer. Negándose a comer la anoréxica consigue suprimir los ciclos menstruales, reducir drásticamente el tamaño de los pechos, moldear una figura casi rectilínea, llegando a tener la ilusión de controlar un cuerpo que percibe, sin embargo, distorsionadamente, dado que esta percepción actúa de monitor estable de su comportamiento, y éste de refuerzo de su decisión. La anoréxica ha llegado a detener el curso evolutivo, ya no necesita crecer: ha alcanzado un nivel superior, un orden no humano, sino espiritual, y trata de mantenerlo a toda costa.

Las técnicas de-constructivas de inspiración constructivista no pretenden cambiar las creencias o percepciones erróneas o distorsionadas del paciente. Parten del supuesto de que éstas ejercen una función en el conjunto del sistema epistemológico del sujeto y de que, por tanto, tienden a perpetuarse -fenómeno que desde otras perspectivas se denomina resistencia- a pesar de su evidente incomodidad. Las técnicas de-constructivas están orientadas más bien a llevar a su saturación los límites y contradicciones del sistema, para ayudarlo a evolucionar. Para ello se hace

imprescindible como primer paso llegar a una *síntesis discursiva* lo más completa y coherente posible, para lo que pueden resultar útiles las técnicas de análisis textual que hemos desarrollado en trabajos anteriores (cfr. *passim*: Villegas, 1992a, 1993).

De acuerdo con las técnicas de análisis textual, el discurso terapéutico está compuesto por una serie de temas fuertemente articulados entre sí a través de lazos lógico-semánticos que constituyen su macroestructura. Anticipándonos, de alguna manera, en los apartados anteriores al análisis de la dimensión macroestructural, ya hemos apuntado algunos de estos campos temáticos a propósito de los casos examinados. Así, por ejemplo, en el caso N.2 resultan identificables temas como los siguientes: incompatibilidad entre el rol de madre/esposa y el desarrollo profesional; oposición del marido a la actividad laboral y social de la paciente; malestar conyugal y deseo de muerte del marido; conflicto ético-existencial respecto al divorcio; incapacidad de hacer cambiar al marido y aparición de ideas autodestructivas. La interacción y organización estructural de todos estos temas constituyen la matriz ideológica que genera el discurso de la paciente. Esta matriz puede ser representada gráficamente a través del análisis macroestructural y expresada mediante síntesis macroproposicionales, portadoras de toda la carga simbólica depositada de forma desorganizada en el texto de la entrevista. En efecto, si prescindimos de las intervenciones distractoras del terapeuta del caso N.2, evitadas, a veces, por la paciente con interrupciones y, otras, seguidas por ella con pérdida de la coherencia temática, podemos delinear la siguiente macroestructura discursiva:



que puede sintetizarse en la siguiente macroproposición: “*El divorcio, como solución al malestar conyugal, es una muerte emocional, que sólo puede evitarse con otra muerte, la de uno de los dos cónyuges por accidente o suicidio*”.

Debido a la confusión causada por la insolubilidad del dilema, la mujer se presenta a la consulta en un estado de postración emocional -dirigido a conmovir al terapeuta-, plantea situaciones reales de malestar conyugal -marido alcohólico, prohibición de desarrollar actividades profesionales, malos tratos-, considera alternativas inaceptables como el divorcio, la muerte del marido o el suicidio y termina con una demanda mágica de ayuda terapéutica, cuyo destinatario no se sabe muy claro si es la paciente, el marido o la pareja, basada en la fantasía de que todo puede arreglarse, recuperándose ella.

Esta es una situación frecuente en la clínica psicoterapéutica en la que el terapeuta se encuentra frente a una demanda imposible de satisfacer, dado que está formulada en términos paradójicos: “mi marido es el causante de todos los problemas por culpa de su alcoholismo, pero él no quiere reconocerlo ni someterse a tratamiento; por tanto o se muere él o me curo yo”. La idea mágica implícita en este planteamiento es la suposición de que curándose ella -no se sabe muy bien de qué- cambiarán las cosas. La deconstrucción de este tipo de discurso exige contemporáneamente a la formulación de la *síntesis discursiva* el *análisis de la demanda*. Este puede considerarse el segundo paso necesario, previo a la reconstrucción del problema. Muchas terapias en efecto no evolucionan porque no han llegado a negociar una demanda practicable. La paciente de nuestro caso ha hecho un balance donde todas las alternativas operativas que dependen de ella tienen un valencia negativa, incluido el suicidio, con la excepción de las que no dependen de ella: la muerte del marido o el propio tratamiento terapéutico. Como la primera de estas dos alternativas -la muerte del marido- no está en su mano promoverla, acude a terapia para implicar la figura cuidadora del terapeuta con el consabido despliegue de mensajes emocionales protolingüísticos, orientados pragmáticamente a conmovir -cosa de la que el terapeuta de nuestro caso, por lo visto, no se da cuenta-.

La prosecución de la ayuda terapéutica requiere, por tanto, la reformulación de la demanda en términos operativos que vayan más allá del planteamiento mágico o pasivo con que suele formularse. Para ello puede resultar indicado dar paso al tercer procedimiento deconstructivo, procediendo a la *evaluación de los niveles evolutivos* de la estructura epistemológica del discurso. Por ejemplo, en el caso que nos ocupa -caso N.2- la experiencia emocional de la paciente se manifiesta en los niveles 1 y 2, con reacciones de mutismo y evitación y expresión de sentimientos profundamente depresivos y autodestructivos, que contrasta con los niveles socio-cognitivos de nivel 3 y 4 con que la paciente justifica la imposibilidad de considerar la alternativa del divorcio. Este nivel discursivo emocional es la expresión de un conflicto ideopráxico entre la situación conyugal, descrita como opresora e insatisfactoria, y los deberes morales que impiden el divorcio como solución operativa concreta.

Podríamos evaluarlo pues como un discurso tensionado donde los niveles expresivo (E1/2), cognitivo (C3) y moral (M4) no se hallan integrados. A pesar de ello el discurso mantiene su cohesión, manifestando su coherencia epistemológica no a nivel lógico sino a través de la sintomatología depresivo-ansiosa, que se erige como el objeto inmediato de la demanda. La superación de este planteamiento insoluble requiere, a todas luces, la re-construcción de las bases epistemológicas sobre las que se sustenta.

## **B) Re-construcción**

Una vez la síntesis discursiva ha puesto de manifiesto el planteamiento epistemológico sobre el que se sustenta, las bases para una re-construcción del sistema epistemológico ya están echadas. Este irá cambiando en la medida en que se agote el modelo conceptual que lo ha originado. Para ello hay que sacar a la luz todas las implicaciones que subyacen a su estructura manifiesta. La técnica a seguir es ciertamente la de una indagación, pero no basada en el método de la sospecha sistemática, al estilo de Freud o Sherlock Holmes (Ugazio, 1991), sino en el “desconocimiento” (Anderson, H. & Goolishian, H., 1992), en una curiosidad genuina por la construcción del conocimiento. A esta actitud “del no saber” o posición de desconocimiento la podemos denominar *heurística negativa*. Está orientada a la exploración de los significados y criterios últimos que sustentan una concepción epistemológica determinada. Por ejemplo, en el Caso N2, la alusión a “otra” muerte emocional anuncia implicaciones significativas que el terapeuta no explora. Como ya dijimos más arriba, al hablar de las estrategias de desequilibración, la exploración de los significados implicados en esta alusión habría abierto probablemente nuevas vías de acceso al núcleo epistemológico de la paciente.

Una posición de desconocimiento no significa una posición de incomprensión. En efecto, las preguntas reiterativas que hace el terapeuta de nuestro caso N2 [“Explíqueme alguna”, “no entiendo”, “me gustaría saber algo más, pero antes no he entendido...”] no son indicativas de una *heurística negativa*, sino más bien de una incomprensión; se emiten a continuación de auténticos fracasos comunicativos. La *heurística negativa* parte, por el contrario, de la comprensión, de aquellos niveles de exploración que permite la comprensión alcanzada en cada momento. Como dice Goolishian (1991): “El terapeuta hace preguntas, cuyas respuestas requieren nuevas preguntas”.

He aquí un fragmento de otra entrevista, el caso N5 en el que pueden observarse en acción algunas de estas estrategias.

Caso N.5

Contexto: Joven estudiante universitario con graves problemas de visión, que tienen repercusiones sobre sus relaciones sociales. El fragmento corres-

ponde a una sesión semanal de una terapia que lleva ya varios meses.

- 1) T.- ¿Cómo te sientes, hoy? (2)
- 2) C.- Me siento mal... (2) últimamente han pasado cosas que me han hecho reflexionar... Siento como si mi vida tuviese que hacer un cambio, pero no consigo centrarla bien, ni enderezar este cambio hacia lo que quiero... (5).
- 3) T.- Si entiendo bien te hallas en un momento de incertidumbre en tu vida (5), pero ¿cuáles son en este momento las sensaciones que experimentas? (2)
- 4) C.- Es extraño,... (2) ayer me pasó algo... vinieron unos viejos amigos a buscarme (3), pero su visita me inquietó (2) en el sentido de que son buenos chicos (4), pero es difícil tener una relación abierta con ellos, entre otras cosas, porque tienen conductas libertinas y esto no facilita la relación... (5) Ayer salí con ellos (3), pero luego no me encontré bien (2). Es extraño, me he sentido distinto de ellos, como si nouviésemos nada en común (4).
- 5) T.- Todo esto te ha hecho sentir extraño, distinto... (4)
- 6) C.- Es lo que dicen también ellos, que son inteligentes (4); sólo que me reprochan el no dejarme llevar por los instintos... (5).
- 7) T.- Y tú cómo te sientes en esta situación (2).
- 8) C.- Experimento una especie de rabia... (2).
- 9) T.- ¿Hacia quién va dirigida esta rabia? (3).
- 10) C.- Contra ellos (3), porque, me empujan a hacer cosas que no siento (4).
- 11) T.- ¿Te gusta que te vengan a buscar? (2).
- 12) C.- Por una lado sí, porque frecuentemente me siento muy solo, cerrado en casa, sin salir... (2), tengo este problema de vista que no me permite conducir de noche (3); por esto me gusta que vengan a buscarme (2).
- 13) T.- Pero, por otra parte, no tienes la fuerza de decir que no (4).
- 14) C.- Es extraño por una parte quería decir que no (4), pero por la otra quería salir, descargarme, porque estaba tenso, dejarme ir... (2).
- 15) T.- ¿Estabas tenso? (2).
- 16) C.- Estudiar me supone un esfuerzo considerable de concentración, y a veces me cuesta... (4).
- 17) T.- Has decidido estudiar, pero a veces te cuesta y te produce tensión (4).
- 18) C.- Sí, creo que es mi parte instintiva que lucha contra la razón. Siento que debo hacer lo correcto, pero es incontrolable (5). 19) T.- ¿Te has preguntado qué es lo que querías hacer realmente según tus instintos? (5).
- 20) C.- En parte lo que hacen hoy tantos jóvenes: salir, fumar, ir de prostitutas, cosas todas que he hecho en otras ocasiones (3),...pero en este contexto... (4).
- 21) T.- ¿Lo harías en otro contexto? (4).
- 22) C.- Con otros chicos con los que convivo más a menudo, sí, lo he hecho...(3).
- 23) T.- ¿Y cómo te has sentido? (2).
- 24) C.- Bastante bien, porque en este caso ellos lo hacían también por mí (4), porque sabían que yo tenía necesidad de desfogarme (5); pero en el caso de ayer no me sentía igual y no lo he hecho (3). Entre estos amigos de ayer está el que te dice "si no tienes ganas, no lo hagas; no importa" (4), pero otro ha dicho: "parece que no te gustan las mujeres" (4) y esto me ha ofendido (2).
- 25) T.- Y ¿qué sientes ahora? (2).
- 26) C.- Puedo decir que, por un lado, estoy bien con ellos (2), pero, por otro, me gustaría ser más independiente, es decir no tener que depender de ellos para

salir. Pero se me hace difícil tener que renunciar a ellos. No me han hecho ningún mal; sólo que su modo de pensar es un poco distinto del mío. Yo continúo estudiando mientras ellos trabajan (4). Me resulta difícil integrar los distintos niveles: lo que soy, lo que querría ser, lo que he sido y lo que quiero hacer (5).

- 27) T.- Parece que esta situación te lleva a cuestionarte a ti mismo sobre diversas tendencias que parecen opuestas (5).
- 28) C.- El problema es que debería ser más independiente de ellos, no dejarme influir por el discurso de la diversión por la diversión... Tal vez el problema está ligado a la cuestión sexual... (5) Lo divertido del caso es que terminé pagando yo por ellos... (3).
- 29) T.- ¿Pagaste tú por ellos (3); qué pretendías? (5).
- 30) C.- No lo sé, tal vez ser aceptado a cualquier precio, como uno más... (5). Tal vez porque en otra ocasión uno de ellos había pagado por mí (3) y tenía que devolver el favor (4).

La entrevista, naturalmente, no termina aquí. Sin embargo, el fragmento transcrito es suficiente para poner de manifiesto cómo las preguntas comprensivas del terapeuta van contribuyendo a explicitar la estructura del sistema epistemológico del cliente: ésta tiene, como suele ser habitual en los casos de terapia, una estructura opositiva: sentimiento de soledad y de extrañeza social/dependencia de los amigos e incapacidad de oponerse a ellos. En el transcurso de la entrevista, además, hay intervenciones del terapeuta que no sólo responden a una comprensión empática, sino que partiendo de una *heurística negativa* buscan la exploración de los significados y criterios últimos que sustentan la concepción epistemológica del paciente. [19)T.- “¿Te has preguntado qué es lo que querrías hacer realmente según tus instintos?” 27)T.- Parece que esta situación te lleva a cuestionarte a ti mismo sobre diversas tendencias que parecen opuestas. 29)T.- ¿Pagaste tú por ellos; qué pretendías?]. El propio proceso dialógico, finalmente, termina por llevar al paciente, desde una perspectiva evolutiva, a explicitar esta estructura opositiva, centrándose en la dificultad de integrar los distintos niveles entre lo que es, lo que ha sido y lo que quiere ser. Como núcleo esencial de este discurso aparece la necesidad de ser aceptado a cualquier precio. Pero esta necesidad empieza a entrar en conflicto con otras necesidades. Esto significa que el sistema epistemológico del paciente muestra sus propias fisuras, o dicho de otro modo, que está en proceso de de-re-construcción.

Para facilitar este proceso resulta útil, con frecuencia, recurrir a la *consideración de alternativas*. Estas pueden ser de tipo epistemológico o práctico. Muchas de ellas pueden estar orientadas a aflojar y/o reelaborar el sistema de construcción del paciente. Feixas y Villegas (1993), recogiendo las propuestas de Kelly (1969) han desarrollado ocho modalidades en la promoción del cambio del sistema de constructos, considerando formas alternativas de construcción. Entre ellas citaremos las siguientes:

1.- *Cambio de polo*: Esta es una estrategia bastante usada en las terapias cognitivas de corte racional, por la que se intenta centrar al paciente en la consideración del polo opuesto con el que construye una realidad. Por ejemplo, si alguien sólo usa términos negativos o sólo ve la mitad vacía de la botella, como se dice vulgarmente, se le puede orientar hacia la consideración de las alternativas contrarias. A la consideración de las injusticias de la vida se le puede oponer la de las bendiciones que nos depara.

2.- *Aplicación de otro constructo del repertorio del cliente*: Se trata de reformular o replantear la utilización que el cliente hace de sus constructos, de un modo más viable para la terapia. Una maestra, por ejemplo, puede aprender a ver a un alumno muy movido, como un alumno activo o dinámico, que necesita actividades y responsabilidades en lugar de pasividad y represión.

3.- *Articulación de constructos pre-verbales*: Para aquellas experiencias que no alcanzan a formularse de una forma clara por falta de palabras o por expresarse únicamente a través del proto-lenguaje, el terapeuta puede intentar suministrar sugerencias de su propio repertorio o del repertorio común, dejando que sea el paciente quien escoja la alternativa expresiva o constructiva que considere más adecuada. Otras veces puede orientarse la atención del paciente hacia sus sensaciones corporales relacionadas con la experiencia de los problemas, focalizándose en el flujo de sentimientos asociados a estas sensaciones (*focusing*). El trabajo con los sueños y la expresión artística son otros medios para facilitar la articulación de los constructos pre-verbales.

4.- *Comprobación de la consistencia interna del sistema*: A veces aparecen inconsistencias en el seno de un sistema de constructos, indicativas de una falta de equilibrio e integración de aspectos parciales del mismo. Por ejemplo una mujer exageradamente estricta en el trabajo puede ser muy poco exigente con sus hijos, procurándose problemas tanto en casa como en el trabajo. La integración de ambos aspectos, aflojando la construcción que tiene de sí misma en el ámbito profesional y haciendo más rígida la del ámbito familiar, facilita la integración y consistencia del sistema.

5.- *Comprobación de la validez predictiva de un constructo*: Una argucia para evitar el cambio y proteger un precario equilibrio dificultosamente alcanzado es el de evitar poner a prueba una construcción determinada de la experiencia. Un constructo que no ha sido nunca puesto a prueba es imbatible y como tal tiende a mantener invariable un sistema por muy patológico que sea. La posibilidad de comprobar su validez predictiva a través de la experimentación es una alternativa a considerar. Sin embargo, esto no es posible inicialmente en muchos casos, sino que requiere la utilización de simulaciones como dramatizaciones, fantasías guiadas, registro de observaciones, etc., que permitan una aproximación a la realidad simbólicamente mediada.

6.- *Variación del ámbito de conveniencia de un constructo*: Este procedimien-

to consiste en la aplicación de un constructo característico de un contexto de construcción a los acontecimientos de otro contexto: así por ejemplo, la metaforización de la experiencia tal como es descrita en la terapia narrativa por autores como Sluzki (1992) o Gonçalves (1992) constituiría básicamente una estrategia re-constructiva, basada en la variación del ámbito de conveniencia.

7.- *Alteración del significado de un constructo*: Supone cambiar las implicaciones de un constructo en relación al contexto de construcción. Una madre por ejemplo puede pensar que su deber es cuidar de los hijos y no permitirse a sí misma ninguna debilidad ni satisfacción personal, negando que de esta manera los hijos puedan hacerse cargo, ni que sea ocasionalmente, de ellos mismos o incluso de la madre cuando esté agotada o enferma, o necesite de un tiempo libre para sí misma, sin que por eso deje de ser una “buena madre”. Las distinciones semánticas pueden ser útiles para introducir matices significativos importantes. Por ejemplo, una paciente que se ha construido a sí misma como *luchadora* se sorprende del desánimo que ahora le abate. El terapeuta introduce una distinción entre “luchar” y “pelear”. Antes ella luchaba y no se cansaba, ahora lo que está haciendo es pelearse consigo misma y eso sí que agota, porque es imposible la victoria.

8.- *Creación de nuevos ejes de construcción*: La creación de nuevos ejes alrededor de los cuales articular la experiencia es probablemente la forma de cambio más significativo y profundo a que puede llegarse en un proceso terapéutico. Es una prueba de la evolución del sistema epistemológico hacia una mayor complejidad. Para algunos terapeutas como Dell (1982) ésta parece ser la única forma perdurable y exitosa de cambio. No obstante, y a pesar de sus teóricas excelencias, una transformación tan radical no siempre es posible ni deseable. En efecto, un cambio de este tipo supone una crisis notable del sistema que no puede provocarse sin un exquisito cuidado y suavidad en el proceso. Los nuevos ejes vienen a sustituir a los antiguos y ello equivale a una *revolución paradigmática*, más que a una *evolución del sistema*. Tales revoluciones no se dan sin una *tensión esencial*, que en términos psicológicos implica, con frecuencia, una crisis de ansiedad e incluso de identidad de difícil manejo. Con todo la resolución de las crisis psicológicas fuertes suele desembocar en una reestructuración del sistema y, consecuentemente en la creación de nuevos ejes de construcción. Tal vez la estrategia más adecuada para provocar esta revolución sea la que describimos a continuación con el nombre de confrontación.

### **c) Confrontación**

La finalidad última de la psicoterapia es contribuir a la explicitación de la estructura epistemológica del sistema de construcción de la experiencia del paciente, poniendo de manifiesto el desequilibrio de sus distintos niveles evolutivos, vivamente sentidos a través de la sintomatología o del malestar emocional. La acentuación de la conciencia de malestar a través del proceso terapéutico y el

aumento de conciencia respecto a los desequilibrios epistemológicos sitúan al paciente ante la alternativa de decidir las opciones de desarrollo o crecimiento que se le plantean. Estas mismas opciones estaban ya presentes antes del proceso terapéutico, pero el paciente escogió protegerse de cambios que podía vivir como amenazantes a su estructura, prefiriendo sabiamente el malestar a la desestructuración. La diferencia fundamental que plantea la situación terapéutica respecto a una situación de crisis es que la terapia permite recorrer la crisis en un contexto protegido por la aceptación y comprensión del terapeuta, analizarla en su estructura de una manera sistemática, entenderla como una oportunidad evolutiva y superarla en una *confrontación* dialógica. Objetivo de esta *confrontación* es ayudar a poner al paciente ante las opciones de cambio que la situación exige y que anteriormente eludió. El estudiante miope tiene que plantearse qué hacer con sus amistades libertinas y con sus instintos, la mujer del camionero alcohólico qué resoluciones tomar ante su situación de malestar conyugal, la colaboradora de la editorial cómo conseguir su independencia delante de la madre que le paga las sesiones de terapia. La resolución de estos conflictos supone siempre un desarrollo o aumento de la autonomía y pone en juego, por tanto, el ejercicio de la libertad. Esta no implica necesariamente la ejecución de acciones externas o cambios materiales. Consiste a veces en cambios de actitudes, reformulación de situaciones o aceptación de condiciones inalterables de la realidad.

En el fondo de cualquier dilema psicológico se halla la dialéctica “entre el destino y la voluntad”. Jaspers (1969) escribió unas páginas conmovedoras a este propósito en un libro que lleva este título *Entre el destino y la voluntad* y que constituye su autobiografía personal. Aquejado de una enfermedad congénita, que le impedía cualquier actividad física continuada, Jaspers tuvo incluso que dejar la psiquiatría como profesión y dedicarse a la filosofía como actividad más reposada. A pesar de todo ello, Jaspers llevó una vida sumamente activa y productiva y contra todo pronóstico médico vivió 86 años. El secreto de esta longevidad y productividad se hallaba para Jaspers en la aceptación de la fatalidad y el ejercicio de la libertad.

Con frecuencia los dilemas de nuestros pacientes manifiestan la incapacidad de combinar estas dos dimensiones de la vida humana, que parafraseando a Unamuno, podríamos denominar *trágicas*. Un texto, extraído del diario de Ellen West, la anoréxica a la que nos hemos referido ya en otras ocasiones (Villegas, 1988), lo expresa claramente:

“Algo en mí se rebela contra la idea de ponerme gorda, de ponerme sana, de criar unos mofletes rojos, de convertirme en una mujer sencilla y robusta como corresponde a mi verdadera naturaleza... En todos los puntos soy sensata y tengo claridad de ideas; sólo en este estoy loca; estoy arruinándome en mi lucha contra la naturaleza. La *fatalidad* me quiso obesa y fuerte, pero yo *quiero* ser estilizada y delicada”

Carl Rogers (1977) comentando este caso opina que Ellen West hubiera podido a través de la comprensión empática *“vivenciar al mismo tiempo deseo de ser hombre y mujer, al mismo tiempo deseo de ser una esposa gordinflona, robusta y sumisa y deseo de ser una reformadora social esbelta, brillante y combativa”*. Pero no era este el deseo de Ellen West, quien distinguía entre la voluntad (de engordar) y el deseo (de adelgazar). Ella describía este conflicto como [*“una lucha entre el deber y el deseo en el sentido kantiano”*]. La voluntad quería ponerse al servicio del deber y el deseo al de la ilusión. Eran pues intrínsecamente incompatibles y no podían experimentarse al mismo tiempo como pretendía Rogers. En realidad no era una lucha entre la voluntad y el deseo, sino entre la fatalidad y el deseo. Semejante aporía podía encontrar sólo una salida mágica: [*“Si existiese una sustancia que contuviese alimento en la máxima concentración y que me permitiese mantenerme delgada, entonces me alegraría muchísimo seguir viviendo...”*]. Para terminar pidiendo un milagro: [*“Créame Dios mío otra vez, pero créame mejorada”*]. Por desgracia para Ellen West, y para todas las anoréxicas, en general, no se podía ser gordinflona y delgada al mismo tiempo, había que elegir. Aunque esta elección posiblemente estaba mal planteada, puesto que no se trata de ser gorda o flaca, o de comer o ayunar, sino de aceptar la naturaleza, el destino que la quiso dotar, como a todos, de cuerpo y sexo. Uno puede elegir, en último término, cambiar morfológicamente de sexo, perfeccionar o mejorar el cuerpo, pero no puede cambiar de existencia, no puede anular las circunstancias del destino.

Pocos son los autores que han puesto el énfasis en esta dialéctica entre el destino y la libertad. Freud alude a ella indirectamente desde su visión estoica y pesimista al establecer como criterio de equilibrio psicológico la aceptación del principio de realidad, que por otra parte con sus constricciones sociales o culturales está en el origen de toda neurosis. Erikson (1959) aludió a ello al referirse a las tareas que impone cada etapa de la vida. Sin embargo, la confrontación con el destino -es decir con el estado de las cosas tal como vienen dadas- pone en juego las opciones de la libertad (May, 1988; Villegas, 1981) y predispone hacia una elección de mayor complejidad socio/cognitiva y, en consecuencia, hacia un avance evolutivo.

Una paciente de 35 años, que consulta a causa de sus sucesivas relaciones fracasadas con los hombres, queda embarazada, durante el transcurso de la terapia, de su último ex-compañero con el que se ha vuelto a ver ocasionalmente. Este hecho le pone ante la opción de aceptar el embarazo y, en consecuencia la maternidad, o bien interrumpirlo. Este embarazo constituye, por una parte, la realización fortuita de uno de los deseos que la traía a terapia: el deseo de tener un hijo, aunque fuera como madre soltera. Curiosamente este deseo está en vías de realizarse a través de medios que trascienden su voluntad; pero al mismo tiempo ve en ello la posibilidad de replantearse las relaciones con los hombres desde una nueva dimensión. Resulta que su ex-compañero está entusiasmado con la idea de tener un hijo de ella. Por su parte, la paciente acepta gustosa la oportunidad de engendrar un hijo, pero esto le

pone en evidencia su condición de mujer adulta, aspecto que siempre ha sido evitado a través de las diversas relaciones de no compromiso con los hombres. Esta evitación se manifiesta igualmente en su forma de percibir y conceptualizar el cuerpo, un cuerpo adolescente que cuida y goza para sí misma, pero que no toma en cuenta la capacidad de dar, aunque se muestra sumamente exigente a la hora de recibir. Su cuerpo ahora se está transformando, se está convirtiendo en el receptáculo de una nueva vida y la lleva a plantearse el desarrollo de una nueva dimensión evolutiva: la maternidad. Paradójicamente la fatalidad le ofrece la posibilidad de decidir lo que durante tanto tiempo ha estado deseando y evitando simultáneamente. Este se convierte en un momento de su vida y de su terapia en el que se hace inevitable la confrontación.

La *confrontación* se lleva a cabo entre el deseo y la voluntad, entre el destino y la libertad. Existen tres formas de enfrentarse al conflicto que se origina entre deseo y voluntad cuando no marchan de acuerdo: renunciar al deseo, ejecutar el deseo o reorientar el deseo, haciéndolo coincidir con la voluntad o buscando una tercera vía inexplorada hasta el momento. Cualquiera de estas formas pone en juego la libertad, pero no una libertad gratuita, sino autónoma, surgida de la evolución coherente de los niveles de desarrollo epistemológico y moral. La libertad, a su vez, se enfrenta con el destino, pero puede potenciarse ante él. Rollo May (1988) indica cinco caminos para relacionarse con el destino: la cooperación, la aceptación, el empeño, el desafío y la rebelión. Con la cooperación el destino aumenta la libertad; con la aceptación la libertad se adapta al destino; con el empeño se fortalece la voluntad; con el desafío el destino puede incluso variar; con la rebelión, finalmente, aumenta el sufrimiento. Toca a cada uno escoger su posicionamiento ante la vida, decidir sobre sus opciones de vida y modalidades de existencia, elegir entre el destino y la libertad.

Estas elecciones son con frecuencia el resultado de la superación de las crisis evolutivas de la propia existencia. La experiencia de las crisis es algo inherente a la existencia humana. La mayoría de las veces nos enfrentamos a ellas sin la ayuda sistemática de la psicoterapia. En otras ocasiones, en cambio, acudimos a ella como una forma de aproximarnos más a nosotros mismos. En este contexto la entrevista evolutiva puede contribuir en su forma de diálogo a facilitar al paciente el recorrido por los diversos niveles de organización del sistema epistemológico con que construye su experiencia, a aumentar el grado de conciencia de las discrepancias que lo atraviesan, a reorganizarlo en la dirección de una mayor complejidad y coherencia y ayudarle a asumir los riesgos del cambio.

## COMENTARIOS FINALES

Hemos intentado en este artículo delinear los criterios y procedimientos metodológicos para llevar a cabo una entrevista evolutiva. Somos conscientes, sin embargo, de que, a pesar de la extensión inusual del texto, muchos aspectos habrán

quedado todavía poco claros y que la aplicación de las indicaciones metodológicas requeriría mayor demostración práctica. Con todo, creemos haber planteado - al igual que otros autores, como Ivey (1986), Kuehlwein y Rosen (1993) o Rosen (1985)- la conveniencia y la posibilidad de extraer del filón teórico del constructivismo genético de J. Piaget implicaciones clínicas de gran utilidad para el desarrollo práctico de la entrevista terapéutica. Esta tiene unas características específicas que no posee ningún otro tipo de entrevista y por eso merece también una atención especial tanto en relación a la conceptualización de sus fines, como en relación a la elección de sus medios. Sobre ambos ejes se construye la entrevista evolutiva, orientada a promover la promoción de una mayor complejidad epistemológica a través de la exploración del desarrollo de los niveles expresivo, cognitivo y moral.

---

*En este artículo se considera la entrevista terapéutica como una clase particular de discurso que puede ser analizado a dos niveles: a) expresivo, relativo a la complejidad epistemológica de su enunciación y b) constructivo, relativo al grado de desarrollo socio-cognitivo que manifiesta. Esta doble perspectiva, basada en la descripción constructivo-genética de Jean Piaget y su escuela, ofrece una visión evolutiva de la entrevista terapéutica y da origen a un modelo de análisis aplicable a cualquier entrevista, independientemente del modelo de adscripción del terapeuta.*

## Referencias Bibliográficas

- ALEXANDER, C. N. & LANGER, E. J. (Ed.). (1990). *Higher stages of human development*. New York: Oxford University Press.
- ANDERSON, H. & GOOLISHIAN, H. (1992). The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K.J. Gergen (Ed.). *Therapy as social construction*. London: SAGE
- BECK, A.T. (1976). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- COMMONS, M. L., RICHARDS, F.A. & ARMON, C. (Eds.). (1984). *Beyond formal operations: Late adolescent and adult cognitive development*. New York: Praeger.
- DELL, P.F. (1982). Beyond homeostasis: Toward a concept of coherence. *Family Process*, 21, 21-42.
- ELLIS, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- ELLIS, A. (1974). *Technique of disputing irrational beliefs (DIBS)*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- ERIKSON, E. H. (1959). *Identity and the life cycle*. Psychological Issues Monograph, N° 1.
- FEIXAS, G. & VILLEGAS, M. (1993). *Constructivismo y psicoterapia*. (2ª Ed.). Barcelona: PPU.
- FLAVELL, J.H. (1987). *La Psicología Evolutiva de Jean Piaget*. Barcelona: Paidós.
- FRANK, J. (1990). Psicoterapia, retórica y hermenéutica: implicaciones para la práctica y la investigación. *Revista de Psicoterapia*, 1, 26-38.
- FROMM, E. (1947). *Man for himself*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- GERGEN, K.J. (1982). *Toward Transformation in Social Psychology*. New York: Springer-Verlag.

- GERGEN, K.J. & KAYE, J. (1992). Beyond narrative in the negotiation of therapeutic meaning. In S. McNamee & K.J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction*. London: SAGE
- GONÇALVES, O. (1992). Narrativas del Inconsciente. Las terapias cognitivas: regreso al futuro. *Revista de Psicoterapia*, 12, 29-48.
- GOOLISHIAN, H. (1991). Conversaciones terapéuticas. *Sistemas Familiares*, 7, 1.
- GRICE, H.P. (1975). Logic and conversation. In Cole & Morgan (Eds.), *Syntax and Semantics: Speech Acts*. New York: Academic Press.
- HAAGA, A.H. & BECK, A.T. (1993). Perspectiva constructivista del realismo depresivo: Implicaciones para la teoría y la terapia cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, 13, 29-40.
- INHOLDER, B. & PIAGET, J. (1958). *The growth of logical thinking from childhood to adolescence*. New York: Basic Books (1955).
- IVEY, A. (1986). *Developmental Therapy: Theory into practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- JASPERS, K. (1969). *Entre el destino y la voluntad*. Madrid: Guadarrama.
- JOYCE-MONIZ, L. (1993). Psicopatología evolutiva de las significaciones individuales. *Revista de Psicoterapia*, 14/15.
- KEGAN, R. (1982). *The evolving self*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- KELLY, G. (1969). Personal construct theory and the psychotherapeutic interview. In B. Maher (ed.), *Clinical psychology and personality: The selected papers of George Kelly*. New York: Wiley.
- KOHLBERG, L. (1969). Stage and sequence: The cognitive-developmental approach to socialization. In D. Goslin (ed.), *Handbook of socialization theory and research*. Chicago: Rand McNally.
- KUEHLWEIN, K.T. & ROSEN, H. (eds.) (1993). *Cognitive therapies in action: Evolving innovative practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- MATURANA, H.R. & VARELA, F.J. (1987). *The tree of knowledge. The biological roots of human understanding*. Boston: Shambala
- MAY, R. (1988). *Libertad y destino en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- PIAGET, J. (1971). *The construction of reality in the child*. New York: Ballantine. (Original, 1937).
- ROGERS, C. (1951). *Client Centered Therapy*. Boston:
- ROGERS, C. (1977). *A pessoa como centro*. Sao Paulo: Editora Pedagógica e Universitaria.
- ROSEN, H. (1985). *Piagetian dimensions of clinical relevance*. New York: Columbia University Press.
- ROSEN, H. (1993). Un enfoque constructivista-evolutivo de la terapia cognitiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15.
- SELMAN, R.L. (1980). *The growth of personal understanding*. New York: Academic Press.
- SLUZKI, L. (1992). Transformations: a blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process*, 31, 217-230.
- UGAZIO, V. (1991). El modelo terapéutico sistémico: una perspectiva constructivista. *Revista de Psicoterapia*, 6/7, 17-40.
- VILLEGAS, M. (1981). *La psicoterapia existencial*. Tesis Doctoral no publicada. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- VILLEGAS, M. (1988). Ellen West: Análisis de una existencia frustrada. *Revista de Psiquiatría y psicología Humanista*, 25, 71-94.
- VILLEGAS, M. (1990). El cambio cognitivo. *Revista de Psicoterapia*, 2/3, 51-80.
- VILLEGAS, M. (1992a). Análisis del discurso terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 10/11, 23-66
- VILLEGAS, M. (1992b). Hermenéutica y constructivismo en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 12, 5-16
- VILLEGAS, M. (1993). Las disciplinas del discurso: semiótica, hermenéutica y análisis textual. *Anuario de Psicología*. (en curso de publicación).





# LA TERAPIA COGNITIVA DESDE UNA PERSPECTIVA EVOLUTIVO-CONSTRUCTIVISTA

Vittorio F. Guidano  
Centro di Terapia Cognitiva, Roma

*In this article Cognitive Therapy is viewed from a constructive-developmental perspective. According to this perspective the main goal of Cognitive Therapy is to reconstruct the process of Self ontogenesis. To carry out this reconstructive process the therapeutic interventions are oriented towards the evolving development analysis through a Self auto-observation method.*

---

## I. UN MARCO DE REFERENCIA POST-RACIONALISTA

La tendencia racionalista, que aún predomina en la psicología cognitiva, ha prescindido ampliamente del ámbito de la experiencia humana. De hecho, el problema de la naturaleza y estructura de la experiencia humana ni siquiera se plantea desde la postura epistemológica empirista, en la que se basa la perspectiva racionalista.

Desde una perspectiva no-empirista o postmodernista, en cambio, la cuestión esencial estriba en comprender en qué medida influye la experiencia humana en nuestra percepción del mundo. Un marco de referencia adecuado para investigar tal problema debe basarse en dos puntos:

- La adopción de una perspectiva epistemológica evolucionista (esto es, el estudio de la evolución del conocimiento y de los sistemas de conocimiento).
- La suposición de que el ordenamiento de nuestro mundo es inseparable de nuestra forma de vivenciarlo.

En base a estas premisas, esbozaré algunos de los rasgos básicos inherentes a la naturaleza y la estructura de la experiencia humana, con el objetivo de desarrollar una metodología consistente y estrategias de intervención de la terapia cognitiva (cfr. Guidano, 1991).

## **La ocurrencia de la experiencia humana y los niveles mediante los que se configura.**

Dado que sólo podemos percibir la realidad en la que vivimos desde el interior de nuestra organización perceptiva, como seres humanos siempre nos encontramos en la intermediación de nuestra praxis continua de la vida, que es la condición ontológica absolutamente primaria. Como señala Maturana (1986):

*En estas circunstancias, cualquier cosa que digamos sobre cómo sucede algo se produce en la praxis de nuestra vida como un comentario, una reflexión, una reformulación; en resumen, como una explicación de la praxis de nuestra vida, y como tal no reemplaza o sustituye la praxis de la vida que pretende explicar (pp. 3-4).*

La experiencia humana, por lo tanto, aparece como el producto emergente de un proceso de regulación mutua en continua alternancia entre vivenciar y explicar, en el que los patrones continuos de actividad (experiencia inmediata) mediante las capacidades lingüísticas se hallan sujetos a distinciones y referencias y se reordenan en términos de proposiciones distribuidas en redes conceptuales; este reordenamiento (explicación) hace posible un nuevo nivel de experiencia tal como “cierto/falso”, “subjetivo/objetivo”, etc. Esta interdependencia entre lo subjetivo y lo objetivo, emoción y cognición, vivencia y explicación, etc. es constitutiva de cualquier proceso de conocimiento humano, tal como sentirnos vivos y la explicación continua de este hecho es constitutiva de nuestra naturaleza y está en la base de nuestra experiencia del *self*.

En los seres humanos, como en todos los organismos vivientes, el sistema afectivo-emocional corresponde a una aprehensión inmediata e irrefutable del mundo. De aquí que, desde una perspectiva ontológica, los sentimientos nunca puedan confundirse, dado que es mediante ellos que vivenciamos directamente nuestra forma de ser-en-el-mundo, de manera que siempre somos como sentimos que somos (Olafson, 1988). Como destaca Maturana (1986), en el nivel de la vivencia inmediata no es posible distinguir entre percepción e ilusión; por ejemplo, el sentimiento perturbador de haber visto un fantasma es, para el sujeto que lo *experimenta*, una experiencia inevitable; sólo saltando al nivel de coordinación de pensamientos y acciones mediante el lenguaje podrá el individuo explicar la experiencia vivida en términos, digamos, de un truco de la luz, haciéndola consistente con su evaluación presente del mundo. En otras palabras, los errores sólo pueden advertirse *a posteriori*, y dependen del punto de vista que adoptemos como observadores al reordenar nuestra experiencia. Cualquier reordenamiento racional-cognitivo consiste en operar con la coherencia de las reglas lógico-semánticas para hacer consistente el flujo de la experiencia inmediata y la continuidad de nuestra evaluación del mundo. Así, si bien la vivencia parece ser una restricción necesaria para cualquier explicación, la explicación es a su vez crucial para dar coherencia y significado al flujo de la experiencia inmediata.

De aquí que, más que representar una realidad ya “dada” de acuerdo con la lógica de la correspondencia externa, el conocimiento sea la construcción y reconstrucción continua de un mundo capaz de hacer consistente la experiencia continua del individuo que le atribuye orden (Arciero, 1989; Arciero y Mahoney, 1989; Maturana, 1988; Winograd & Flores, 1986; Varela, 1987).

### **La individualización del self y el ámbito emocional de la intersubjetividad**

Dado que el entorno humano evolucionista y evolutivo se corresponde esencialmente con una dimensión intersubjetiva (i.e., una realidad interpersonal estructurada y hecha consistente por el lenguaje), cualquier conocimiento de uno mismo y del mundo está siempre en relación con el conocimiento de los otros. La complejidad creciente de la dimensión interpersonal típica del entorno humano se unió a un incremento paralelo del aprendizaje intersubjetivo (imitación, modelado, etc.), así como a un incremento en la capacidad para la individualización del *self* (Kummer, 1979; Passingham, 1982). De hecho, la capacidad de discriminar entre otros individuos está genéticamente inscrita en la organización de los primates, como se demuestra claramente en las evidencias sobre el papel central del rostro en el sistema emocional de los primates. De aquí que el reconocimiento facial emerja como procesamiento neocortical cuya progresión evolucionaria sigue de cerca la emergencia de un ámbito interpersonal más complejo (por ejemplo, las relaciones de intimidad madre-hijo, la competencia y los vínculos sociales, etc.) que requieren una capacidad mayor de conexión con la conducta e intenciones de los demás de cara a alcanzar una adaptación adecuada.

El reconocimiento facial debería considerarse un ordenamiento autoreferencial de la experiencia intersubjetiva que facilita la posibilidad de la individualización del *self*; por una parte, la capacidad de discriminar entre otros individuos permite anticipar su percepción de la propia acción, mejorando así la sincronía y la reciprocidad interactiva; por otra, simular cómo consideran los demás las acciones propias implica la capacidad de verse uno mismo desde la perspectiva percibida por los demás. Esto mejora las posibilidades de individualización y demarcación del *self*.

La dimensión humana de la intersubjetividad articuló aún más las capacidades ya existentes de individualización y reconocimiento del *self* (cfr., Gallup & Suárez, 1986), acarreado la diferenciación de un sentido de *self*, como sujeto y como objeto. El lenguaje, de hecho, permite la capacidad de establecer distinciones y referencias en el flujo de la experiencia inmediata, haciendo posible distinguir entre la vivencia del *self* y su evaluación mediante interacciones con los otros, refiriendo lo segundo a lo primero.

La experiencia de “ser-un-*self*” está entretejida con el flujo interminable de nuestra praxis de vida, y emerge de ella, de forma que Gadamer (1976) dice, “el *self* que somos no se posee a sí mismo: se puede decir que *sucede*” (p. 55). En otras

palabras, la interdependencia vivencia/explicación que subyace a la comprensión del *self* va unida a un proceso inacabable de circularidad entre la vivencia inmediata de uno mismo (el “yo” que actúa y vivencia) y el sentido del *self* que emerge como resultado de la autorreferencia abstracta a la experiencia continua (el “yo” construido) (James, 1890; Mead, 1934; Smith, 1978, 1985). El *self* como sujeto (“yo”) y como objeto (“yo/objeto”) son, por tanto, las dimensiones irreductibles de la dinámica del *self* cuya direccionalidad depende del flujo continuo de nuestra praxis de vida. De hecho, el “yo” que actúa y vivencia está siempre un paso más allá de la evaluación de la situación, y el “yo/objeto” resultado de la propia autoevaluación se convierte en un proceso continuo de reordenamiento de la propia autoimagen consciente.

Consideremos brevemente el ámbito emocional inherente a una realidad intersubjetiva en la que la adaptación se transforma en un asunto social, por ejemplo, una relación madre-hijo segura. En una dimensión espacio-temporal aprehensible en términos de proximidad/distancia desde una base segura de apego, la conexión psicobiológica con el cuidador permite al recién nacido humano ordenar su influjo sensorial en sentimientos que se hacen reconocibles sólo desde un continuum acercamiento-evitación. En esta dimensión espacio-temporal el apego llega a ejercer un papel fundamental en la diferenciación de un rango de totalidades emocionales decodificables, regulando la oscilación rítmica entre patrones psicofisiológicos de inducción de *arousal* (exploración, juego) y reducción de *arousal* (seguridad, dependencia), así como modulando el miedo y la cólera mediante el cambio de esos mismos patrones (Fox y Davidson, 1984; Reynolds, 1981; Suomi, 1984). Por otra parte, en una realidad intersubjetiva el apego ejerce un papel organizativo, tanto en el desarrollo de un sentido de *self* como sujeto (“yo”) como de objeto (“yo/objeto”), que se puede esbozar como sigue:

Si bien la conexión con una fuente sincrónica de regularidades organiza el influjo sensorial en una corriente de ritmos psicofisiológicos recurrentes, los aspectos emocionales del apego transforman las tonalidades sentidas en módulos emocionales específicos. Mediante las regularidades obtenidas de la conducta y motivaciones del cuidador, el niño puede empezar a conectar sentimientos básicos difusos a percepciones, acciones y recuerdos, convirtiéndolos en esquemas emocionales específicos susceptibles de experiencias subjetivas. La emergencia de las experiencias subjetivas va unida a la percepción de que uno es una entidad diferenciada de los otros sujetos y de la gente en el mundo que le rodea. Los ritmos psicofisiológicos y los esquemas emocionales se vuelen ingredientes básicos de la conciencia infantil, que es realmente afectiva en cuanto a su naturaleza y calidad (Buck, 1984; Emde, 1984; Izard, 1980). El sentimiento del *self* percibido inmediata y tácitamente como sentido kinestésico interno (el “yo”) está por tanto organizado primariamente alrededor de esquemas prototípicos emocionales diferenciados a partir de la reciprocidad del apego con los cuidadores.

El “yo” llega a verse a sí mismo como un “yo/objeto” (i.e., como las demás personas del entorno) mediante la conciencia que los cuidadores tienen de su conducta. La anticipación de las percepciones ajenas de las propias acciones facilita el reconocimiento de patrones continuos de esquemas emocionales en la corriente de estados internos, estructurándolos en experiencias emocionales específicas conectadas a intenciones relacionadas y conductas dirigidas a metas. La evidencia sugiere que la percepción infantil de la propia imagen a través de la conducta del cuidador no se limita a las situaciones en las que los padres intentan satisfacer sus necesidades más básicas. La imitación infantil de la conducta paterna es muy habitual desde los períodos más tempranos (Bretherton & Waters, 1985; Waters, 1985; Harter, 1983) y, muy probablemente, tal imitación es una pista esencial que permite al niño reconocer como propias las características y actitudes por las que los cuidadores le perciben como persona. En otras palabras, la autoconciencia emerge de la autorreconocimiento, posibilitado por la capacidad empática de adoptar las actitudes de los demás hacia uno mismo, y elaborar una autoimagen consciente consiste en demarcar el perfil del “yo/objeto” respecto al “yo” vivenciado.

### **Dinámicas del self y desarrollo a lo largo del ciclo vital**

El ciclo vital individual debería considerarse como una progresión ortogenética, es decir, un proceso abierto y en espiral en el que el reordenamiento continuo de las dinámicas del *self* acarrea la emergencia de patrones de complejidad interna más estructurados e integrados. La capacidad autorreguladora en el paso de la direccionalidad ortogenética adopta la forma del equilibrio concreto denominado “orden por fluctuaciones” (Brent, 1978; Dell & Goolishian, 1981; Prigogine, 1976); es decir, los cambios continuos--progresivos y regresivos--del punto de equilibrio en la dinámica “yo”-“yo/objeto” son la única forma de mantener la coherencia que cimienta la continuidad de la propia experiencia, mientras que a la vez se asimilan las perturbaciones que emergen de tal experiencia. Consideremos las variables esenciales implicadas en el proceso: el papel de la conciencia en la regulación y modulación de las perturbaciones, y el papel de la afectividad en su producción.

En términos estrictamente ontológicos, ser consciente de uno mismo significa llegar a una explicación para la experiencia continua de ser un “yo” único, irreductible y, a menudo, impredecible. De aquí que, más que una imagen de uno mismo vista objetivamente desde fuera, la conciencia sea un proceso reflexivo de autorreferenciar la experiencia inmediata (“yo”) que intenta amplificar los aspectos consistentes del “yo/objeto” percibido, inhibiendo los que discrepan.

Dado que el “yo” que actúa y vivencia está siempre un paso más allá de la evaluación del “yo/objeto”, todos estamos en la posición de vivenciar mucho más de lo que se requeriría en cada momento para mantener nuestra propia consistencia en la situación. En consecuencia, la capacidad de manipular la experiencia inmediata a medida que se autorreferencia y reordena se vuelve esencial para impedir la

aparición en la conciencia de datos irrelevantes o que contrasten con la evaluación escogida de la situación. En este sentido, se podría decir que no hay autoconciencia viable sin un nivel adecuado de autoengaño. Así, el autoengaño excesivo incrementa la incapacidad de decodificar la experiencia inmediata a niveles críticos de incontabilidad, mientras que el autoengaño reducido incrementa desproporcionadamente los procesos de autorreferencia, alcanzando niveles de complejidad en las dinámicas del *self* que serían difíciles de manejar. De aquí que cualquier individuo, a la vez que se caracteriza por tonalidades emotivas críticas de la experiencia inmediata, también esté dotado de procedimientos efectivos de autoengaño diseñados para manipular su decodificación de forma que sea consistente con la calidad de la conciencia alcanzada; mediante tales procedimientos, los sentimientos críticos pueden evaluarse y hacerse inteligibles sin poner en cuestión la aceptabilidad de la autoimagen estructurada hasta este momento.

Por otra parte, el apego a otras personas significativas, aunque varíe hacia un nivel más abstracto, mantiene su interdependencia fundamental de la dinámica del *self* a lo largo de todo el ciclo vital, y esto explica el papel crucial de la afectividad en la producción de perturbaciones significativas. Si bien el apego es esencial para la diferenciación estable de un sentido de *self*, como sujeto (“yo”) y como objeto (“yo/objeto”), a lo largo de las etapas madurativas, durante la edad adulta emergen nuevos patrones de apego (e.g., relaciones afectivas íntimas) que adquieren la función de confirmar, apoyar, y expandir el patrón de autocoherencia que se había estructurado hasta el momento. Naturalmente se sigue que la influencia de las relaciones de apego tempranas se verá en el presente en el estilo de apego que, habiéndose iniciado en modelos tempranos, ha continuado diferenciándose durante todo el curso evolutivo (Bretherton, 1985). De hecho, la continuidad del apego durante el ciclo vital se comprende si consideramos que la implicación con las relaciones afectivas percibidas como únicas empieza en una etapa temprana de la vida, y los vínculos de amor adulto parecen crecer a partir de estas primeras relaciones de apego (Hazan & Shaver, 1987; Marris, 1982; Shaver, Hazan & Bradshaw, 1988; Weiss, 1982). Igual que la unicidad de los vínculos primarios parece ser un requisito necesario para percibir un mundo y reconocer el propio ser-en-él, también en la edad adulta, si bien a un nivel de abstracción diferente, construir una relación única con otro significativo es una forma importante de percibir un sentido consistente de unicidad en el propio ser-en-el-mundo. De aquí que si los modelos operativos de figuras de apego son interdependientes respecto a los patrones de autoengaño, resulte claro que cualquier modificación percibida de tales modelos se une a perturbaciones intensas de la vivencia inmediata; estas perturbaciones pueden acarrear la emergencia de discrepancias “yo”-“yo/objeto”, que a su vez cuestionan la evaluación presente del *self*. De hecho, la importancia de una interacción equilibrada en la red individual de relaciones durante el ciclo vital recibe apoyo de varias fuentes. En primer lugar, la investigación sobre acontecimientos

vitales ha demostrado que las emociones más disruptivas que una persona puede vivir son aquéllas producidas en el curso del establecimiento, mantenimiento y ruptura de tales relaciones (Bowlby, 1977; Brown, 1982; Hafner, 1986; Henderson, Byrne, & Duncan-Jones, 1981). En segundo lugar, evidencias epidemiológicas recientes demuestran que el “índice de redes sociales” debe considerarse un predictor significativo del estado de salud, dado que el aislamiento afectivo y social es un factor de riesgo para la morbilidad y mortalidad (House, Landis, & Umberson, 1988).

### **Estructura y dinámica del cambio terapéutico**

El enfoque ontológico esbozado hasta aquí implica transformaciones notables en la conceptualización del cambio y de la metodología terapéutica con respecto a la perspectiva tradicional imperante (Gonçalves, 1989; Guidano, 1987, 1988, 1991a, 1991b; Mahoney, 1984, 1985, 1988, 1991; Mahoney & Lyddon, 1988; Safran & Greenberg, 1991).

En los enfoques cognitivos racionalistas, que siguen considerando el conocimiento como la representación de un orden objetivo y unívoco que existe independientemente de nuestro ser en el mundo, los trastornos emocionales se derivan de una correspondencia insuficientemente válida entre las creencias individuales y la realidad externa; es decir, los sentimientos displacenteros simplemente indican un pensamiento distorsionado de acuerdo con el dicho “tal como pienses, así te sentirás”. La evaluación se dirige a identificar creencias “erróneas” y pensamientos automáticos irracionales, comparando la conducta del cliente con un conjunto de axiomas racionales normativos aceptados como universalmente válidos, y el principio básico del cambio gira en torno a este tema: para modificar las emociones perturbadoras basta cambiar las correspondientes creencias “irracionales” a medida que salen gradualmente a la luz.

Una supremacía racional de este estilo deriva en el establecimiento de una estrategia de autocontrol centrada en la *persuasión*: el entorno operacional de este procedimiento es una confrontación dialéctica más o menos declarada, en la que el terapeuta intenta por todos los medios a su alcance convencer al cliente de que adopte creencias más racionales y actitudes más convenientes, a la vez que le instruye en el control y eliminación de las emociones negativas. Es más, si la perspectiva adoptada se centra en un orden externo objetivo e inmutable que regula inequívocamente las tendencias y el sentido de las empresas humanas, la relación terapéutica no puede ser otra cosa que un instrumento, más o menos autoritario, para el restablecimiento de este orden.

Por otra parte, si el ordenamiento de la realidad en la experiencia personal es una construcción autorreferente, no podemos esperar identificar ningún punto de vista objetivo externo desde el cual evaluar el grado de racionalidad y validez de la conducta problemática mostrada. Más que tratarse de un criterio absoluto para

juzgar una actitud en sí misma, la racionalidad es intrínsecamente relativista y, como tal, sólo permite una definición del grado de adecuación de una actitud dada *si se refiere al significado personal específico que la generó o al que pertenece*.

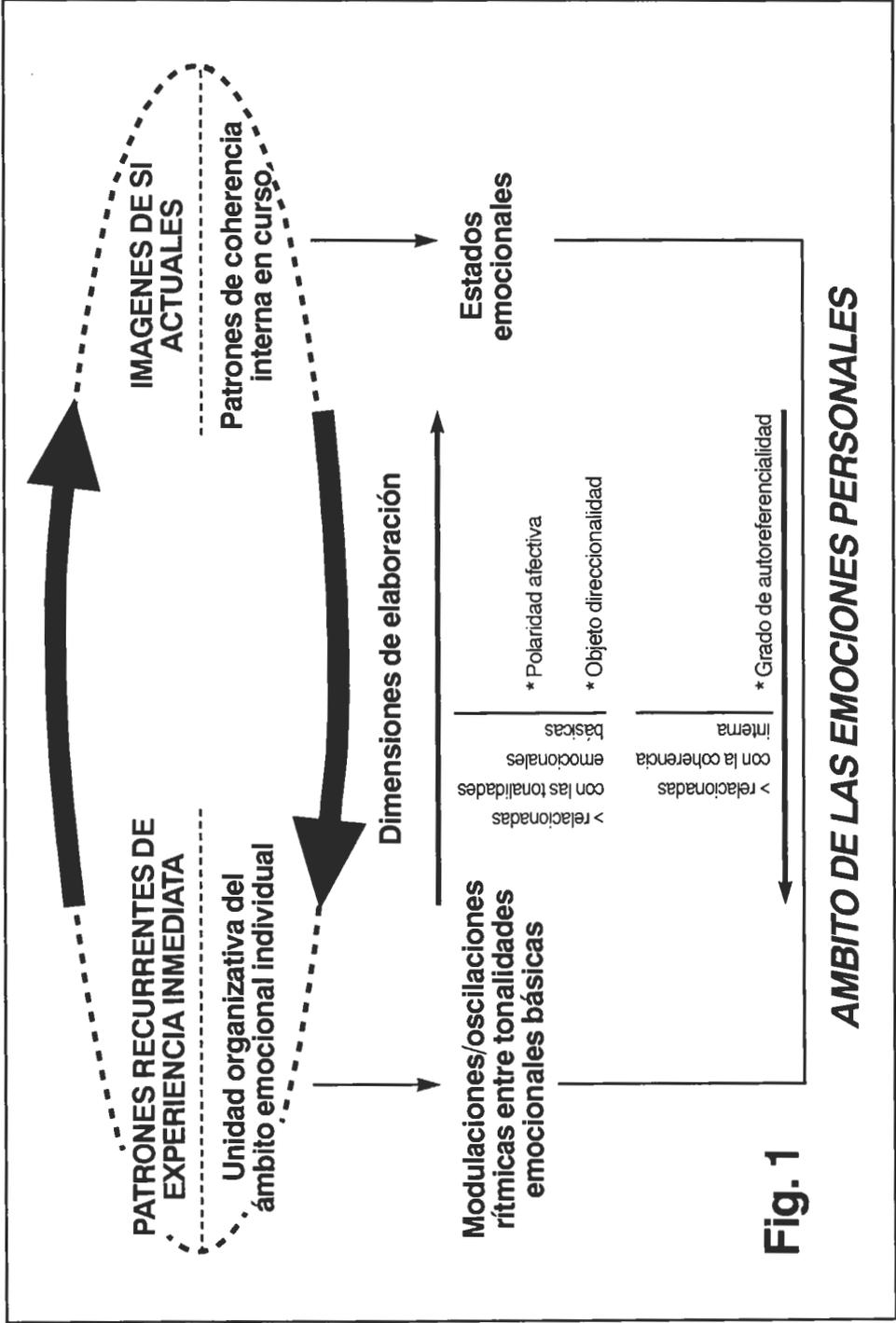
En términos de la perspectiva ontológica que se presenta, podemos decir que mediante el proceso continuo de reordenamiento de la experiencia inmediata (“yo”) en un sentido consciente del *self* y del mundo (“yo/objeto”), cada sujeto es capaz de estructurar una demarcación estable y a la vez dinámica entre lo que es real y lo que no lo es en su praxis de vida. Sin embargo, mientras que la modulación emocional aportada por el “yo” que vivencia puede exceder un cierto umbral, entrando y saliendo del foco de la conciencia, las posibilidades efectivas de que se reconozca como el propio *self* consciente (“yo/objeto”) dependen de las capacidades abstractas de autorreferencia que se hayan estructurado hasta el momento. En este sentido, una modificación terapéutica significativa coincide con un *cambio en la evaluación del “yo/objeto” respecto al “yo” que vivencia*--es decir, un reordenamiento de la experiencia inmediata en el que los afectos negativos que se percibían como “extraños” e “irreales” pasan a ser evaluados como emociones personales “reales” y autorreferidas al propio sentido consciente de continuidad y unicidad.

La estructura y calidad del cambio depende en gran medida del nivel y la calidad de la autoconciencia que el sujeto aporta al proceso de reordenamiento. De hecho, más que un rayo de luz que revela una configuración ya bien dispuesta de elementos, reconociendo simplemente su presencia, la conciencia es un ordenamiento constructivo autorreferente que limita la forma en que asumirá la experiencia personal. Por lo tanto, para llegar a un cambio en la evaluación del “yo/objeto” respecto al “yo” vivencial capaz de producir una asimilación viable de los sentimientos perturbadores, es necesario producir cambios progresivos en los patrones de autoconciencia incrementando la comprensión del cliente de la forma en que ordena el flujo de la experiencia.

¿Cómo se reflejan las consideraciones anteriores en la metodología general de una terapia cognitiva no-racionalista y orientada a los procesos?

El entorno operacional crucial radica en la interconexión entre la experiencia inmediata y su reordenamiento explícito; el procedimiento básico consiste en entrenar a los clientes, mediante el método de autoobservación, a diferenciar entre autopercepción inmediata y creencias y actitudes conscientes, y entonces reconstruir los patrones de coherencia que siguen al hacer consistente lo que sienten. El proceso de autorreferencia que caracteriza la evaluación del “yo/objeto” respecto al “yo” se lleva a cabo mediante un conjunto de dimensiones específicas de elaboración (Lang, 1984; Schwartz & Trabasso, 1984), que se pueden esbozar como sigue (Figura 1):

1) La valencia, o polaridad, explica la mayoría de la variancia de los informes afectivos e implica localizar los sentimientos percibidos en un continuum placer-displacer. Como propiedad básica e inmediatamente distinguible del *arousal*



**Fig. 1**

afectivo, afecta a la evaluación de la *intensidad* con la que el “yo/objeto” se ve afectado por el “yo” vivencial, y en consecuencia se refleja en oscilaciones de disposiciones acercamiento-evitación.

2) El patrón y la directividad del *arousal*, como elaboración posterior, afectan a la evaluación de la *calidad* del sentimiento vivenciado, permitiendo una discriminación del contenido emocional (a saber, modulación fantasía/memoria) así como un pautado de las respuestas psicofisiológicas (i.e., sensaciones corporales y actividad motriz).

3) Como paso final, la distinción de referencia *self*-otro especifica si el afecto vivenciado se percibe como “producido internamente” y perteneciente al *self* o como “producido externamente” y atribuido a otras causas, tales como el entorno o el propio cuerpo. En general, las referencias internas acarrearán un control de la emoción mediante la comprensión que, al expandir el rango de sentimientos articulados, facilita una mayor elaboración de la autorreferencia abstracta. La atribución externa, sin embargo, da lugar a un control de las emociones basado en su exclusión, y va unido a un sentido de estar a merced de acontecimientos e impulsos impredecibles que afectan adversamente a las capacidades de autoanálisis.

Es importante darse cuenta de cómo las claves de decodificación de la valencia y la directividad se derivan directamente de la modulación emocional del “yo” vivencial, mientras que las claves de referencia *self*-otro derivan básicamente de los patrones de coherencia representados por el “yo/objeto”. Por otra parte, cualquier reordenamiento de la experiencia inmediata corresponde a una construcción desde el punto de vista del “yo/objeto” que la lleva a cabo, y en consecuencia se dirige a confirmar la evaluación del mundo más que a explorar el “yo” vivencial. Dado que la experiencia inmediata y su evaluación consciente van unidas a diferentes niveles de procesos de conocimiento, los sentimientos pueden existir en la conciencia independientemente de la cognición (Izard, 1977; Zajonc, 1984; Zajonc & Markus, 1984). En ausencia de decodificación cognitiva, sin embargo, su activación motriz y autonómica tiende a ser reconocida directamente mediante manifestaciones somáticas o motrices de la emoción. En consecuencia, un afecto vivenciado será percibido como una perturbación originada externamente hasta el punto en que no encaje con el rango de decodificabilidad permitido por los patrones de coherencia actuales.

Es importante destacar que no hay correlación directa entre el tipo de intervención estratégica llevada a cabo y la calidad de los procesos de cambio que se producen, incluso si queda claro que la intervención terapéutica ha provocado en cierto sentido el proceso que produjo la reorganización. En otras palabras, el terapeuta sólo puede intentar establecer “condiciones” capaces de producir una reorganización, pero no puede determinar ni controlar cuándo reorganizan los clientes, ni el resultado final del proceso. Estas condiciones consisten esencialmente en la producción de acontecimientos emocionalmente significativos capaces de

modificar la experiencia inmediata de tal forma que el cliente no pueda evitar reconocerla y autorreferenciarla (cambio de la evaluación del “yo/objeto” respecto al “yo”). La relación terapéutica es el contexto específico en que se hace posible que el terapeuta establezca acontecimientos de cambio afectivo y guíe el proceso de reorganización que éstos activan.

En primer lugar, el incremento en la comprensión del cliente de las reglas para ordenar su realidad tiene siempre un paralelo en un grado apreciable de modulación emocional en el que es probable que emerjan nuevas tonalidades de sentimientos. Sin embargo, las modificaciones en la comprensión del cliente derivan en cierto sentido de las explicaciones ofrecidas por el terapeuta y, obviamente, cualquier cosa que éste diga o haga podrá considerarse una explicación, incluido el entrenamiento en el método de autoobservación.

Finalmente, la relación terapéutica es en todos los sentidos una *interacción real y viva* y, como tal, la estructura y reciprocidad de sus aspectos emocionales producen un efecto facilitador de la asimilación de nuevas experiencias o el reencuadre de las ya existentes.

## II. METODO DE AUTOOBSERVACION

La autoobservación es el método esencial para llevar a cabo tanto la evaluación como la intervención, en cuanto permite la reconstrucción de los acontecimientos de interés terapéutico, operando en la interconexión entre la experiencia inmediata y su reordenamiento explícito. Permite, en este sentido, el análisis de ambos niveles de procesamiento así como de la relación existente entre ellos. En este sentido, por lo tanto, la autoobservación se diferencia claramente de la introspección (por ejemplo, asociación libre) en la que se prima el primer nivel, y de las técnicas de *self-monitoring* (por ejemplo, detección de pensamientos automáticos) en las que se prima el segundo nivel.

El rasgo crucial que caracteriza a la actitud del terapeuta en el método de autoobservación está constituido por la capacidad de diferenciar entre experiencia inmediata y su explicación. Ciertamente no es una actitud fácil de adoptar, dado que el terapeuta se enfrenta al bien conocido problema de distinguir hechos de teoría, como ejemplifica Ritter (1979):

*“... A menudo tengo la impresión de que los científicos se olvidan de qué es un hecho y qué una teoría. La frecuencia de las ondas luminosas, por ejemplo, se ha asociado con la experiencia del color. Algunos científicos parecen pensar que las ondas luminosas constituyen el mundo real y la experiencia consciente del color asociada a ellas una especie de acontecimiento poco fiable. Pero son las ondas luminosas las que son hipotéticas (nadie las ha visto nunca). El color es un hecho. Las teorías científicas se sostienen con diferentes niveles de confianza, y un fundamento esencial de la ciencia es que las teorías nunca pueden probarse del todo. Este no es el caso de la experiencia consciente. Que experimentemos el color*

*no es una idea que se mantiene con diferentes grados de confianza: es un hecho de la experiencia humana. Todas las experiencias conscientes son hechos y representan lo único de lo que podemos estar seguros". (p. 208)*

En otras palabras, el punto a recordar es que los "hechos" corresponden a la experiencia inmediata del cliente (como en el caso de la experiencia del color) mientras que sus explicaciones/razonamientos son formas de autorreferir los hechos para hacerlos comprensibles (como en el caso de las ondas luminosas). En consecuencia, mientras evalúa una situación determinada (por ejemplo, una disputa conyugal), el terapeuta no debería focalizarse sólo en la forma en que el cliente habla de lo que sucedió; al contrario, mientras reconstruye el acontecimiento con la misma meticulosidad con que se construiría la escena de una película, debería ser capaz de cambiar continuamente su foco de un nivel al otro:

1) Cómo se produjo la experiencia del cliente en la situación (por ejemplo, percepción de la discrepancia en la actitud del cónyuge, cómo se sintió la discrepancia para que provocase cólera, la experiencia de la cólera y sentimientos asociados, efectos emocionales de ser consciente de estar colérico).

2) Cómo autorrefiere y explica el cliente lo que sucede en la situación (por ejemplo, razones contingentes adoptadas para la discusión que excluyan, o al menos reduzcan, la propia responsabilidad; explicaciones de su conducta agresiva en términos de rasgos de personalidad o disposiciones; inferencias sobre las intenciones y estados anímicos del cónyuge).

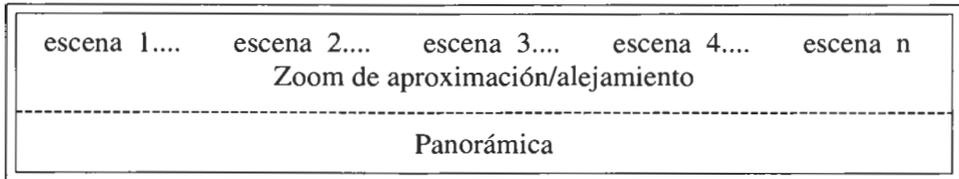
Una distinción básica entre los dos niveles es que el segundo tiene valor de verdad mientras que el primero no. Es decir, la experiencia inmediata simplemente expresa la forma inevitable de ser-en-el-mundo y, como tal, nunca puede confundirse, mientras que las explicaciones, al pertenecer a un metanivel semántico, pueden resultar erróneas al compararse con la experiencia que intentan explicar. Así, en el ejemplo de la discusión, incluso si las explicaciones y razones adoptadas resultan ser irrelevantes e inconsistentes con respecto a la situación vivencial, el terapeuta no debería limitarse a criticar la irracionalidad de ciertas actitudes y a sugerir otras más adecuadas. De hecho, experimentar cólera como respuesta a una provocación mínima es un "hecho", y debería conducir al terapeuta a una investigación más profunda de la estructura de la relación y la calidad de la reciprocidad emocional.

Los aspectos esenciales del método de autoobservación y las instrucciones básicas dadas al cliente son las siguientes:

En primer lugar, hay que empezar siempre por un hecho o serie de hechos que puedan analizarse uno a uno. Cualquier problema presentado por un cliente puede reformularse en términos de los hechos que lo produjeron y a los que se refiere.

Al adoptar una especie de "lenguaje cinematográfico" que, por su comprensibilidad inmediata, simplifica las instrucciones y las hace menos monótonas, el terapeuta reconstruye con el cliente la sucesión de escenas que constituyen el

acontecimiento investigado. Entonces, como si se estuviera en un estudio de montaje, se enseña al cliente a “ver en panorámica” la sucesión de escenas, yendo atrás y adelante en cámara lenta, aproximando una escena a modo de *zoom* para focalizarse en un aspecto concreto, alejándola con el *zoom* para reinsertarla enriquecida con nuevos detalles de nuevo en la secuencia, etc. (técnica de “moviola”). Siempre que una escena enriquecida con detalles se reinserta en la secuencia, ésta cambia, adoptando nuevas connotaciones, permitiendo la emergencia de más detalles en otras escenas.



Como se ve, el procedimiento básico es relativamente simple; está claro, sin embargo, que la autoobservación es básicamente un método y, como veremos en la sección siguiente, puede llevarse a cabo a niveles aún más estructurados a medida que se procede según las fases de la terapia y las habilidades de autoobservación del cliente se hacen más eficientes y articuladas.

En las fases iniciales de la terapia, cuando es necesario guiar al cliente hacia una comprensión y apreciación de la diferenciación entre la experiencia inmediata y su autorreferencia y explicación, el análisis escénico básico consiste en reconstruir (1) los patrones de experiencia inmediata que se dieron en la situación enfocando toda la actuación del cliente en la escena (por ejemplo, mímica, gestos, postura, acciones “contrarias” o “involuntarias”, omisiones significativas, papel emocional asumido en el contexto interpersonal); y (2) las emociones autorreferidas conscientemente a medida que el cliente vivencia la situación, y las reglas de interpretación según las cuales la situación produjo esas emociones. Estos aspectos pueden reconstruirse directamente a partir de las informaciones del cliente.

Naturalmente, además de considerar cómo hablan consigo mismos o con los demás de sus emociones y cómo las conceptualizan tras el acontecimiento, hay que enseñar a los clientes a focalizar la estructura de su experiencia inmediata tal como ocurrió en el curso de la situación. Una forma sencilla de hacer esto es señalar que al investigar la experiencia emocional hay dos tipos de preguntas que se pueden formular: (1) el *porqué* de esa experiencia, que aporta datos sobre cómo la persona se autorrefiere y atoe explica lo que sintió, y (2) el *cómo* de la composición de lo que sintió, es decir, su estructura (por ejemplo, modulación de la imaginación, tonalidades afectivas básicas y sentimientos relacionados, sentido del *self*). Asumiendo que el terapeuta es capaz de establecer esta diferenciación en su propia experiencia emocional, a medida que procede según el análisis escénico debería guiar a los

clientes en el cambio de su punto de vista de “porqué” a “cómo”, mientras reconstruye el tipo de dificultad vivenciada en dicho cambio.

En el momento en que esta diferenciación da comienzo, el cliente puede empezar a verse desde dos puntos de vista alternativos: representando la escena en primera persona (“punto de vista subjetivo”) y contemplándose desde fuera en la escena (“punto de vista objetivo”). La flexibilidad del cliente en la diferenciación subjetivo/objetivo incrementa las posibilidades de reconstrucción de la experiencia inmediata, dado que, desde un punto de vista objetivo, el cliente es ahora capaz de establecer inferencias sobre la posible estructura del punto de vista subjetivo vivenciado en la situación. Esto es más o menos lo que sucede cuando uno piensa en una escena de una película: empezando con las palabras y acciones de un personaje uno intenta reconstruir los estados anímicos, motivaciones afectivas, intenciones secretas, etc. La diferencia es que la persona que uno intenta reconstruir es uno mismo.

Este mismo procedimiento puede también emplearse en las fases más avanzadas de la terapia, cuando se emprende la reconstrucción de la historia evolutiva (niñez y etapa preescolar, infancia, adolescencia, juventud); dadas las capacidades avanzadas del cliente, la reconstrucción del punto de vista subjetivo según el cual se ha vivenciado el evento a cierta edad puede emprenderse desde dos puntos de vista objetivos diferentes: (1) tal como uno se habría visto a sí mismo desde fuera a esa edad, y (2) tal como uno se ve a sí mismo ahora desde fuera al centrarse en esa edad.

Como se ve, más que la modificación de formas de pensamientos juzgadas erróneas, el aspecto esencial del método de autoobservación consiste en la adquisición gradual por parte del cliente de un grado apreciable de flexibilidad en la evaluación de sus dinámicas del *self* debido, por una parte, a la habilidad de diferenciar su “yo” vivencial del “yo/objeto” evaluativo y, por otra, a ser capaz de ver el proceso completo desde un punto de vista objetivo y subjetivo.

Tanto el incremento en la apertura y autorrevelación emocional (mejora de la focalización en la experiencia inmediata) como la posibilidad de ser capaz de verse desde fuera, modifican inevitablemente el sentido actual del *self* (Clark & Reis, 1988; Csikszentmihalyi & Figurski, 1982; Miall, 1986). Es más, ver repetidamente la misma escena a cámara lenta, yendo atrás y adelante desde muchos puntos de vista, acarrea una modificación en la forma en que se evalúa y autorrefiere la escena, con un cambio consecuente en la relación entre memoria “episódica” y “semántica” (Tulving, 1985); esto se traduce inevitablemente en un reencuadre de la misma escena que provoca la emergencia de otras tonalidades afectivas. De aquí que, a medida que esta flexibilidad se incrementa, el punto de vista habitual sobre uno mismo (“yo/objeto”) se cuestiona gradualmente, de forma que pueden aparecer nuevos aspectos del “yo” vivencial en la imagen.

Por lo tanto, el efecto terapéutico básico resultante de un incremento de la

flexibilidad en las dinámicas del *self* consiste en un cambio gradual de la evaluación del “yo/objeto” respecto al “yo”, unido a un grado consistente de reestructuración emocional, que se vuelven ingredientes esenciales en el rango percibido de las emociones conscientes.

### III. EL PROCESO TERAPEUTICO

El enfoque terapéutico que esbozaremos en la siguiente y última sección implica normalmente sesiones semanales. La estrategia en conjunto consiste en tres fases principales que siguen esta secuencia:

Fase 1: Preparación del contexto clínico e interpersonal.

Fase 2: Construcción del *setting* terapéutico.

Fase 3: Análisis evolutivo.

Por supuesto, la psicoterapia es un proceso inherentemente complejo y multidireccional que se desenvuelve simultáneamente a varios niveles, por lo que el intento de identificar una secuencia de fases donde de hecho hay una red de procesos interconectados es un artificio explicativo destinado a ejemplificar la práctica operativa.

#### **Fase 1: Preparación del contexto clínico e interpersonal.**

Esta es la fase correspondiente a las sesiones iniciales, que abarca normalmente entre 1-2 y 7-8 de ellas. El inicio suele venir marcado por la clásica pregunta: “¿Qué problema le trae aquí?”, y el cliente, como suele suceder, contesta presentando su imagen clínica.

En este punto, encarando la serie de trastornos que el cliente ha descrito, el terapeuta debe llegar a una *reformulación del problema presentado* en términos que permitan operar en la interconexión vivencia/explicación (método de autoobservación), mientras que, al mismo tiempo, excluyan cualquier aspecto conectado con nociones de enfermedad (causa de atribución externa). La operación básica consiste por lo tanto en redefinir el problema presentado como “interno” (i.e., sentimientos inherentes a la propia forma de ser que adquieren cualidades perturbadoras porque no son suficientemente reconocidos y explicados) con respecto a la definición “externa” que, normalmente, el cliente experimenta y exhibe (i.e., “síntomas” extraños desconectados de su forma de ser).

Al terapeuta no debe importarle la corrección o veracidad de las afirmaciones del cliente, evitando así entrar en discusiones que no modificarían lo que éste vivencia, sino que definirían implícitamente desde el principio el contexto interpersonal como competitivo y puramente “verbal”. Por el contrario, cuando trabaja hacia una reformulación, el terapeuta empieza por definir el contexto interpersonal como colaboración y la relación terapéutica como herramienta de exploración para *construir* una comprensión que *no* está disponible de momento—empezando así a cuestionar la expectativa habitual del cliente de encontrar en la

terapia un lugar en el que ser reafirmado y dotado de soluciones técnicas (búsqueda de una solución “externa”). De esta forma, más que entrar en el mérito relativo de la *validez* de los contenidos avanzados por el cliente, el terapeuta empieza a investigar, junto con el cliente, su *significado* global, intentando construir un punto de vista alternativo general que cambie el foco del cliente a otros aspectos de sí mismo.

Por ejemplo, el problema del cliente fóbico habitual se experimenta como “extraño” (por ejemplo, ataques de pánico que se producen como crisis somáticas impredecibles) y atribuido a una causa externa (por ejemplo, enfermedad cardíaca). Reconstruyendo en la moviola las características de los ataques de pánico producidos, el cliente empieza a darse cuenta de cómo no se producen “al azar”, de forma extraña e impredecible, sino que parecen producirse en dos dominios vivenciales básicos: situaciones percibidas como restrictivas, es decir, que limitan la propia libertad de movimiento (por ejemplo, embotellamientos, ascensores, gentíos, autobuses o metros de los que no se puede salir a voluntad, etc) o situaciones marcadas por la ausencia de una compañía fiable en las intermediaciones y que se perciben como fuente de desprotección (por ejemplo, estar sólo en casa, en un lugar público donde no hay nadie conocido, etc).

Todo ello permite gradualmente una reformulación “interna” del problema. En comparación con su presentación como enfermedad, ahora se puede discutir en términos de los sentimientos y actitudes del cliente hacia la vida (i.e., su hipersensibilidad a percibir las situaciones como constrictivas o faltas de protección). Mediante tal reformulación se hace posible definir un *setting* de autoobservación para la siguiente fase de la terapia: focalizar en la moviola el *cómo* y *cuándo* de todas las percepciones de peligro y miedos relacionados del cliente, reconstruyendo el sentimiento de constricción y desprotección. Naturalmente la tendencia de la reformulación no es tan lineal como puede parecer, y suele interrumpirse en muchas ocasiones por peticiones de reafirmación e intentos más o menos explícitos por parte del cliente de desviar la atención hacia temas como la enfermedad, los medicamentos, etc. El terapeuta no debería rechazar la petición de afirmación, ni criticar las solicitudes, sino intentar emplearlas para hacer avanzar el proceso. De aquí que mientras aporta la reafirmación solicitada, el terapeuta señale al cliente cómo esos cambios repentinos de hablar de sí mismo y sus estados anímicos a hablar en términos de enfermedades y curación muestran una actitud de extrañamiento hacia sus propias emociones que debería focalizarse gradualmente en los próximos pasos y reformularse igual que se hace con otros aspectos del problema.

Finalmente, es interesante advertir que, a diferencia de otras fases posteriores más duraderas y exigentes y en las que el terapeuta puede “equivocarse” sin demasiadas consecuencias por haber establecido ya una relación, estas primeras sesiones resultan críticas pues no permiten ningún tipo de error. De hecho, cualquier error se refleja en la propia estructura del *setting* emocional-relacional en proceso

de formación, y puede tener efectos duraderos en el tiempo. De forma análoga a lo que sucede en la formación de cualquier vínculo significativo, durante la Fase I se definen gradualmente--de forma implícita, como en cualquier relación afectiva--los roles y reglas relacionales que limitan la estructura de la relación a partir de ese momento.

## **Fase 2: Construcción del setting terapéutico.**

Esta es la fase central de la estrategia terapéutica, en la que suele darse una remisión bastante estable y a menudo completa de los trastornos iniciales. Esquemáticamente, consiste en dos etapas principales, que abarcan cada una un mínimo de 3-4 meses y un máximo de 7-8, y que se suceden.

1) Focalización y reordenamiento de la experiencia inmediata (a continuación de las primeras sesiones, hacia el 4º-8º mes).

La primera etapa empieza con la solicitud del terapeuta de enfocar, más que simplemente advertir, los hechos de la semana que se han escogido como significativos en base a la reformulación del problema alcanzada en las sesiones anteriores. Así, en nuestro ejemplo del cliente fóbico, los hechos en los que focalizarse serán todas las situaciones semanales susceptibles de provocar sentimientos, aunque mínimos, de constricción y desprotección, con la finalidad de reconstruir su hipersensibilidad a estos dominios vivenciales específicos.

Durante las sesiones iniciales es absolutamente esencial que el terapeuta, empleando la moviola, instruya al cliente repetidamente a que focalice, para cada escena, la diferencia entre la experiencia inmediata y su explicación de ella durante y después de la escena. Los clientes no adquieren esta capacidad de diferenciación fácilmente, cuando menos por el hecho de que es muy distinta de su manera habitual de vivir y pensar sobre sí mismos. El terapeuta, al aportar todas las explicaciones necesarias para llevar a cabo la reconstrucción gradual debe entrenar constantemente la flexibilidad de los clientes para cambiar de punto de vista del "porqué" al "cómo", mientras reconstruye con ellos sus dificultades en este punto. En el cliente fóbico, las dificultades derivan de su "lectura sensorial" de la experiencia subjetiva, hasta el punto de que todo estado emocional se percibe en términos de reacciones neurovegetativas (taquicardia, dificultades respiratorias, etc.) haciéndolas indiferenciables de sus propias inferencias y deducciones "médicas".

Uno suele advertir que los clientes se hacen capaces de poner en práctica la diferenciación experiencia/explicación cuando, aplicándola de forma más o menos correcta durante la semana, empiezan a incrementar el foco en su experiencia subjetiva y extienden gradualmente esa diferenciación a otros dominios. En nuestro cliente fóbico este foco incrementado tiene su paralelo en una mayor capacidad para diferenciar situaciones externas de sus sentimientos de constricción o desprotección y, más allá del dominio sensorial, el cliente empieza a reconocer otros aspectos en los sentimientos que le perturban. Como ejemplo, en lugar de responder mediante

conductas simples y más o menos automáticas a situaciones externas “objetivamente” peligrosas, el cliente empieza a percibir cómo los sentimientos perturbadores presentan una especie de oscilaciones rítmicas diarias, dado que emergen cuando se aleja (desprotección) o cuando vuelve a casa (constricción) y, por lo tanto, están conectadas de algún modo a la forma de vivenciar su contexto afectivo de referencia.

El cliente ha pasado de una actitud “originada externamente” (enfrentamiento a un problema “objetivo”) a otra más “internamente originada” (el problema consiste en administrar la propia experiencia subjetiva). Todo esto queda más en evidencia ante una mayor capacidad para focalizar en los sentimientos críticos, y va unida, en general, a un distanciamiento creciente de la inmediatez de su vivencia que incrementa aún más la capacidad de focalización. El foco de la moviola varía progresivamente hacia la discrepancia emergente entre la experiencia inmediata y su reordenamiento explícito, con el objetivo consensuado de reconstruir el patrón de coherencia del que depende.

Así, en el caso de nuestro cliente fóbico, el trabajo pendiente en esta etapa consistirá esencialmente en reconstruir cómo los patrones de autoengaño que mantienen su autoimagen le impiden reconocer un cambio en su forma de vivenciar el contexto conyugal y familiar.

En este punto, al que se suele llegar en un mínimo de cuatro meses y un máximo de ocho desde el inicio de la terapia, los clientes han pasado por un cambio apreciable en su punto de vista sobre sí mismos acompañado de una remisión remarcable de los trastornos que les llevaron a terapia. Este cambio en la evaluación del “yo/objeto” respecto al “yo” acarrea un reordenamiento de la experiencia acompañado de un *primer nivel* de reestructuración del ámbito de emociones perceptibles. Además de reconocer y autorreferir sentimientos antes negligidos o excluidos de la conciencia, el cliente es ahora capaz de focalizar en estados emocionales más complejos y percibir la conexión entre sentimientos y afectos diferentes tales como la relación concurrente entre apego, miedo y cólera. Como hemos visto, en el curso del trabajo de esta etapa, uno se encuentra ante una reformulación “implícita” del problema original, en el sentido de que los clientes son cada vez más capaces de reconocer y reconstruir la forma en que sus estados emocionales críticos se interconectan con un desequilibrio percibido en la relación afectiva vivenciada como fundamental para su estructura vital actual.

2) Reconstrucción del estilo afectivo del cliente (de 2 a 7 meses de duración, i.e., desde el 4°-8° al 7°-15° de terapia).

El terapeuta empieza la segunda etapa haciendo explícita la reformulación alcanzada y destacando la correlación entre el desequilibrio afectivo emergente y el cambio percibido en la imagen del cónyuge. Así, a medida que se hace más evidente que el problema original coincide con la exclusión y el reordenamiento autoengañoso del cuestionamiento de los sentimientos, producida por una oscilación afectiva mayor, también es necesario variar el foco hacia la forma en que el cliente construye

la imagen de una figura de apego consistente con un sentido del *self* y con qué mecanismos intenta enfrentarse a las discrepancias que puedan producirse. Incrementando más el foco de la exploración y comprensión en el *setting* de la autoobservación, se empieza a analizar el estilo afectivo del cliente, reconstruyendo con él el patrón actual de coherencia subyacente a su unidad y continuidad.

La reconstrucción del estilo afectivo consume toda la segunda etapa y empieza con un análisis detallado de la historia afectiva del cliente llevada a cabo mediante el desarrollo sucesivo de los siguientes aspectos:

a) Variables (contexto evolutivo, actitudes personales, redes sociales) que subyacen al “estreno sentimental” y la forma en la que se vivenció, evaluó y autorrefirió. La importancia del estreno sentimental deriva del hecho de que corresponde a una especie de “ensayo general” de la carrera amorosa que se inicia. La forma en la que se lleve a cabo este estreno permite considerar el conjunto de ingredientes básicos que serán parte del estilo afectivo; además, el resultado que el cliente percibe del estreno influirá en la forma en que esos ingredientes se recombinan para dar lugar a un estilo afectivo más específico y definido.

b) Secuencia de relaciones significativas que ha tenido lugar desde el estreno haciendo que el cliente reconstruya el criterio de significación mediante el que es capaz de diferenciar entre las relaciones significativas y las que no lo son. Estos criterios nos permiten destacar qué patrones de emparejamiento son los más consistentes con el estilo de vinculación que se ha estructurado gradualmente.

c) Modo en que se formó, mantuvo y rompió cada relación significativa y en que se vivenciaron, evaluaron y autorrefirieron éstas. De esta forma es posible revelar la coherencia exhibida por el estilo afectivo del cliente, es decir, cómo produce experiencias emocionales recursivas que pueden confirmar y estabilizar su sentido del *self*.

Pasando repetidamente por la moviola las secuencias de escenas significativas que caracterizan cada relación, el cliente se hace capaz de reconstruir las tramas invariantes que unifican y dan continuidad a su trayectoria afectiva. Así, en el ejemplo de nuestro cliente fóbico, la trama que conecta su organización podría estar centrada en el sentido de apego evaluado como necesidad de protección y vivenciado como correlación antitética de la necesidad igualmente fuerte de protección e independencia. Es decir, la sensación de ser protegido por una figura de referencia parece ser la condición necesaria para empezar una relación; sin embargo, en cuanto este sentido de protección va más allá de un cierto límite de activación emocional--correspondiente a una estructuración aún más definida de la relación--la sensación de estar limitado en su mundo físico y emocional provoca inmediatamente la ruptura de la situación.

Ir atrás y adelante en los hechos críticos mediante el procedimiento de análisis escénico habitual durante la reconstrucción de un estilo afectivo provoca un reordenamiento gradual de las experiencias inmediatas acompañado de un reencuadre

de estos mismos hechos. Esto, a su vez, provoca un cambio aún más apreciable en el punto de vista del cliente sobre sí mismo--es decir, un cambio en la evaluación del "yo/objeto" respecto al "yo". En esta etapa, consiste en un *segundo nivel* de reconstrucción de las emociones perceptibles. Por un lado, el cliente puede reconocer y apreciar cómo los diferentes estados emocionales se combinan y recombinan a medida que pasan por un vínculo afectivo, igual que la percepción de un otro significativo regula la percepción del *self*; por otra parte el cliente es ahora capaz de vivenciar cómo estas recombinaciones y percepciones de los otros significativos se desenvuelven en un patrón de coherencia cuyas huellas resultan reconocibles a partir de períodos evolutivos tempranos en adelante.

Además de acompañarse de una desaparición prácticamente total del trastorno inicial, un cambio de este tipo en el punto de vista sobre uno mismo provoca la emergencia de nuevos niveles abstractos de autorreferencia en el ordenamiento de las experiencias pasadas y presentes y una actitud diferente hacia la realidad con el descubrimiento de nuevos dominios vivenciales. Así puede resultar comprensible que más del 50% de los clientes prefieran detenerse en este punto del tratamiento, manteniendo la relación con el terapeuta mediante sesiones de seguimiento cuya frecuencia disminuye gradualmente (por ejemplo, primero una vez al mes, después cada 2-3 meses, cada 5-6, etc.) y cesa del todo, en términos generales, al cabo de uno o dos años.

Está claro que el terapeuta no debe poner reparos a que el cliente se detenga en este punto; de hecho, no existe una forma única e inequívoca en que deban desarrollarse las cosas (incluyendo la terapia que se lleva a cabo) y, en definitiva, es el cliente el único que puede decidir cuál es la mejor manera de proceder en su trayectoria vital.

### **Fase 3: Análisis evolutivo**

La tercera fase dura un mínimo de tres y un máximo de seis meses, y tiene lugar en el segundo año de terapia. En general sólo es necesario clarificar el trabajo de autoobservación que se va a llevar a cabo. En este punto, los clientes tienen claro que la meta es reconstruir la forma en que su rumbo evolutivo les llevó a estructurar el patrón de coherencia que quedó tan claro ante sus ojos durante la segunda fase.

En contraste con las fases anteriores, en las que uno trabaja sobre experiencias que--al pertenecer al presente o al pasado reciente--son más vivas y ricas en detalle y, por tanto, más fácilmente reconstruibles; en el análisis evolutivo se trabaja con un material mucho más vago y pobre en detalles. Es más, la principal dificultad es que el cliente suele mantener una versión de su historia pasada que ha ido "puliendo" durante los años con explicaciones *ad hoc* que parecen intentar mantener una determinada imagen de sí mismo, aunque se hayan modificado durante la segunda fase de la terapia.

La capacidad del cliente de focalizar en el pasado desde un nuevo nivel de

con las nuevas tonalidades de los sentimientos que han emergido (*tercer nivel* de reestructuración emocional).

Por tanto se puede decir que al nivel evolutivo, el cambio en la evaluación del “yo/objeto” respecto al “yo” consiste en el cambio de la vivencia de la propia praxis de la vida como algo “dado” a su evaluación como patrón básico y autoorganizado de coherencia que ordena consistentemente las experiencias pasadas y presentes de forma que resulten en una continuidad reconocible. De aquí que con el cambio que se produce en la primera mitad de la segunda fase, los trastornos emocionales más que como “dados”, se evalúen como “co-producidos” por la forma de vivenciar las emociones. Con el cambio que tiene lugar al final de la segunda mitad, pasa lo mismo con el estilo afectivo, cuya coherencia reconocida se vivencia progresivamente como el desarrollo del propio sentido personal. Con el análisis evolutivo lo que ya no se da por sentado es precisamente el sentido personal que llega a ser vivenciado como el proceso de andamiaje de la coherencia del propio ser-en-el-mundo.

---

*En este artículo se presenta la Terapia Cognitiva desde una perspectiva evolutivo-constructivista. De acuerdo con esta perspectiva la finalidad principal de la Terapia Cognitiva es reconstruir el proceso de formación ontogenética del Self. Para poder llevar a término este proceso reconstructivo se enfocan las intervenciones terapéuticas hacia el análisis del desarrollo evolutivo a través de un método de autoobservación del Self.*

Traducción: Lluís Botella

### Referencias Bibliográficas:

- ARCIERO, G. (1989). *From epistemology to ontology: A new age of cognition*. Paper presented at the American Association for the Advancement of Science, San Francisco, CA.
- ARCIERO, G. & MAHONEY, M.J. (1989). *Understanding and psychotherapy*. Unpublished manuscript, University of California, Santa Barbara.
- BOWLBY, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: I. Etiology and psychopathology in the light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.
- BRENT, S.B. (1978). Prigogine's model for self-organization in nonequilibrium systems: Its relevance for developmental psychology. *Human development*, 21, 374-387.
- BRETHERTON, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research*. Chicago: University of Chicago Press.
- BRETHERTON, I. & WATERS, E. (Eds.). (1985). *Growing points of attachment theory and research*. Chicago: University of Chicago Press.
- BROWN, G.W. (1982). Early loss and depression. In C.M. Parkers & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behavior*. London: Tavistock.
- BUCK, R. (1984). *The communication of emotion*. New York: Guilford Press.

autoevaluación y autorreferencia entrelazado con la conciencia creciente de su funcionamiento es la variable crucial que permite que se lleve a cabo la reconstrucción del pasado con un nivel apreciable de reordenamiento. En otras palabras, si uno no fuera capaz de emplear como punto de apoyo el hecho de que el cliente ya tiene otro punto de vista, llegaría a un mero "recuento biográfico" más que a un análisis evolutivo, lo que no sólo sería inútil sino dañino, dado que acabaría confirmando y legitimando inevitablemente la versión habitual mantenida por el cliente.

El primer paso consiste en reconstruir la historia evolutiva del cliente para identificar los hechos significativos a dividir en las escenas correspondientes que se pasarán después por la "moviola" repetidamente. Por tanto, empezando por los primeros recuerdos de la vida que es imposible evocar, se procede mediante una recopilación de hechos cargados afectivamente, analizando sucesivamente la tendencia de las principales etapas madurativas, es decir, *infancia y años preescolares* (de 0 a 6); *niñez* (de 7 a 12-13); *adolescencia y juventud* (de 13 a 20-21).

La interdependencia entre apego y procesos de identidad es la trama evolutiva aportada por el foco autoobservacional al ir adelante y atrás de las escenas. Así, para cada escena, se enfoca tanto la secuencia de interacciones contenida para reconstruir los patrones de apego en evolución como la experiencia subjetiva del niño para reconstruir el sentido de *selfy* del mundo evaluado en cada momento. De esta forma, el cliente se hace cada vez más capaz de reconstruir el sendero evolutivo en la base de sus patrones de autoconcordancia, reordenando al mismo tiempo su evaluación de la historia pasada.

En el ejemplo del cliente fóbico, la trama que conecta toda la historia consistiría en una inhibición indirecta de la autonomía y la conducta de exploración que ha actuado implícitamente mediante las atenciones solícitas de los padres, a los que quería mucho. Es precisamente esta conexión indirecta la que hace imposible desde el principio que el cliente se refiera a la conducta y actitudes parentales, o que las aprecie y evalúe como cualidades emocionales inherentes a su experiencia subjetiva. Así, se hace evidente poco a poco para el cliente que la imposibilidad de referir los sentimientos perturbadores a la conducta de los padres le ha forzado a vivirla como localizada en los aspectos físicos del *self* y esto, a su vez, ha conducido gradualmente a una decodificación "sensorial" de cualquier modulación emocional.

Hacer que los clientes vayan adelante y atrás en su historia evolutiva es, sin duda, el proceso autoobservacional que fomenta el reordenamiento más importante de las experiencias críticas inmediatas. Este proceso resulta en un reencuadre del recuerdo de los hechos y también en un alto nivel de distanciamiento y descentración de las tonalidades afectivas recurrentes que son parte integrante de los patrones continuos de autopercepción. La modulación emocional aportada continuamente por el ir adelante y atrás del pasado y por el proceso de reencuadre provoca un reordenamiento paralelo de los temas afectivos básicos, en el que la distancia creciente entre las dimensiones emocionales críticas se equipara con su recombinación

- Clark, D.A. & Reis, H.T. (1988). Interpersonal processes in close relationships. *Annual Review of Psychology*, 39, 609-672.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. & FIGUSRKY, T.J. (1982). Self-awareness and aversive experience in every day life. *Journal of personality*, 50, 15-28.
- DELL, P.F. & GOOLISHIAN, H.A. (1981). "Order through fluctuation": An evolutionary epistemology for human systems. *Australian Journal of Family Therapy*, 2, 175-184.
- EMDE, R.N. (1984). Levels of meaning for infants emotions: A biosocial view. In K.R. Scherer & P. Ekman (Eds.), *Approaches to emotion*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- FOX, N.A. & DAVIDSON, R.J. (Eds.) (1984). *The psychobiology of affective development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- GADAMER, H.G. (1976). *Philosophical hermeneutics*. Berkeley: University of California Press.
- GALLUP, G.G. & SUAREZ, S. (1986). Self awareness and the emergence of mind in humans and other primates. In J. Suls & A.G. Greenwal (Eds.), *Psychological perspectives on the self (Vol.3)*. Hillsdale: Erlbaum.
- GONÇALVES, O.F. (1989). *The hermeneutics of cognitive-behavioral narratives: From the object to the project*. Discussion paper presented at the AABT 23th Annual Convention in the Clinical Roundtable "Hermeneutics and Behavior Therapy", Washington DC.
- GUIDANO, V.F. (1987). *Complexity of the self*. New York: Guilford Press.
- GUIDANO, V.F. (1988). A system process-oriented approach to cognitive therapy. In K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford Press.
- GUIDANO, V.F. (1991a). *The self in process*. New York: Guilford Press.
- GUIDANO, V.F. (1991b). Affective change events in a cognitive therapy system approach. In J.D. Safran & L.S. Greenberg (Eds.), *Emotion, psychotherapy and change*. New York: Guilford Press.
- HAFNER, R.J. (1986). *Marriage and mental illness*. New York: Guilford Press.
- HARTER, S. (1983). Development perspectives on the self system. In E.M. Hetherington (Ed.), *Handbook of child psychology (Vol. 4)*. New York: Wiley.
- HAZAN, C. & SHAVER, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- HENDERSON, S. BYRNE, D.G. & DUNCAN-JONES, P. (1981). *Neurosis and the social environment*. New York: Academic Press.
- IZARD, C.E. (1977). *Human Emotions*. New York: Plenum Press.
- IZARD, C.E. (1980). The emergence of emotions and the development of consciousness in infancy. In J.M. Davidson & R.J. Davidson (Eds.), *The psychobiology of consciousness*. New York: Plenum.
- JAMES, W. (1980). *The consciousness of self*. In *Principles of psychology (Vol 1)*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- KUMMER, H. (1979). On the value of social relationships to nonhuman primates: A heuristic scheme. In M. von Cranach, K. Foppa, W. Lepenies & D. Ploog (Eds), *Human ethology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- LANG, P.J. (1984). Cognition in emotion: Concept and action. In C.E. Izard, J. Kagan & R.B. Zajonc (Eds.), *Emotions, cognitions and behavior*. Cambridge University Press.
- MAHONEY, M.J. (1985). Psychotherapy and Human change process. In M.J. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- MAHONEY, M.J. (1988). Constructive metatheory: I. Basic features and historical foundations. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 1-35.
- MAHONEY, M.J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- MAHONEY, M.J. & LYDDON, W.L. (1988). Recent developments in cognitive approaches to counseling and psychotherapy. *Counseling Psychologists*, 16, 190-234.
- MARRIS, P. (1982). Attachment and society. In C.M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place attachment in human behavior*. London: Tavistock.
- MATURANA, H. (1986). *Ontology of observing: the biological foundations of self-consciousness and the physical domain of existence*. Unpublished manuscript, University of Chile, Santiago.
- MATURANA, H. (1988). Reality: the search for objectivity, or the quest for a compelling argument. *Irish Journal of Psychology*, 9, 25-82.
- MEAD, G.H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- MIALL, D.S. (1986). Emotions and the self: The context of remembering. *British Journal of psychology*, 77, 389-397.

- OLAFSON, A.F. (1988). *Heidegger and the philosophy of mind*. New Haven, CT: Yale University Press.
- PASSINGHAM, R. (1982). *The human primate*. San Francisco: Freeman.
- PRIGOGINE, I. (1976). Order through fluctuations. Self-organization and social systems. In E. Jantsch & C.H. Waddington (Eds.), *Evolution and consciousness: Human systems in transition*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- PUTNAM, H. (1981). *Reason, truth and history*. Cambridge: Cambridge University Press.
- REYNOLDS, P.C. (1981). *On the evolution of human behavior*. Los Angeles: University of California Press.
- RITTER, W. (1979). Cognition and the brain. In H. Begleiter (Ed.), *Evoked brain potentials and behavior*. New York: Plenum Press.
- SAFRAN, J.D. & GREENBERG, L.S. (Eds.) (1991). *Emotions, psychotherapy and change*. New York: Guilford Press.
- SCHWARTZ, R.M. & TRABASSO, T. (1984). Children's understanding of emotions. In C.E. Izard, J. Kagan & R.B. Zajonc (Eds.), *Emotions, cognition and behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.
- SHAVER, P., HAZAN, C. & BRADSHAW, D. (1988). Love as attachment. In R.J. Stenberg & M.L. Barnes (Eds.), *The psychology of love*. New Haven, CT: Yale University Press.
- SMITH, M.B. (1978). What it means to be human. In R. Fitzgerald (Ed.), *What it means to be human*. Rushcutters' Bay, NSW, Australia: Pergamon Press.
- SMITH, M.B. (1985). The metaphorical basis of the selfhood. In A.J. Marsella, G. DeVos & F.L.K. Hsu (Eds.), *Culture and self*. London: Tavistock.
- SUOMI, S.G. (1984). The development of affect in rhesus monkeys. In N.A. Fox & R.J. Davidson (Eds.), *The psychobiology of affective development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- TULVING, E. (1985). How many memory systems are there? *American Psychologist*, 40, 385-398.
- VARELA, F. (1987). Laying down a path in walking. In W.J. Thompson (Ed.), *Gaia, a way of knowing*. Great Barrington, MA: Lindisfarne Press.
- WEISS, R.S. (1982). Attachment in adult life. In C.M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behavior*. London: Tavistock.
- WINOGRAD, T. & FLORES, F. (1986). *Understanding computers and cognition*. Norwood, NJ: Ablex.
- ZAJONC, R.B. (1984). On primacy of affect. In K.R. Scherer & P. Ekman (Eds.), *Approaches to emotion*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- ZAJONC, R.B. & MARKUS, H. (1984). Affect and cognition: the hard interface. In C.E. Izard, J. Kagan & R.B. Zajonc (Eds.), *Emotions, cognition and behaviour*. Cambridge: Cambridge University Press.



# PSICOPATOLOGIA EVOLUTIVA DE LAS SIGNIFICACIONES INDIVIDUALES

Luis Joyce-Moniz  
Universidade de Lisboa

*Not always related or integrated, the developmental reading of psychopathology has been done at various levels. The present reflection focusses on some, relating them to the syndromes or disturbances of humor/affect, anxiety and personality. Thus, first, the possibility of continuity versus discontinuity of behavioral and emotional symptoms between child and adult psychopathologies is considered, which necessarily raises the questions of one determining the other, or of their relative independence. In addition to the analysis of behavioral and emotional symptoms, the continuity and discontinuity of cognitive symptoms and, more precisely, of individual meanings, is also examined, which raises not only the unavoidable question of the relationship between cognition and affect, but also that of competition among meanings or "significations", and of the possibility of some meanings superseding others at certain developmental levels. As an introduction to a developmental psychopathology of "significations", a dialectic model with five levels of meaning, related to some syndromes of affect/humor, anxiety and, mainly, personality will be suggested.*

---

## 1. INCLINACIONES EVOLUTIVAS DE PSICOPATOLOGIAS NO EVOLUTIVAS

Los paradigmas más antiguos y preponderantes de la psicopatología se han desarrollado dentro del modelo médico del sufrimiento físico. La llamada psicopatología tradicional es, en gran parte, una psicopatología biomédica.

A través de su larga y complicada historia las "dolencias mentales", o mejor dicho, el significado atribuido a los trastornos mentales, han experimentado más influencias y condicionamientos socioculturales (por ejemplo, religiosos o políticos) que cualquier otra forma de patología biomédica (por ejemplo órgano funcional [ortopedia], órgano-estructural [cancerológico], infecciosa [gripe]). Al ser menos objetiva en sus métodos de investigación y menos rigurosa en su exploración teórica en relación a las otras patologías, la psicopatología tradicional se ha desarrollado al son de las modas y las épocas.

En los tres o cuatro últimos decenios, y principalmente al causa de la introducción del sistema DSM por la American Psychiatric Association a partir del año 1952 la psicopatología del modelo médico empezó a asimilar conceptos etiológicos y sintomáticos de varias corrientes terapéuticas. Por ejemplo, en el DSM-III (1980) y en el DSM-III/R (1987) se incluyen afirmaciones, generalmente no explícitas, de varios modelos psicológicos, entre ellos del psicoanálisis, de la psicología del “yo”, del modelo de H.S. Sullivan (1953), de la terapia del comportamiento y de la psicoterapia cognitiva.

La psicopatología biomédica ha sido confrontada, además, con los paradigmas psicológicos generalmente no evolutivos. A su vez estos paradigmas psicoterapéuticos han generado sus propias explicaciones etiológicas y sintomáticas, conservando, sin embargo, la terminología nosológica de la psicopatología biomédica para clasificar comportamientos, síndromes o personalidades neuróticas.

En un sentido superficial toda la psicopatología es evolutiva, en cuanto la patología se constituyó en un proceso a través del tiempo, comparable a un proceso de desarrollo normal. De modo que lo que unos conceptualizan como dolencia mental, otros como síntoma nosológico o trastorno psicológico, se integra perfectamente con la noción de desviación perturbadora, no tanto en relación con lo que es normal, sino a lo que debería desarrollarse normalmente.

La amplitud de esta desviación es precisamente lo que caracteriza a las varias escuelas psicopatológicas. Puede decirse que la psicopatología del modelo médico se propone el paradigma de un proceso patológico con características propias, es decir con estructuras biológicas o funcionales distintas de las que actúan en el desarrollo normal y adaptativo, hasta el punto que esta disciplina puede prescindir de hecho de la psicología evolutiva. O que sus nociones etiológicas y nosológicas poco o nada tienen que ver con la dialéctica entre determinantes del desarrollo psicológico “natural” o con sus procesos evolutivos de adaptación.

Curiosamente la psicopatología conductista de la que se sirven los modelos respondientes u operantes de la terapia de conducta, abjura igualmente de los procesos de desarrollo, pero para llegar a conclusiones opuestas a las de la psicopatología biomédica tradicional. El margen que separa las conductas normales de las patológicas pasa a ser estrecho; además la persona se encamina por unos u otros en función de las contingencias causales impuestas por el medio. De aquí la fe de la terapia de conducta en los refuerzos educativos para llevar a cualquier individuo en cualquier edad a sustituir las repuestas consideradas patológicas por repuestas consideradas adaptativas. Desde esta perspectiva el recurso a la contingencia inmediata permite trascender el tiempo del desarrollo.

Históricamente fueron las corrientes analíticas y dinámicas, comenzando por el propio Freud, las primeras en orientar la patología hacia el desarrollo evolutivo, defendiendo que sus primeros procesos o estadios, sucedidos en la infancia determinan las direcciones y estructuras de todos los demás. También aquí el

margen entre procesos normales y patológicos se revela estrecho, puesto que son éstos los que explican aquéllos. Lo patológico se convierte en una especie de lente que aumenta o exagera lo normal, permitiendo comprenderlo (Cichetti, 1984). Está claro que la psicopatología biomédica afirma igualmente que las lesiones en los estados estructuralmente primitivos son irreversibles o causan daños subsiguientes (por ejemplo en los adultos). Además y contrariamente al psicoanálisis, el modelo biomédico no encuadra esa relación causal en una dinámica, que es estructurada por el propio desarrollo (por ejemplo, los conflictos de la infancia se transforman para actualizarse en la vida adulta).

## **2. EMERGENCIA Y PRINCIPALES OBJETIVOS DE LA PSICOPATOLOGÍA EVOLUTIVA.**

La psicopatología evolutiva, asumida en cuanto tal como más adelante se verá, no derivó de la tradición analítico-dinámica, sino de los desarrollos, en los años 70, de la psicología evolutiva, especialmente de los del sociocognitivismo.

En el número especial de la revista americana más importante de psicología evolutiva, *Child development*, consagrado a la psicopatología evolutiva y que intentaba convertirse en testimonio del nacimiento de esta disciplina, su organizador, Dante Cichetti (1984), la distingue de la psicopatología dinámica. Afirma de este modo que para los psicólogos evolutivos, el funcionamiento normal del organismo permite comprender su patología, al igual que ésta puede esclarecer aquella. El mismo objetivo de integración de los dos procesos es defendido en libros importantes constituyentes de la disciplina, *Developmental Psychopathology* (Achenbach, 1974) y *Depression in Young People* (Rutter, Izard & Read, 1986).

El estudio de la interdependencia entre desarrollo normal y patológico constituyó, por tanto, el argumento más global de una psicopatología del desarrollo. Lo que exige, evidentemente, una tarea de comparación cuidada entre los orígenes y determinantes, los cursos de evolución y las consecuencias comportamentales, emocionales y cognitivas, de estos dos tipos de procesos.

“La psicopatología evolutiva puede definirse como el estudio de los orígenes y el curso de los modelos individuales de inadaptación conductual, cualquiera que sea la edad de inicio, las causas, las transformaciones en el comportamiento manifiesto o cualquier otra complejidad del curso del modelo de desarrollo” (Sroufe & Rutter, 1984, p. 18).

A pesar de pretender convertirse en aglutinadora de las reflexiones teóricas y metodológicas de disciplinas como la psicología del desarrollo, la psicología clínica, la psiquiatría, la epidemiología, la sociología, las ciencias fisiológicas y neurológicas (Cichetti, 1989) lo cierto es que, en lo esencial, la psicopatología evolutiva se constituyó en el espacio intermedio entre la psicología del desarrollo cognitivo, emocional y social, por un lado y, por otro, las nosologías y los procesos etiológicos de la psicopatología tradicional (ICD-9 de la OMS (1977) y sobre todo

DSM III y DSM III-R de la APA).

En el entretanto las ideologías tan diferentes de ambas disciplinas dificultan el objetivo de su integración. Por ejemplo, para la psicopatología tradicional la perturbación mental se considera casi siempre como una entidad estática. Esto no significa que esta disciplina no se refiera tanto a las explicaciones etiológicas como a las de la evolución de los síntomas, a procesos orgánicos, emocionales, cognitivos y/o relacionales. Pero estos procesos son siempre degenerativos y unidireccionales. A imagen y semejanza de lo que sucede con el sufrimiento físico, sirven para explicar las causas de los síntomas, y la evolución negativa que estos con mucha probabilidad irán experimentando. En la práctica médica lo que se considera un buen diagnóstico no es más que la previsión de un desarrollo lo más uniforme posible.

Este rumbo no tiene nada que ver con los tiempos y ritmos del desarrollo psicológico “natural”. Y los productos de estos procesos deteriorantes y teleológicos (es decir de la evolución unidireccional) son, naturalmente, entidades nosológicas estáticas como trazos, tipos, estados, personalidades, etc. El propio concepto de síndrome refleja una organización más o menos fija y coherente, compuesta por señales y síntomas.

Por el contrario, la psicopatología del desarrollo está tan atenta a lo “normal” o a los procesos generativos o “mejorantes” (Piaget, 1975) como a lo “anormal”, o a los procesos degenerativos y deteriorantes. Considera, asimismo, que los procesos puntuales patológicos y los ritmos orgánicos o sómato-emocionales se integran en el “tiempo del desarrollo natural”.

La psicopatología evolutiva tiende a considerar síndromes, trastornos, características, tipos, personalidades y otras conceptualizaciones nosológicas estáticas, como “discontinuidades” o equilibrios, niveles, estadios, que se suceden ordenadamente a lo largo de la continuidad del propio desarrollo natural.

El objetivo integrador se ve superado por lo que, en la realidad, se produce en esta área (en la revista *Development and Psychopathology*, iniciada en 1989 y editada por Dante Cichetti, por ejemplo). Como consecuencia no parece esperarse tanto una mejor comprensión del desarrollo normal por la vía de lo patológico, sino más bien una (re)conceptualización de los grandes grupos nosológicos y de los procesos etiológicos y sintomáticos de la psicopatología en términos de continuidades y discontinuidades evolutivas. Se asume, en cierto modo, la herencia de trabajos con objetivos parecidos como *Psychoanalysis and Developmental Psychology* (Hartman, 1950) o *The significance of Jean Piaget for Child Psychiatry* (Wolff, 1960), o incluso *Application Clinique de la Psychologie Génétique* (Ajuriaguerra & Tissot, 1966).

### **3. LA CUESTION DE LA CONTINUIDAD VERSUS LA DISCONTINUIDAD PSICOPATOLOGICAS ENTRE LA INFANCIA Y LA VIDA ADULTA**

Los principales protagonistas de la llegada de la psicopatología del desarrollo, como Achenbach (1974), Cichetti (1984, 1989), Rutter (1986, 1988; Rutter & Garnezy, 1983) o Sroufe (1983; Sroufe & Rutter, 1984) afirman la necesidad de esta disciplina respecto a las problemáticas de los dos tipos de continuidad.

La primera, ya citada, se refiere a la dependencia o no entre procesos considerados normales y patológicos. Vimos que la psicopatología biomédica se sitúa en un extremo de ruptura de esta continuidad. Y que la psicopatología comportamentista ocupa el otro extremo, minimizando las diferencias estructurales e incluso funcionales, entre unas y otros. Se sugirió también que la psicopatología evolutiva asume una posición en algún modo intermedia, atendiendo tanto a la continuidad como a la discontinuidad entre desarrollo patológico y desarrollo mejorante natural.

La segunda incide en la cuestión habitual de la continuidad entre las perturbaciones psicológicas de la infancia y las del adulto (Kagan, 1980). E indudablemente esta segunda cuestión ayuda a precisar la de la continuidad o discontinuidad entro lo normal y lo patológico.

Hace ya dos décadas que desde esta perspectiva Kohlberg y colaboradores (1972) plantearon el problema de la predictibilidad de la patología mental de los adultos a partir del comportamiento de los niños en términos de discontinuidad en la continuidad. Estas discontinuidades como se ha dicho anteriormente, corresponden a lo que la psicología del desarrollo ha designado como períodos, niveles o estadios.

“En esos modelos (evolutivos de la continuidad) más complejos, un conflicto en la infancia es mantenido como un tema en el desarrollo posterior, pero su relación con el tipo de patología o, de hecho, su resolución saludable o no viene determinada por los acontecimientos del desarrollo mismo durante la vida adulta.” (Kohlberg et al., 1989, p. 1227).

Entre tanto estas afirmaciones están lejos de suscitar una aceptación incondicional. En primer lugar porque, inversamente al psicoanálisis, tanto la psicopatología tradicional como la evolutiva evitan reducir la explicación de los procesos patológicos de los adultos a las vivencias infantiles. En consecuencia muchas perturbaciones mentales manifiestas en la vida adulta se deben a razones que difícilmente se pueden retrotraer a la infancia.

En segundo lugar, debido a la especificidad de la psicopatología infantil, en relación a la de los adultos. De modo general, como bien distingue Garber (1984), se pueden considerar al menos cuatro tipos de continuidad:

- a) trastornos que tienen su origen en la infancia y que persisten en la edad adulta (por ejemplo: debilidad mental, autismo, síndrome de La Tourette);
- b) trastornos que aparecen en la infancia, pero que sólo excepcionalmente se

prolongan en la edad adulta (por ejemplo: enuresis funcional, mutismo selectivo).  
c) trastornos que, estando generalmente asociados a la infancia o adolescencia, pueden aparecer con frecuencia en la vida adulta (por ejemplo: anorexia y bulimia).

d) trastornos que constituyen grupos nosológicos propios de la patología adulta, pero que pueden tener antecedentes, aunque con otras formas sintomáticas, en la infancia o en la adolescencia (como por ejemplo: síndromes afectivos, de ansiedad y de personalidad).

La relativa especificidad de los trastornos psicológicos infantiles lleva mucho tiempo siendo reconocida por la psicopatología tradicional. Actualmente en los institutos de psiquiatría, la enseñanza de la psicopatología de los adultos alterna, más o menos equitativamente, con los de la infancia y adolescencia. Esto no impide, sin embargo, la persistencia de una inclinación “adultomórfica” (Phillips et al., 1975; Garber, 1984), que niega a la psicopatología infantil un estatuto epistemológico y clínico propio, orientado a definirla en términos de nosología de adultos. La posibilidad de existencia de varios tipos de continuidades entre ambas psicopatologías, realza todavía más el papel del desarrollo en la comprensión de lo que las une y de lo que las separa.

En la actualidad la reflexión incide sobre el cuarto tipo, citado más arriba, precisamente porque en él se expresa más que en cualquier otro la cuestión de la discontinuidad dentro de la continuidad, tanto a nivel estructural como a nivel sintomático.

La psicopatología tradicional no trata directamente la cuestión de las relaciones entre ambas patologías en términos de continuidad y discontinuidad, sino de factores y procesos etiológicos. En general se puede decir, siguiendo a Sameroff (1989) que el modelo biomédico de psicopatología se asienta sobre todo en tres principios etiológicos:

- El mismo determinante provoca la misma estructura patológica tanto en niños como en adultos.

- El mismo determinante provoca los mismos síntomas igualmente en cualquier edad.

- Trastornos específicos en la infancia llevan a trastornos parecidos en los adultos.

De acuerdo con este modelo, los trastornos infantiles pueden considerarse buenos predictores de los trastornos adultos, debido a su continuidad etiológica y sintomática.

Sin embargo esta relación causal, directa e inevitable, perdió parte de su razón de ser con la llegada del sistema DSM. La cuestión de la continuidad se aborda con una prudencia extrema, estigmatizando el reconocimiento de estadios o de niveles evolutivos, como más adelante se verá, a propósito de algunos trastornos de personalidad. Puede ser interesante examinar con algún detalle las escasas pistas, que el DSM nos da, para comprender las dificultades de la psicopatología tradicional

respecto a la asimilación de los conceptos evolutivos.

#### 4. CONTINUIDAD DE SINDROMES Y SINTOMAS EN LOS TRASTORNOS AFECTIVOS, ANSIEDAD Y PERSONALIDAD EN EL DSM-III/R

Los ejemplos siguientes se toman de las secciones designadas como "edad de aparición" y "factores de predisposición" que aparecen en la descripción de la mayoría de los grupos nosológicos considerados en el DSM-III/R.

##### (I) TRASTORNOS AFECTIVOS (DSM-III/R)

- **Episodio maniaco:** La media de edad de aparición se sitúa al inicio del período de los 20. Un número importante de casos aparece después de los 50.
- **Episodio depresivo mayor:** La media de edad de aparición se sitúa al final de los 20, aunque puede aparecer en cualquier edad. En los niños, además, va frecuentemente acompañado de trastornos de ansiedad (de separación, de evitación); en los adolescentes con comportamientos antisociales y negativistas (de oposición, de conducta, de dependencia de sustancias psicoactivas).
- **Ciclotimia:** Inicio generalmente en la adolescencia o principio de la vida adulta.
- **Distimia o neurosis depresiva:** Inicio generalmente en la infancia, adolescencia o principio de la edad adulta; por esa precocidad ha sido denominada como personalidad depresiva. En la infancia y adolescencia se hallan factores predisponentes en otros trastornos (de conducta, hiperactivo, déficit atencional) o con un medio desorganizado o rechazante.

##### (II) TRASTORNOS DE ANSIEDAD (DSM-III/R)

- **Ataque de pánico:** La edad media de aparición se sitúa al final de los 20. Un factor de predisposición puede ser la ansiedad de separación en la infancia.
- **Fobia social:** Final infancia o principio adolescencia.
- **Fobia simple:** Las fobias a animales se inician casi siempre en la infancia; a la sangre o las heridas en la adolescencia; A las alturas, espacios cerrados, etc. después de los 40. La mayor parte de las fobias cuyo inicio se da en la infancia tienden a desaparecer sin tratamiento. Las que persisten en la edad adulta raramente acaban sin intervención.
- **Trastorno obsesivo-compulsivo:** Inicio en la adolescencia y primera edad adulta, pero también en la infancia.
- **Trastorno de ansiedad generalizada:** Edad de comienzo variable, entre 20 y 30, por lo general.

##### (III) TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

- **Trastorno de personalidad antisocial:** Precedido generalmente por el trastorno de conducta, antes de los 15; en las chicas se manifiesta en la pubertad, mientras que en los chicos está presente ya desde la infancia. La falta de disciplina o el abuso parental o el alejamiento de casa aumentan la probabilidad de desarrollo de la personalidad antisocial.
- **Trastorno de personalidad límite:** Inicio generalmente al final de la adolescencia, cuando los jóvenes intentan separarse de las significaciones de su familia y establecen sus propias opiniones.
- **Trastorno de personalidad evitativa:** El trastorno evitativo en la infancia o

adolescencia predisponen.

- **Trastorno de personalidad dependiente:** Como factor predisponente se señala la ansiedad de separación.

- **Trastorno de personalidad pasivo-agresiva:** Predisponente el trastorno de desafío de oposición de la infancia/adolescencia.

Esta exposición de los períodos de inicio de los principales síndromes afectivos, ansiedad y de personalidad del DSM-III/R, así como otras tendencias del determinismo patológico entre trastornos de la infancia y esos síndromes sugiere algunos comentarios.

En primer lugar el comienzo de la vida adulta parece constituir un importante período de emergencia de los síndromes afectivos y de ansiedad. Tal es el caso de los episodios maníacos, ciclotímicos, pánico, agorafobia, neurosis obsesivas y ansiedad generalizada.

Con todo, episodios depresivos y neurosis depresivas, o que al menos siguen esta tendencia, pueden localizarse también en la infancia. En este caso asumen formas sintomáticas diferentes de las de los adultos.

A su vez las fobias simples y sociales, aparecen predominantemente en la infancia y en la adolescencia. Las zoofobias aparecen casi exclusivamente en la temprana infancia y, a semejanza de otras fobias simples de inicio precoz, tienden a desaparecer posteriormente.

En segundo lugar existen pocas indicaciones sobre trastornos específicamente infantiles, que puedan actuar como factores de predisposición para la emergencia de trastornos afectivos y de ansiedad. La ansiedad de separación y el “trastorno de conducta” parecen ser los más propensos a una continuidad patológica, además de otras formas.

Finalmente, los trastornos de personalidad, cuyo inicio se halla localizado igualmente en el comienzo de la vida adulta, parecen presentar antecedentes importantes en los trastornos infantiles, ligados a la relación y a la socialización. Aunque esa continuidad se refiera sólo a cuatro tipos de trastorno, es posible que nuevos avances en este campo, lleguen a descubrir tendencias semejantes en otros tipos (por ejemplo: paranoide, esquizoide, esquizotipo, histriónico, narcisístico, obsesivo compulsivo, sádico y defectivo).

También aquí cabe distinguir entre las personalidades adulta, como la antisocial y de evitación, que parecen constituir una prolongación de los trastornos infantiles, con la semejanza de características y síntomas entre ambos, de las de los otros tipos, como la borderline, donde la continuidad es menos evidente. De ahí las precauciones del DSM al no considerar estas personalidades como discontinuidades o períodos de desarrollo.

En relación a las dos cuestiones levantadas anteriormente sobre la continuidad se puede afirmar que el sistema DSM, como la gran mayoría de las clasificaciones psicopatológicas del modelo médico, apuesta por una discontinuidad sobre la

continuidad. Así establece también un margen importante, o desviación, separando estructural y funcionalmente lo normal de lo patológico. Y continúa defendiendo esta discontinuidad, al referirse a los trastornos de la infancia y la adolescencia, de los de la vida adulta. Aunque, a veces, invierta esta tendencia abriendo hipótesis de continuidad, sobre todo para los síndromes más estables o personalidades.

## **5. CONTRADICCIONES Y DILEMAS EN LA CUESTION DE LA CONTINUIDAD.**

La psicopatología tradicional acepta siempre a regañadientes la hipótesis de la continuidad etiológica y sintomática entre la patología del niño y del adulto. Como se ha visto el DSM-III/R que pasa por ser el referente más progresista e integrador de la psicopatología médica, evita cualquier afirmación comprometida con la continuidad estructural o sintomática. Y, como se ha visto, en el caso de las personalidades "borderlines" o de evitación, huye de cualquier consideración en términos evolutivos.

Por su parte la psicopatología evolutiva se constituye, precisamente, en las cuestiones de la continuidad versus la discontinuidad de la sintomatología a lo largo de la vida.

Sus fuentes de información se basan en estudios de valor desigual. Los más frecuentes, sujetos a cautela, se refieren, por un lado, a comparaciones entre emergencia de síntomas en el niño y el adulto, o entre características sintomáticas de uno y otro y, por otro lado, a las descripciones retrospectivas de los adultos diagnosticados en un determinado síndrome, de sus síntomas en la infancia y la adolescencia. Con mucha menor frecuencia, se encuentran estudios longitudinales para comprobar más objetivamente la continuidad eventual, o la discontinuidad, de los diversos grupos nosológicos (Rutter, 1982).

Claro que estas cuestiones están ligadas a la inevitable controversia sobre la herencia, en cuanto determinante entre otras (por ejemplo: primeras vivencias de la infancia, influencia educativa, ambiente familiar). Para unos la herencia es, sin duda, el factor más responsable de la predisposición de los trastornos afectivos en el niño y en el adulto (Nurnberber & Gershon, 1984; Post & Ballanger, 1984). Para otros es poco lo que se sabe de ese determinismo y de lo que se transmite (Baron et al., 1981; Kidd & Weissman, 1978; Rutter, 1986). Esta ambigüedad se mantiene igualmente cuando se pasa al análisis de los diferentes síndromes afectivos y ansiógenos.

Hay que destacar, en primer lugar, que los adultos diagnosticados de un síndrome neurótico (por ejemplo, de ansiedad, humor, psicossomático) pueden haber tenido o no una infancia donde la totalidad o parte de los síntomas de ese síndrome estarían ya presentes.

Como se indicó la psicopatología tradicional tiende a colocar al final de la adolescencia o ya en la joven vida adulta la emergencia de estos trastornos. Ahora

bien, muchos estudios actuales, sobre todo a propósito de los procesos biológicos en las neurosis, afirman la precocidad de su inicio. (Nurnberger & Gershon, 1984; Post & Ballenger, 1984). Por ejemplo, la emergencia de las neurosis obsesivas puede ser localizada igualmente tanto en los inicios de la edad adulta (Ingram, 1961; Pollit, 1957; Rachman & Hodgson, 1980) como en la infancia (Black, 1974; Kringlen, 1970; Templer, 1972). Las mismas ambigüedades resaltan en la localización del inicio de los episodios maníacos, habiendo quien aboga por su aparición precoz en la infancia (Winberg & Brumback, 1976) y quien defiende su emergencia más tardía, a saber en la adolescencia (Hassanyeh & Davison, 1980). También parece existir una gran variabilidad en el modo de la emergencia del síndrome. Los síntomas pueden manifestarse de forma poco pronunciada y episódica, para después, en el paso de la infancia a la adolescencia y la vida adulta, aumentar progresivamente su frecuencia e intensidad; o por el contrario el niño exhibe una sintomatología actitudinal y emocional continua y exacerbada (por ejemplo, Black, 1974; Kringlen, 1970; Mittler, 1970; Rachman & Hodgson, 1980; Rutter et al., 1981).

En el mismo orden de cosas es difícil saber si la mayoría de los síndromes neuróticos del niño, que se prolongan en la vida adulta, emergen separadamente o derivan de otros. Por ejemplo, aunque se reconozca que la depresión es más común que las obsesiones en la infancia (Rutter, 1986; Rutter et al., 1981), las obsesiones pueden surgir tanto de la depresión como al revés (Rachman & Hodgson, 1980). Igualmente en el interior de un único síndrome bipolar, como la ciclotimia, no se sabe si el componente maníaco se adquiere como componente depresivo en la infancia, aunque se manifieste más tarde (Loranger & Levine, 1978; Rutter, 1986), o si el primero deriva del segundo, o se adquieren de cualquier otra forma.

Independientemente de la edad de inicio de los trastornos y de las formas de su aparición, se puede preguntar si los niños, con neurosis afectivas o de ansiedad, prolongan o no en la vida adulta el mismo tipo de sintomatología.

En este aspecto los adeptos a la continuidad sintomática afirman que los síntomas básicos, por ejemplo, los de los episodios depresivos mayores (Carlson & Cantwell; Puig-Antich et al, 1978; Welner et al., 1977), distimia (Kovacs et al. 1984) o de los episodios maníacos (Carlson & Strober, 1978) permanecen sin grandes alteraciones desde la infancia a la adolescencia. Estas constataciones de continuidad pueden poner, además, el problema de la eventual cronicidad de tales trastornos (Ghodsian et al, 1980; Kovacs et al., 1984).

Sin embargo, otros autores afirman que muy pocos niños con neurosis afectivas o de ansiedad prolongan su trastorno en la edad adulta (Dahl, 1972; Rutter, 1972; Zeitlin, 1985). Y esto por dos tipos de razones que tienen una importancia fundamental para la psicoterapia de los niños: el consejo a los padres o la psiquiatría infantil.

## **6. SINTOMATOLOGIA TRANSITORIA Y TRANSFORMABLE Y LIMITES DE LA INTERVENCIÓN TERAPEUTICA CON LOS NIÑOS**

En primer lugar la psicopatología evolutiva manifiesta como la psicología evolutiva un optimismo moderado en relación a la posibilidad de los niños y los adolescentes de padecer trastornos neuróticos “transitorios”, que desaparecen antes de la vida adulta (Cichetti & Schneider-Rosen, 1986; Rutter, 1982; Sameroff, 1989). En consecuencia muchos síntomas, incluso frecuentes y exacerbados, afectivos disfórico o eufórico, de ansiedad frente a ambientes físicos, objetos o personas, de pánico pérdida de control, de preocupaciones repetitivas y comportamientos compulsivos (como muchos síntomas somatoformes y perturbaciones del sueño) no son más que expresiones reactivas normales de la infancia. Esta se desarrolla normalmente en la dialéctica de la vida sobre todo la de las situaciones de adversidad y stress, como una “expresión emocional” (por ejemplo, tristeza, alegría, miedo) más intensa y extensamente reactiva y más variable que en la adultez.

La gran mayoría de los llamados “síntomas” neuróticos de la infancia y la adolescencia constituyen, así, procesos de adaptación y no de patología. Permiten al niño con mayor o menor dificultad, superar los problemas inherentes a los períodos de grandes cambios biológicos, cognitivos y relacionales.

Conviene señalar que los trastornos emocionales se extienden menos que los de conducta a la vida adulta (Rutter, 1982). Es difícil interpretar estas diferencias. Tal vez la existencia más efímera de los trastornos emocionales se deba a su función más marcadamente adaptativa. Lo que parece estar de acuerdo con las teorías que realzan la naturaleza esencialmente adaptativa de la expresión emocional (Izard, 1977; 1978).

Otros síntomas neuróticos pueden, por el contrario, ser efectivamente desviados, aunque conserven su orientación reactiva y transitoria y se vean restringidos a la infancia y a la adolescencia. Muchos de estos trastornos de tipo neurótico, designados por el DSM-III/R como “habitualmente evidentes desde el principio” en la infancia o en la adolescencia, pueden hallarse en este caso. Lo que, a su vez, parece corresponder a una concepción de la emoción como proceso esencialmente desestructurador o perturbador (Mandler, 1975; Schachter, 1971). Según Greenberg y Safran (1987) estas emociones secundarias reactivas son expresión de procesos emocionales o cognitivos subyacentes. Siendo disfuncionales, constituyen habitualmente el objetivo de las acciones terapéuticas.

En segundo lugar, la psicopatología evolutiva no niega que ciertos trastornos en la infancia o en la pubertad no se prolonguen a la vida adulta. Se trataría, sin embargo, de una continuidad patológica que integra formas evolutivas de discontinuidad. En otras palabras, ciertas características de los trastornos de la infancia pueden diferenciarse o transformarse a medida que se realiza el desarrollo (Garber, 1984; Sroufe & Rutter, 1984; Rutter, 1982, 1986).

Por ejemplo los trastornos depresivos no evolucionan uniformemente durante

la infancia y la adolescencia, sino que emergen más notablemente en ciertos períodos (Rutter, 1986):

- a) desde el final del primero al cuarto año, cuando los niños se muestran más sensibles a los procesos de separación y desvinculación;
- b) durante los cambios biológicos de la pubertad;
- c) en el último período de la adolescencia (15-19 años), con importante conducta parasuicida.

Entre estos períodos o después del último se produce normalmente un descenso acentuado de la sintomatología depresiva.

Pero la idea de la discontinuidad en la continuidad no apunta apenas un cambio de frecuencia, de intensidad, de durabilidad, o del número de situaciones en que se manifiestan los síntomas que caracterizan el síndrome. La neurosis infantil es diferente de la adolescencial, y estas de las del adulto, porque los cambios cualitativos se sobrepone a los cambios cuantitativos. Falta saber qué es lo que se puede considerar como un cambio cualitativo en la continuidad de la vivencia psicológica.

Antes de intentar dar respuesta a esta cuestión, parece oportuno volver a la distinción anterior, entre síntomas transitorios, en cuanto limitados a la infancia y adolescencia, y síntomas perdurables que se prolongan en la vida adulta, aunque experimentando transformaciones sucesivas.

Esta distinción levanta necesariamente ciertas dudas en cuanto a la adecuación de la mayoría de los modelos de diagnóstico y tratamiento de los síndromes y síntomas neuróticos en la infancia.

Por ejemplo, la naturaleza transitoria y adaptativa de muchos trastornos en la infancia y adolescencia abre la cuestión de la necesidad de una intervención terapéutica, directamente con el niño, para reducir o eliminar esa sintomatología. ¿No sería preferible una actuación preventiva con los padres (y/o otros agentes educativos de contacto frecuente y natural con el niño)?

Paralelamente, si los síntomas se transforman, la intervención con el niño no puede ser puntual, o restringirse al período de mayor intensidad o extensibilidad sintomática. Dado que pueden darse con posterioridad una o más reemergencias de los síntomas bajo otras formas. ¿No sería preferible una acción terapéutica más prospectiva, esto es con una periodicidad menos frecuente de lo habitual, pero distribuyéndose ordenadamente a lo largo del tiempo de desarrollo?

Finalmente al darse en los niños de hecho una mayor transitoriedad de los trastornos emocionales en comparación con los de conducta, debe planificarse la intervención en vistas a modificar los procesos afectivos con más cuidado y discernimiento que otros tipos de intervención.

## **7. DE LA INTEGRACION EMOCIONAL Y COGNITIVA A LA DISCONTINUIDAD DEL SIGNIFICADO.**

“Los modelos que usamos para describir el desarrollo cognitivo no se aplican a las emociones. La razón principal para esto es que, comparado con el sistema cognitivo, la mayor parte del sistema emocional, o está presente ya en el momento del nacimiento o es función de los procesos de maduración que se hallan virtualmente terminados a los ocho meses. Las excepciones posibles son las emociones de desprecio, vergüenza, timidez y culpa, cuyos sustratos parecen ser más dependientes de la interacción con el desarrollo posterior de las capacidades cognitivas (Izard & Schwartz, 1986, p. 44).

Los autores de esta cita refuerzan esta idea de la gran precocidad de la ontogénesis de las emociones, señalando las dos principales teorías en este campo. La de la “diferenciación” (Bridges, 1932), que afirma que el niño nace con una o dos emociones de afiliación y de excitación indiferenciadas, y que las otras emociones se distinguen durante los primeros 18 meses como resultado tanto de la maduración como del aprendizaje socializante. Y la de las emociones discretas (Izard, 1978), que defiende más bien que el niño ya nace con los mecanismos neurológicos de cada una de las emociones, que pueden ser expresadas a partir de los siete meses, alcanzando su plena funcionalidad antes de los dos años.

La hipótesis de considerar como criterio de discontinuidad los cambios eventuales en la expresión sintomática emocional a lo largo del desarrollo, parece chocar con la alta probabilidad de que las emociones se hallen constituidas de hecho bastante precozmente. Los niveles eventuales de desarrollo emocional se alcanzarían ya en la infancia.

¿Puede decirse, en consecuencia, que la razón se halla del lado de los adeptos a la continuidad sintomática, que afirma que los síntomas básicos de los trastornos afectivos y de ansiedad permanecen sin grandes alteraciones desde la infancia a la adolescencia?

La respuesta debe ser afirmativa si por síntomas básicos se entiende la expresión de las emociones básicas (Izard & Schwartz, 1986) como la ansiedad, la tristeza, la cólera, el rechazo o el miedo. Así los síntomas definidos por medio de estas emociones precoces serían prácticamente los mismos en la infancia que en la adolescencia, en el joven adulto que en edad avanzada. Greenberg y Safran las llaman “emociones primarias”, acentuando que su expresión puede tener una función adaptativa en psicoterapia.

La respuesta debe ser, en cambio, probablemente negativa, si se entiende por síntomas básicos, una u otra forma más elaborada de expresión emocional, que habitualmente se designa con el nombre de sentimientos (depresión, vergüenza, timidez o culpa), de las que muchos terapeutas se quieren librar para llegar a las cogniciones que les subyacen. El componente cognitivo de esta expresión emocional sintomática será difícilmente el mismo a través de la evolución de la infancia a

la edad adulta.

Esto plantea la inacabable cuestión de las relaciones entre cognición y emoción a la que se puede responder diciendo que ambas son inseparables (Décarie, 1973; Greenberg & Safran, 1987), siendo probablemente el afecto tanto la energía (Piaget, 1954) como la “motivación (Izard & Schwartz, 1986) de las actividades cognitiva y de acción. De este modo la expresión emocional de las cogniciones puede estructurarse de la misma forma que la expresión cognitiva de las emociones.

Estas estructuras cognitivas emocionales representan, por tanto, cambios cualitativos y definen las discontinuidades sintomáticas que se procesan durante el desarrollo.

Esta afirmación parece orientar la psicopatología del desarrollo (Cicchetti, 1984; Garber, 1984; Sroufe & Rutter, 1984) hacia la tradición constructivista de la psicología del desarrollo (por ejemplo: Bruner, Kohlberg, Piaget, Werner). Ambas consideran, de acuerdo con el paradigma de la continuidad/discontinuidad, que los sistemas estructurales se constituyen en niveles/estadios/conservaciones de significación de la realidad, cualitativamente distintos y que evolucionan en el sentido de una diferenciación e integración progresiva (Piaget, 1975; Werner, 1957). Mejor dicho, en psicopatología se considera que estos sistemas estructurales no siempre evolucionan hacia niveles de adaptación o mejoramiento de lectura de la realidad exterior e interior y que la psicopatología surge de esa evolución “desviada”.

La psicopatología evolutiva de las significaciones individuales constituye la temática central de la presente reflexión. Incluye por definición la concepción de los niveles evolutivos caracterizados por las “significaciones de la realidad” (Por ejemplo: percepción del cuerpo, estados emocionales percibidos, sentimientos hacia los demás, creencias ontológicas, interrogaciones epistemológicas, valores normativos, juicios morales) que subyacen a las emociones y a las acciones sintomáticas.

Esta orientación psicopatológica comparte con otras el interés por las significaciones perturbadoras.

## **8. PATOLOGÍA COGNITIVA Y PSICOPATOLOGÍA EVOLUTIVA DE LAS SIGNIFICACIONES.**

El modelo cognitivo de los trastornos neuróticos de la personalidad (Beck, 1976; Beck 1985; Beck & Freeman, 1990; Ellis, 1962; Meichenbaum, 1977) se basa en tres afirmaciones epistemológicas esenciales:

a) la significación personal de un acontecimiento depende de los procesos cognitivos disfuncionales perturbadores (por ejemplo: de vulnerabilidad, desvalorización, negativismo, perfeccionismo, duda, manía, persecución).

b) la significación personal de un acontecimiento determina la reacción emocional de ese acontecimiento (por ejemplo: vulnerabilidad frente al peligro; ansiedad, sentido de pérdida y desvalorización; disforia, prevención del riesgo;

perfección, obsesión, hostilidad contra sí mismo, cólera).

c) Los procesos cognitivos disfuncionales (por ejemplo: egocentrismo, inferencias arbitrarias, generalizaciones excesivas, catastrofismos, tautologías) y los significados consiguientes y afectos sintomáticos, pueden cambiarse, mediante la confrontación con procesos racionales o empíricos.

La psicoterapia cognitiva se sirve, por tanto, de una patología esencialmente constituida por significaciones desviantes de la realidad. Por eso mismo paralelamente a las acciones racionalizadoras del terapeuta, el paciente se ve confrontado con el medio real y concreto (fuera de la sesión) para que le plantee "la prueba empírica" a cerca de las significaciones más apropiadas para interpretar este medio.

Contrariamente la psicopatología descriptiva tradicional, como la paradigmática del DSM-III, se preocupa muy poco de las creencias o significados subjetivos que integran los diferentes grupos nosológicos. Mientras tanto es importante señalar que las caracterizaciones de los trastornos afectivos y de ansiedad, y, sobre todo, de personalidad, constituyen una excepción. Una vez que la enumeración de los significados más tácitos acompaña a los otros síntomas somato-emocionales y actitudinales.

En lo esencial las significaciones sintomáticas de la psicopatología tradicional coinciden con la significaciones de la patología cognitiva para los principales trastornos afectivos, de ansiedad o de personalidad. Temas como atribuciones negativas, pérdidas, anticipación del peligro, evitación relacional, manipulación, etc. están presentes tanto en una como en la otra.

Y, en lo esencial, los significados sintomáticos de la psicopatología tradicional y de la cognitiva coinciden con los de la psicopatología evolutiva de los significados. Se trata, sin embargo, de una pura coincidencia temática o del contenido general (por ejemplo: significados de pérdida y de desvalorización en la depresión). Tanto los procesos de adquisición/cambio de significados, por un lado, como los de conservación/permanencia de esos contenidos significativos, por otro, separan radicalmente las dos primeras psicopatologías de la última.

En primer lugar una psicopatología del desarrollo de los significados considera que no existe diferencia entre los procesos de adquisición y cambio de las significaciones adaptativas y de las sintomáticas. Ambas se adquieren ordenadamente. Y ese orden acompaña el desarrollo psicológico. Así, las concepciones generales, o tácitas, del peligro, pérdida, hostilidad, vulnerabilidad, auto-estima, etc. cambian a medida que el individuo evoluciona física y psicológicamente. Ambas evolucionan hacia una mayor complejidad.

La psicopatología cognitiva corrobora la noción de continuidad de los procesos de adquisición de significados, tanto adaptativos como sintomáticos y se centra en los cambios de contenido y de forma de los significados subjetivos individuales. Pero no acepta la noción de cambio ordenado por las leyes del desarrollo. Al contrario, enfatiza la naturaleza idiosincrática de los significados y las contingen-

cias sociales de donde surgen.

Por su parte, la psicopatología del modelo médico parece apuntar hacia una diferenciación entre los procesos de adquisición de los significados sintomáticos y los no-sintomáticos, dado que sus formas y contenidos son estructuralmente distintos, evitando cualquier conceptualización evolutiva.

En segundo lugar una psicopatología evolutiva de los significados considera que existe una diferencia entre los procesos de conservación o permanencia de los significados adaptativos y los sintomáticos. En general los significados sintomáticos se mantienen a través de movimientos dialécticos de estancamiento y circularidad, de centramiento negativo e inclusivo, de transformación mágica, acompañada de una emocionalidad perturbadora (excesiva, intensiva, inexpresiva). Los movimientos dialécticos de identidad, inversión, reciprocidad y exploración proposicional estructuran, inversamente, tanto la permanencia como la transformación de los significados y emociones adaptativas.

Los movimientos dialécticos de significaciones sintomáticos se verán más adelante, mientras que los de significados adaptativos fueron abordados ya por nosotros en otros trabajos (Joyce-Moniz, 1988, 1989).

Aunque haya convergencias entre el modelo presente y el de Beck y Freeman (1990), en cuanto a la importancia de la densidad o de la valencia de los significados, los modelos de psicopatología cognitiva, como el modelo médico, no se refieren a la dialéctica estructural de los significados.

Niveles diferenciados de significados sintomáticos, que se adquirieron ordenadamente, y movimientos dialécticos, que los fijan o conservan, permiten, por tanto, distinguir la psicopatología evolutiva de las psicopatologías cognitiva y descriptivo-médica. La psicopatología evolutiva de los significados se constituye, de ese modo, por medio de criterios de ordenación de contenidos significativos y de la dialéctica estructurante de esa ordenación.

## **9. MODELO DE CINCO NIVELES DE SIGNIFICADO PARA TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD**

Los niveles que siguen, propuestos por Joyce-Moniz (1985, 1989) constituyen una transposición para las significaciones de los trastornos de humor y de ansiedad, de los principales modelos de desarrollo socio-cognitivo de significaciones adaptativas. Se trata de secuencias con niveles de significación, por ejemplo de conocimiento de la realidad (Kitchener & King, 1981) de causalidad en los fenómenos del mundo físico (Piaget, 1937; Piaget & García, 1971), de la diferencia de perspectivas y papeles sociales (Selman, 1980), de control de sensaciones (Kegan, 1982), de la conciencia de experiencia emocional (Lane & Schwartz, 1987), de la convención de reglas (Turiel, 1983), de los principios y la reglamentación de la justicia (Kohlberg, 1969). La exposición de estas secuencias excede, evidentemente, el ámbito de este artículo y el lector interesado deberá consultar las

obras de referencia.

Se trata de niveles a los que todos los adultos potencialmente tienen acceso, en virtud del determinismo madurativo. Las denominaciones de estos niveles se basan en las grandes convergencias de características que se pueden encontrar en innumerables modelos de discontinuidad en el desarrollo, tal como se recoge en la Figura I.

**CONVERGENCIA ENTRE DISCONTINUIDADES DE  
MODELOS DE DESARROLLO SOCIOCOGNITIVO**

PIAGET	KOHLBERG	LOEVINGER	SELMAN	KEGAN
sensorio/ motor		pre-social	indiferenciado	incorporativo
preoperatorio	castigo y obediencia	impulsivo	egocentrado	impulsivo
concreto	hedonismo instrumental ingenuo	oportunista	reciprocidad	imperial
formal inicial	aprobación buena relación	conformista	mutualidad	interpersonal
formal completo	ley y orden	consciente	socialidad	institucional
post-formal	orientación por principios	autónomo		interindividual

FIGURA I

Los ejemplos que siguen se orientan a dar una idea de las significaciones más generales de cada nivel subyacentes a la emocionalidad ansiosa

**NIVEL 1.- ORIENTACIÓN PRE-SOCIAL: AMORALIDAD Y ANOMIA**  
 A) Existe el peligro real porque la persona lo ve. La percepción de la realidad concreta y las significaciones de peligro son idénticas. Miedo y ansiedad, así como las significaciones de peligro no requieren explicación.  
 B) Pérdida de protección, como significación disfórica preponderante. Desvalorización del dominio personal centrada en la separación actual o potencial de personas próximas o figuras de autoridad o en la pérdida de posesiones concretas o apariencias figurativas.

La persona evita cualquier posibilidad de tener que contar con ella sola.

C) El riesgo y la amenaza existen sólo cuando la persona piensa en ellos.

Los actos circulares repetitivos, la preocupación excesiva por detalles, las demoras sirven para prevenir el riesgo, una vez que han sido utilizados por la persona.

D) La hostilidad contra uno mismo debe ser automáticamente seguida de castigo. El mal comportamiento es la desobediencia a deberes concretos impuestos por la autoridad.

#### NIVEL 2. - ORIENTACION INSTRUMENTAL: DUALIDAD Y HETERONOMIA

A) El peligro objetivo existe, pero no es reconocido de inmediato.

Las significaciones de peligro son el resultado de una cierta acumulación de evidencia (pruebas).

El miedo y la ansiedad puede explicarse en términos cuantitativos y concretos.

b) Pérdida de oportunidad, como significación disfórica predominante.

Desvalorización del dominio personal centrada en la actual o potencial maximalización de pérdidas y minimalización de ganancias; o en la pérdida de posesiones concretas o apariencias, que pueden ser medidas y apenas nombradas.

La persona evita cualquier posibilidad de desviarse de sus intereses y necesidades hedonísticas.

C) Existen los riesgos y amenazas, pero tardan en ser notados.

Los actos circulares y repetitivos, la preocupación excesiva con detalles. Las demoras, no siempre resultan eficaces para prevenir el riesgo, por la persona necesita utilizarlos.

Los impulsos no pueden ser neutralizados y su ocurrencia justifica su adecuación.

D) La hostilidad contra sí mismo debe ser retribuida de acuerdo con las necesidades y los intereses de la persona

El mal comportamiento es la satisfacción de necesidades e intereses personales, sin tener en cuenta las necesidades e intereses de los demás.

#### NIVEL 3.- ORIENTACION PRO-SOCIAL: MULTIPLICIDAD Y SOCIONOMIA (CONFORMISMO RELACIONAL)

A) Existe el peligro, pero no puede ser conocido de forma inmediata con seguridad.

Las significaciones de peligro son idiosincrásicas para la persona, que es la fuente y el juez de su relevancia.

Miedo y ansiedad sólo pueden explicarse por cada individuo en particular.

B) Pérdida de aprobación como significación disfórica predominante.

Desvalorización del dominio personal centrado en la censura / desaprobación actual o potencial por parte de personas próximas o en la pérdida de haberes sociales y apariencias convencionales.

La persona evita cualquier posibilidad de fallar a las expectativas de los demás en relación a sí misma.

C) Riesgo /amenaza remotos y perfeccionismo existen, pero no pueden ser conocidos con seguridad.

Actos circulares y repetitivos, preocupación excesiva con los detalles, demoras, dudas no siempre son eficaces para la prevención del riesgo o en la consecución

de la perfección, pero la persona precisa utilizarlos para evitar la inseguridad. Los impulsos son demasiado idiosincráticos para ser controlados.  
D) La hostilidad contra sí mismo debe ser reprobada, dado que deriva de malos motivos.  
El mal comportamiento resulta de faltar a los seres queridos.

#### NIVEL 4.- ORIENTACION PRO-SOCIAL: MULTIPLICIDAD Y SOCIONOMICA (CONFORMISMO INSTITUCIONAL).

A) El peligro es subjetivo y refleja un punto de vista personal, algunas significaciones de peligro son más racionales o basadas en una evidencia más fuerte, que otras.

El miedo y la ansiedad se pueden explicar en términos de ruptura con sistemas establecidos de creencias y reglas.

B) Pérdida de orden social, con significación disfórica predominante.

Desvalorización del dominio personal centrada en la ausencia personal o potencial de responsabilidad y deber en la comunidad; o en la pérdida de haberes sociales o apariencias convencionales que pueden ser institucionalizadas más allá de la valorización interpersonal.

La persona evita cualquier posibilidad de quebrar las reglas sociales y desviarse de la conciencia convencional.

C) Riesgo/amenaza remotos y perfeccionismo sólo existen como significaciones personales que tienen su origen en la racionalidad y la conciencia convencionales.

Los actos circulares y repetitivos, preocupación excesiva con los detalles, demoras, dudas no siempre son eficaces en la prevención del riesgo o en la consecución de la perfección, pero la persona asume el deber de utilizarlos.

Los impulsos son demasiado irracionales para controlarlos. D) La hostilidad contra sí mismo debe ser corregida para la salvaguardia de los valores sociales. El mal comportamiento estriba en la infracción de las normas y reglas institucionales.

#### NIVEL 5.- ORIENTACION POSCONVENCIONAL: RELATIVISMO Y AUTONOMIA

A) El peligro es subjetivo y refleja un punto de vista personal que puede ser formado por múltiples significaciones par un acontecimiento dado.

Las significaciones de peligro no pueden basarse sólo en la evidencia racional, porque la persona crea sus propios criterios de racionalidad, que pueden cambiar radicalmente esas significaciones.

Miedo y ansiedad se pueden explicar en términos de cogniciones y activación emocional.

B) Pérdida de autonomía, con significación disfórica predominante.

Desvalorización del dominio personal centrada en una crisis existencial real o potencial (relativismo metafísico); o en pensamientos abstractos o metaconocimiento.

La persona evita cualquier posibilidad de cuestionar o invalidar principios de individualidad, autonomía, justicia, creatividad.

C) Riesgo y amenaza remotos y perfeccionismo envuelven las significaciones individuales contradictorias

Actos circulares y repetitivos, preocupación excesiva por los detalles, demoras,

dudas no siempre son eficaces en la prevención del riesgo o en la consecución de la perfección, y la persona duda de sus propias inseguridades sobre su utilización eventual.

Los impulsos son demasiado dudosos y contradictorios para ser controlados.

D) La hostilidad contra sí mismo debe ser denunciada porque viola los derechos fundamentales de la persona; el mal comportamiento es la violación de los principios de la conciencia personal.

## **10.- SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE NIVELES DE SIGNIFICACIONES ADAPTATIVAS Y SINTOMÁTICA.**

Este modelo integra, por tanto, las significaciones sintomáticas centrales de la psicopatología cognitiva y, en su mayor parte, de la psicopatología biomédica, en las secuencias de desarrollo de las significaciones adaptativas, formuladas en la psicología del desarrollo cognitivo y socio-cognitivo.

Además, como ya se dijo, este paralelismo entre lo normal y lo patológico está sujeto a los límites impuestos por la propia dinámica entre evolución, o diferenciación, y permanencia o conservación. Así, no parecen existir diferencias entre los procesos de adquisición y cambio de las significaciones adaptativas y las sintomáticas. Ambas evolucionan hacia una complejidad cada vez mayor. Cambian en su contenido específico, pero también en su forma. Las significaciones sintomáticas de los niveles superiores, a semejanza de las adaptativas, son más inclusivas, extensivas y abstractas que las de los niveles inferiores.

Por el contrario, parecen existir diferencias entre los procesos de conservación y permanencia de las significaciones adaptativas y las sintomáticas. Pudiendo ofrecer la misma inclusividad, extensión y abstracción, las significaciones de niveles inferiores son bastante menos reversibles (transformables,) y flexibles (coordinables/combinables) que las adaptativas.

Por ejemplo, las significaciones del nivel 5 son menos absolutas, estereotipadas o figurativas de lo que lo son las de niveles inferiores. Pero eso no significa que no sean menos fijas o dogmáticas o que acepten mejor su propia contradicción.

Una tipología evolutiva “desdobla” o diferencia los temas de las significaciones sintomáticas de las psicopatologías cognitiva y tradicional, de acuerdo con el orden de adquisición. Si se acepta la tesis de la universalidad de los estadios o niveles se puede considerar que este orden es común a todos los individuos, por lo que pueden aplicarse, al menos, mayoritariamente.

Siendo el acceso a los varios niveles ordenado e inclusivo esta tipología ofrece una concepción etiológica que trasciende el centramiento habitual en las causas últimas de los síntomas. Pretende llegar al estudio de los procesos evolutivos del trastorno, es decir: tanto las formas como los síntomas subjetivos se transforman ordenadamente. Muchas de las significaciones que se adquieren en un determinado nivel se transforman e integran en la constitución de los niveles siguientes.

Aunque otras significaciones no se transforman, no dejan de existir con todo,

con el acceso de la persona a los niveles superiores. Simplemente, caen en desuso. Entran en una especie de lo que algunos llamarían “estado latente”, otros “repertorio cognitivo” y otros, todavía, “estructura tácita”, permaneciendo de este modo a disposición de la persona. Así, en términos de posibilidades, una persona de nivel 1 sólo puede manifestar significaciones sintomáticas del mismo nivel; una de nivel 3, puede virtualmente optar por los tres niveles (1, 2 y 3); y una de nivel 5, finalmente, dispondrá de un abanico todavía más amplio de elección.

Normalmente las personas tienden a expresar mayormente las significaciones adaptativas del nivel más alto al que han conseguido acceder. Pero no siempre sucede de la misma manera, a causa de la orientación dialéctica de las propias significaciones. Estas no sólo se transforman, sino que también permanecen, dándose una relación activa y confrontativa entre unas y otras. El hecho de que un individuo consiga significaciones de un determinado nivel, no le obliga a utilizar intensiva y extensivamente estas significaciones. Regresiones temporales, conyunturales o accidentales a significaciones de niveles inferiores forman parte de la dialéctica de la vida. La coherencia evolutiva, entre las significaciones de la persona, no siempre es adaptativa ni deseable, frente a la incoherencia de las significaciones de los interlocutores.

Se observa con razón que las personas con trastornos afectivos y de la personalidad tienden a utilizar con más persistencia las significaciones de un determinado nivel, con respecto a las personas que no ... Esta tendencia hacia la “coherencia sintomática”, caracteriza, más bien lo que generalmente se entiende en psicopatología por síndrome o nosología.

Se pueden verificar igualmente desplazamientos entre niveles de significación (por ejemplo, atribuciones de incoherencia y disociación, dilemas existenciales, sentimientos de indecisión, Joyce-Moniz, 1988).

Se ha señalado con anterioridad que las significaciones sintomáticas se mantiene a través de movimientos dialécticos de centración negativa e inclusiva, estancamiento, circularidad o transformación “mágica”, acompañados de una emocionalidad perturbadora (es decir: excesiva, intensa o inexpressiva).

Puede ser interesantes considerar las características de esta dialéctica.

## **11.HIPERVALENCIA Y DIALECTICA DE LAS SIGNIFICACIONES SINTOMATICAS**

Las significaciones son actividades cognitivas dirigidas a un fin, el de interpretar o explicar la realidad. Desde un perspectiva constructivista se puede considerar que las significaciones individuales equivalen a construcciones mentales, que se producen de forma ordenada e inclusiva durante el desarrollo.

Como mostraron Piaget, Bruner o Kohlberg estas actividades cognitivas no se adquieren separadamente, sino progresiva e integradamente. La pregnancia o la heurística de una significación proviene precisamente de su relación con otras

significaciones. Jugando con las palabras se puede decir que una significación sólo es significativa si se compara con otras significaciones. O con otras palabras, todo el significado de la realidad se constituye en la dialéctica con otros significados.

Y toda la dialéctica tiene una dirección de expansión. Como consecuencia la competición entre diferentes significados, con contenidos considerados tanto adaptativos como sintomáticos, y pudiendo pertenecer a diferentes niveles, busca la preponderancia de unos sobre otros. Lo que se traduce en su emergencia en la conciencia del individuo. O en la atención selectiva y continuada de que ciertas significaciones son objeto en el flujo de pensamiento.

Para Beck y Freeman (1990) esta dirección dialéctica de la significación se explica en términos de “cualidades estructurales” de un esquema cognitivo: a) su densidad o preeminencia relativa a otros esquemas y b) a su valencia, o nivel de activación en un determinado momento, que varía de latencia a hipervalencia.

Así en un contexto de competición entre significados se presenta a la conciencia o es objeto de atención selectiva la que goza de mayor valencia o se activa más fácilmente y es de mayor densidad o prepotencia. Este significado será por tanto, activado más frecuentemente que los demás en respuesta a cualquier acontecimiento que introduzca una duda o un conflicto.

En las secuencias de desarrollo el acceso a cada nivel se halla caracterizado por la hipervalencia y por la densidad de un conjunto o sistema de significaciones, relativamente a las de los niveles anteriores.

Como ya se dijo, esta cuestión es de especial importancia en la psicopatología cognitiva. Por ejemplo, las significaciones de vulnerabilidad son hipervalentes en los trastornos de ansiedad, las significaciones de pérdida y desvalorización en la depresión; las significaciones de perfección y control en la obsesión compulsiva.

La psicopatología evolutiva subraya, por tanto, la prominencia y la hipervalencia de las significaciones sintomáticas de determinado nivel sobre las significaciones adaptativas de este nivel y sobre las significaciones adaptativas o sintomáticas de otros niveles.

En general, la hipervalencia de estos sistemas de significación sintomática se ven acompañados por una manifestación excesiva de emocionalidad. De acuerdo con la tradición aristotélica de la psicoterapia, puede llamarse también catártica, puesto que implica una gran concentración, activación y expresión de emoción. Como consecuencia en los trastornos afectivos la expresión de disforia, euforia, ansiedad, obsesión, etc. es exagerada intensa y extensivamente.

Lo que distingue las significaciones sintomáticas de las adaptativas no es una cuestión de diferencias de contenidos, como se pretende frecuentemente en psicopatología cognitiva (Villegas, 1990). La prevención del peligro, la consecución de perfección, y la actitud negativa frente a las pérdidas, incluso acompañadas de una expresión emocional excesiva, son sólo sintomáticas (es decir, constitutivas de síndromes/trastornos neuróticos) si se mantienen a través de movimientos

dialécticos de centración negativa, estancamiento, circularidad o transformación “mágica”.

Cuatro son los principales movimientos dialécticos que estructuran la competición entre las significaciones individuales por la preponderancia, conservación e hipervalencia.

I.- *Estancamiento*: repetición compulsiva del contenido de significación hipervalente (Sh):  $Sh=sh=sh=sh\dots$  Es decir: inmovilismo, repetición, obsesión, compulsión, apatía, referencia, distractibilidad.

II.- *Centramiento negativo*: anulación directa de las otras significaciones con hipervalencia de contenido del significado:  $-Se-Sg-Si-Sj\dots=Sh$ . Es decir: negativismo, orientación antisocial o inmoral, desvalorización, maniqueísmo, hostilidad, restricción, desinterés, desesperanza, desconfianza, pánico, irritabilidad.

III.- *Centramiento inclusivo*: extensiones simples del contenido de significación por inclusión en este de los contenidos de las otras significaciones.  $+Sg+Si+Sj=Sh$ . Es decir: dependencia sumisión, grandeza, identificación, exhibición, manipulación, posesión, hedonismo.

IV.- *Transitividad circular*: equivalencia de contenido de la significación con los de las otras por inferencia silogística: puede conllevar una “transformación “mágica” o explicación causal en términos de fenomenología infantil:  $Sh=Si$  si  $Si=Sj$  y  $Sh=Sj$ ; por ejemplo: generalización excesiva, inferencia arbitraria, reponsabilización excesiva, dilema, catastrofismo, aprensión, ilusión, delirio, somatización, conversión.

A continuación se ejemplifican cada tipo de dialéctica, cada movimiento está más directamente ligado a los significados de determinados trastornos. Se trata de una preponderancia, pero no de una exclusividad, dado que los otros movimientos también pueden concurrir en la conservación del trastorno.

## **12. DIALECTICA, DESARROLLO Y EXPRESION EMOCIONAL DE LOS SIGNIFICADOS EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.**

Desde la célebre tipología de la constitución de los temperamentos de Kretschmer, al menos, la psicopatología tradicional ha venido definiendo los trastornos de personalidad. Las innumerables tentativas para fijar las distintas personalidades trascienden las fronteras de la psicopatología, para entrar en la historia de la psicología, de la medicina (Hipócrates), de la sociología o de la literatura. Lo que aún a esas disciplinas alrededor de este concepto es la idea, grata a los científicos y artistas, de que la persona se define en la continuidad y en la conservación de sus actitudes y expresiones.

Características o predisposiciones de la personalidad traducen casi siempre las significaciones individuales. No es casual que, por ejemplo, en el sistema DSM, los trastornos de personalidad contienen más descripciones de significaciones sintomáticas que cualquier otro trastorno, incluidos los trastornos afectivos y de

ansiedad.

A pesar de que han sido múltiples los intentos de definir los trastornos de personalidad, lo cierto es que resulta difícil. En primer lugar porque muchos pacientes presentan características de más de un trastorno. En segundo lugar, porque reacciones disfóricas, coléricas, ansiógenas, o eufóricas se hallan presentes en los trastornos de personalidad igual que en los afectivos o de ansiedad. En tercer lugar, porque los trastornos afectivos y de ansiedad comparten igualmente muchas significaciones (ontológicas, epistemológicas, valorativas, normativas, etc.) con los trastornos de personalidad. En realidad estos trastornos sólo se definen por la mayor permanencia y conservación de los síntomas, ya hipervalentes y preponderantes en otros trastornos.

*“Los esquemas típicos de los trastornos de personalidad se parecen a los que se activan en los síndromes sintomáticos, pero están operativos en una base más continua de procesamiento de la información”* (Beck & Freeman, 1990, p. 32)

A pesar de estas dificultades en delimitar sus fronteras nosológicas, los trastornos de personalidad pueden considerarse paradigmáticos para el estudio de las significaciones sintomáticas; y ello por varias razones.

En primer lugar, estos trastornos son reconocibles desde la adolescencia, e incluso a veces desde la infancia, lo que hace más plausible una lectura evolutiva. De 13 de los trastornos descritos por el DSM-III/R, 5 presentan una precedencia reconocida en forma de un trastorno infantil: trastornos de conducta > personalidad antisocial; trastornos de separación/ansiedad > personalidad dependiente; trastornos de oposición/desafío > personalidad pasivo-agresiva; trastorno de identidad > personalidad “borderline”; trastorno de evitación > personalidad evitativa. La perspectiva evolutiva se orienta a la cuestión etiológica de cómo los rasgos de personalidad se desarrollan y conservan.

Desde esta óptica la hipervalencia y la preponderancia de algunos sistemas son nítidas y continuadas. Lo que sugiere un proceso de detención o fijación, en alguno de los primeros niveles de la respectiva secuencia. En la mayoría de los casos esta detención se da en la adolescencia, pero las significaciones sintomáticas que se fijan en este período para formar el trastorno de la personalidad, se construyen sobre otras significaciones sintomáticas ya presentes en la infancia en episodios ansiógenos, asociales, disfóricos u obsesivos.

Conviene señalar que esta evolución del trastorno puede llevar, a partir de los 40/50 años a una menor hipervalencia y preponderancia de sus síntomas.

De esta forma es posible que los trastornos de personalidad sean más el resultado de una detención prematura, seguida de fijación en las significaciones sintomáticas que de una regresión a partir de niveles más elevados. Como se sugirió con anterioridad, ambas modalidades están presentes en los trastornos afectivos y de ansiedad. De donde se producen regresiones tanto continuadas como puntuales.

El orden que se propone a continuación de los trastornos de personalidad del

DSM-III-R (a excepción del esquizotípico) se orienta a subrayar sus significaciones preponderantes y los movimientos dialécticos comunes con otros trastornos. Frente a cada denominación aparece el grupo (*cluster*) al que pertenece.

**NIVEL 1.- ORIENTACION PRE-SOCIAL: AMORALIDAD Y ANOMIA**

**ESQUIZOIDE (Gr. A):**

Significaciones predominantes: negación de protección.

Dialéctica dominante: centración negativa

**ANTISOCIAL (Gr. B):**

Significaciones predominantes: Los impulsos no pueden ser detenidos ni justificados. Desobediencia a deberes concretos impuestos por la autoridad.

Dialéctica dominante: centración negativa

**DEPENDIENTE**

Significaciones predominantes: Evitación de cualquier posibilidad de tener que contar solo consigo mismo

Dialéctica dominante: centración inclusiva.

**NIVEL 2. - ORIENTACION INSTRUMENTAL: DUALIDAD Y HETERONOMIA**

**PARANOIDE (Gr. A):**

Significaciones predominantes: Valorización del dominio personal, centrada en la maximalización actual o potencial de pérdidas y minimalización de ganancias

Dialéctica dominante: centración negativa y transitividad circular.

**NARCISISTICA: (Gr. B):**

Significaciones predominantes: Ganancia de oportunidades. Valorización del dominio personal, centrada en la maximalización actual o potencial de pérdidas y minimalización de ganancias. Evitación de cualquier posibilidad de apartarse de sus intereses hedonísticos, sin tomar en cuenta los intereses de los demás.

Dialéctica predominante: centración inclusiva.

**PASIVA-AGRESIVA (Gr. C):**

Significaciones predominantes: Evitación de cualquier posibilidad de apartarse de sus intereses hedonísticos.

Dialéctica dominante: centración negativa.

**SADICA (no clasificada):**

Significaciones predominantes: Ganancia de oportunidades. Evitación de cualquier posibilidad de apartarse de sus intereses hedonísticos, sin tomar en cuenta los intereses de los demás.

Dialéctica dominante: centración negativa.

**NIVEL 3.- ORIENTACION PRO-SOCIAL: MULTIPLICIDAD Y SOCIONOMIA (CONFORMISMO RELACIONAL)**

**LIMITE "BORDERLINE" (Gr. B):**

Significaciones predominantes: Desvalorización del dominio personal, centrada en la censura y desaprobación actual o potencial de las personas próximas. Evitación de cualquier posibilidad de fallar a las expectativas de los demás en relación a sí mismo.

Dialéctica dominante: ninguna en particular.

HISTRIONICA: (Gr. B):

Significaciones predominantes: Ganancia de aprobación. Valorización del dominio personal, centrada en la aprobación, actual o potencial, de las personas próximas. Evitación de cualquier posibilidad de fallar a las expectativas de los demás sobre sí mismo.

Dialéctica dominante: centración inclusiva y transitividad circular.

DE EVITACION (Gr. C)

Significaciones predominantes: Desvalorización personal centrada en la censura actual o potencial de las personas próximas. Evitación de cualquier posibilidad de fallar a las expectativas de los demás sobre sí mismo.

Dialéctica dominante: centración negativa.

AUTODEFENSIVA (no clasificada):

Significaciones predominantes: Desvalorización personal centrada en la censura actual o potencial de las personas próximas. Evitación de cualquier posibilidad de fallar a las expectativas de los demás sobre sí mismo.

Dialéctica dominante: centración negativa e inclusiva.

NIVEL 4: ORIENTACION PROSOCIAL: MULTIPLICIDAD Y SOCIONOMIA (CONFORMISMO RELACIONAL)

OBSESIVO COMPULSIVA (GR. C)

Significaciones predominantes: El peligro es subjetivo y refleja un punto de vista personal. Miedo y ansiedad pueden explicarse en términos de ruptura con los sistemas establecidos de creencias y reglas. Actos circulares y repetitivos, preocupación excesiva por los detalles, demoras, dudas no siempre son eficaces par la prevención del riesgo o en la consecución de la perfección, pero la persona precisa utilizarlos. Los impulsos son demasiado irracionales para ser controlados.

Dialéctica dominante: repetición compulsiva y transitividad circular.

De esta clasificación pueden sacarse algunas constataciones interesantes.

La primera es que los trastornos de los tres *clusters del DSM-III-R* están bien distribuidos para los tres niveles iniciales. Los niveles 1 y 2 contienen un trastorno de cada grupo, y el nivel 3 contiene dos trastornos del grupo B y uno del C. El nivel 4 apenas incluye un trastorno del grupo C. Esta concentración de los trastornos en los primeros niveles está de acuerdo con la hipótesis de la detención precoz en el desarrollo y la fijación.

Segunda, de los cinco trastornos de personalidad antes mencionados precedidos por trastornos en la infancia, tres se sitúan en el nivel 1 y los otros dos en el nivel 3 de los grupos B y C. El grupo A no contiene ninguno de esos trastornos. Esto podría querer decir que es necesario investigar si los otros siete trastornos no presentan también algún antecedente nosológico. Desde una perspectiva evolutiva es posible que se lleguen a identificar antecedentes para todos los trastornos adultos de la personalidad.

Tercera, la dialéctica del centramiento negativo parece estructurar la conservación e hipervalencia de la mayoría de los trastornos. En cinco de una manera

categoría, y en otros dos combinada con otros movimientos. Así, dado que la operación de inversión parece ser la que mejor expresa el desarrollo cognitivo adaptativo en la obra piagetiana, la fijación en el negativismo parece predominar con mucho el espectro de los trastornos de personalidad.

Cuarta, es posible que haya un predominio o una presencia más destacada de un único movimiento dialéctico en los trastornos de los primeros niveles. A partir del nivel 3, parece que concurren dos o más niveles para la conservación de las significaciones sintomáticas del mismo trastorno.

La quinta tiene que ver con la propia categorización de los tres *clusters* llevada a cabo en el DSM en términos de emocionalidad: (Gr. A) “las personas con estos trastornos parecen con frecuencia extrañas y excéntricas; (Gr. B) “las personas con estos trastornos parecen con frecuencia dramáticas, emocionales o erráticas”; (Gr. C) “las personas con estos trastornos parecen con frecuencia ansiosas o recelosas”.

Aunque el grupo C se haya presentado como más ligado a las reacciones ansiógenas, tanto este grupo como el B incluyen trastornos de personalidad con una expresión emocional cualitativamente parecida a los trastornos afectivos y de ansiedad.

La expresión de ansiedad es ciertamente excesiva en el grupo C. Las expresiones de disforia, euforia, o cólera son “catárticas” (excesivas, dramatizadas y compulsivas) en el grupo B y en la personalidad, no clasificada, autodefensiva. En esta forma catártica se incluyen igualmente lo que en psicoterapia tradicional se designa como “labilidad afectiva” (a saber, cambios rápidos en las expresiones y falta de control en el flujo emocional: Fish, 1974).

Pero en el grupo A, como en la personalidad “sádica”, no clasificada, la emocionalidad es diferente de lo que habitualmente se encuentra en los trastornos afectivos y de ansiedad. En vez de excesiva o dramática, es restrictiva o “épica” (Joyce-Moniz, 1989). Se parece a las disfunciones emocionales que en la psicoterapia tradicional se designan como disociación afectiva (negación de ansiedad), incongruencia del afecto con el discurso (depresión sonriente) o indiferencia emocional (embotamiento afectivo, “belle indifférence” de conversión histérica, Fish, 1974).

De acuerdo con el modelo de desarrollo de la experiencia subjetiva de la emoción de Lane y Swartz (1987), cada nivel se caracteriza por una expresión emocional, con una estructura y una dirección de cambio distinto. En el nivel 1 (personalidad esquizoide, antisocial y dependiente), la persona tenderá a revelar una expresión emocional indiferenciada, de cariz épico o catártico/excesivo, con pocos cambios procesados por una activación motora global. En el nivel 2 (personalidad paranoide, narcisística, pasivo-agresiva y sádica), la persona tenderá a expresiones de tipo épico estereotipadas y con una orientación claramente hedonística. En el nivel 3 (a saber, las personalidades *borderline*, histriónica, de evitación, autodefensiva), la persona tenderá a expresar, de modo catártico/excesivo emociones más fluidas (pervasivas) y con una orientación bipolar (mucho tristeza o mucha

felicidad). En el nivel 4 (personalidad obsesivo-compulsiva), la persona tenderá a experimentar las emociones de forma secuencial, pero circularmente (ansiedad>obsesión>compulsión>irritación>disforia>ansiedad), y generalmente excesivas o catárticas.

### 13. COMENTARIOS FINALES

Tal como se ha dicho, el estudio de la interdependencia entre el desarrollo normal y el patológico constituye el objetivo más general de la psicopatología evolutiva. Esta nueva disciplina aproxima las concepciones de la patología a las concepciones de la normalidad. No se trata de una posibilidad de compartir los mismos determinantes externos, como preconiza la psicopatología conductual, sino más bien de compartir los ritmos y los procesos del desarrollo psicológico. En consecuencia, se orienta a definir síndromes, sufrimientos, caracteres, tipos, personalidad y otras conceptualizaciones nosológicas estáticas en tanto que discontinuidades (equilibrios, niveles, estadios) que se suceden ordenadamente a lo largo de la "continuidad" propia del desarrollo natural.

La hipótesis de la discontinuidad en la continuidad tiene una importancia fundamental para la articulación de la psicopatología y la psicoterapia.

En primer lugar, como se indicó, la naturaleza transitoria y adaptativa de muchos trastornos de la infancia, pone la cuestión de la necesidad de una intervención terapéutica, directamente con ese niño para reducir o eliminar la sintomatología. En principio, los padres deberían ser ayudados para enfrentarse a los síntomas, para sacar el mejor partido de sus potencialidades. Paralelamente, si los síntomas se transforman a lo largo de los diversos niveles, la intervención terapéutica con el niño debería ser intensa y puntual, o limitarse al período de mayor expresión sintomática, pero plantearse a lo largo del período de desarrollo.

En segundo lugar, la etiología de la psicopatología evolutiva debe referirse, no sólo a las causas de los trastornos, sino sobre todo a las transformaciones sufridas por los síntomas a través de las secuencias de discontinuidades. Modelos de intervención, basados en la etiología determinista, tenderán a usar metodologías de interpretación, con imposición de las significaciones del terapeuta. Por el contrario, modelos de intervención que se apoyen en la etiología de procesos evolutivos, tenderán a servirse de metodologías de acción concreta y simbólica, con construcción de significaciones por parte del paciente.

Una patología orientada hacia las discontinuidades del desarrollo psicológico tiene que considerar necesariamente, los significados individuales como los referentes sintomáticos más importantes, para la concepción etiológica de los trastornos y su tratamiento. Esta relevancia de los síntomas más íntimos y subjetivos del paciente sitúa la psicopatología evolutiva en la línea de la psicopatología fenomenológica de Karl Jaspers, Ludwig Binswanger, etc., y de la psicopatología cognitiva a la que nos hemos referido antes.

Mientras tanto, el ordenamiento evolutivo de los sistemas de significaciones sintomáticas, tiene la ventaja de indicar cómo las significaciones de la persona se irán desarrollando, o de prever cómo pueden evolucionar, paso a paso, de nivel a nivel. Y el encuadre dialéctico de esos sistemas tiene la ventaja de indicar la dirección de su activación y emocionalidad.

Los modelos presentados requieren, naturalmente, ser validados de modo estructurado y sistemático. De hecho se apoyan en observaciones clínicas esporádicas, efectuadas a lo largo de más de diez años (Joyce-Moniz, 1981) y en algunas investigaciones empíricas parciales, en relación principalmente a movimientos u operaciones dialécticas (Joyce-Moniz, 1998b). Varios procesos de investigación empírica en psicología de la salud están en fase de finalización sobre fijaciones y cambios de niveles de significación sintomáticas, ligadas, principalmente, a reacciones depresivas y ansiógenas (Barros, 1990; Reis, 1990). Pero se necesitan sin duda otros trabajos, dirigidos, por ejemplo a los trastornos de personalidad, por mucho que serán poco propicios a los estudios experimentales (Beck y Freeman, 1990).

---

*La lectura evolutiva de la psicopatología se ha llevado a cabo a varios niveles, aunque no siempre relacionados o integrados. La presente reflexión incide sobre alguna de ellas, relacionándolas con los síndromes o trastornos del humor/afecto, de ansiedad y con los trastornos de personalidad.*

*De este modo consideraremos en primer lugar las posibilidades de una continuidad/discontinuidad de los síntomas actitudinales y emocionales entre la psicopatología de la infancia y de la edad adulta, lo que plantea, inevitablemente, la cuestión del determinismo de una sobre la otra, o la de su relativa independencia.*

*Posteriormente se examina la continuidad/discontinuidad de los síntomas cognitivos y, más en particular, la de los significados individuales, lo que plantea no sólo la cuestión de la relación entre cognición y afecto, sino la de la competición entre significados y del predominio de unos sobre otros en ciertos niveles de desarrollo.*

*Como introducción a una psicopatología evolutiva de las significaciones se propone un modelo dialéctico con cinco niveles de significación, relativos a algunos síndromes afectivos y ansiógenos y, principalmente, a los trastornos de personalidad.*

Traducción: Manuel Villegas

## Referencias Bibliográficas

- ACHENBACH, T. (1974). *Developmental psychopathology*. New York: Ronald.
- AJURIAGUERRA, J. & TISSOT, R. (196). Application clinique de la psychologie génétique. In F. Bresson & M.

- Montmollin (Eds.), *Psychologie et épistémologie génétique: Thèmes piagétiens*. Paris: Dunod.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1st ed.). Washington DC: A.P.A.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)* (3rd ed.). Washington DC: A.P.A.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III/R)* (3rd ed. rev.). Washington DC: A.P.A.
- BALL, L. & CHANDLER, M. (1989). Identity formation in suicidal and nonsuicidal youth: The role of self-continuity. *Development and Psychopathology, 1*, 257-275.
- BARON, M., KLOTZ, J., MENDLEWICZ, J. & RAINER, J. (1981). Multiple-threshold transmission of affective disorders. *Archives of General Psychiatry, 38*, 79-84.
- BARROS, L. (1990). Construção e dialéctica em investigação psicoterapêutica: Aconselhamento parental. *Psicologica, 3*, 101-108.
- BECK, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- BECK, A., EMERY, G. & GREENBERG, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books.
- BECK, A. & FREEMAN, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- BLACK, A. (1974). The natural history of obsessional neurosis. In H. Beech (Ed.), *Obsessional states*. London: Methuen.
- BRIDGES, K. (1932). Emotional development in early infancy. *Child development, 3*, 324-241.
- CARLSON, G. & CANTWELL, D. (1979). A survey of depressive symptoms in child and adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 18*, 587-599.
- CICCHETTI, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development, 54*, 1-7.
- CICCHETTI, D. (1989). Developmental psychopathology: some thoughts on its evolution. *Development and Psychopathology, 1*, 1-4.
- CICCHETTI, D. & SCHNEIDER-ROSEN, K. (1986). An organizational approach to childhood depression. In M. Rutter, C. Izard & P. Read (Eds.), *Depression in Young People*. New York: Guilford.
- DAHL, D. (1972). A follow-up study of child psychiatric clientele with special regard to manic-depressive psychosis. In A. Anell (Ed.), *Depressive states in childhood and adolescence*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- DECARIE, T. (1973). *Intelligence et affectivité chez le jeune enfant*. Neuchatel: Delachaux & Niestlé.
- ELLIS, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New Jersey: Lyle Stuart-Citadel.
- FISH, F. (1974). *Clinical psychopathology*. Bristol: John Wright.
- GARBER, J. (1984). Classification of childhood psychopathology: A developmental perspective. *Child Development, 55*, 30-48.
- GHODSIAN, M., FOGELMAN, K., LAMBERT, L. & TIBBENHAM, A. (1980). Changes in behaviour ratings of a national sample of children. *British Journal of Social & Clinical Psychology, 19*, 247-256.
- GREENBERG, L. & SAFRAN, J. (1987). *Emotion in Psychotherapy*. New York: Guilford.
- HARTMAN, H. (1950). Psychoanalysis and developmental psychology. *The psychoanalytic Study of Child* (vol. 5).
- HASSANYEH, F. DAVION, K. (1980). Bipolar affective psychosis with onset before age 16 years: Report of 10 cases. *British Journal of Psychiatry, 137*, 530-537.
- INGRAM, I. (1961). Obsessional illness in mental hospital patients. *Journal of Mental Science, 197*, 382-402.
- IZARD, C. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum.
- IZARD, C. (1978). On the development of emotions and emotion-cognition relationships in infancy. In M. Lewis & L. Rosenblum (Eds.), *The development of affect*. New York: Plenum.
- IZARD, C. & SCHWARTZ, G. (1986). Patterns of emotion in depression. In M. Rutter, C. Izard & P. Read (Eds.), *Depression in young people*. New York: Guilford.
- JAKIMOW-VENULET, B. (1981). Hereditary factors in the pathogenesis of affective illness. *British Journal of Psychiatry, 139*, 450-556.
- JOYCE-MONIZ, L. (1981). From decentration to compensation: Toward a cognitive-constructivist therapy. 1st European Meeting on Cognitive-behaviour Therapies. Comunicación no publicada, Lisboa, Septiembre.
- JOYCE-MONIZ, L. (1988a). Terapia epistemológica y constructivismo. In M. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognición y Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- JOYCE-MONIZ, L. (1988b). Self-talk, dramatic expression and constructivism. In C. Perris, Y. Blackburn & H. Perris (Eds.), *Cognitive psychotherapy: Theory and Practice*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- JOYCE-MONIZ, L. (1989). Structures, dialectics and regulation in applied constructivism: From developmental

- psychopathology to individual drama therapy. In O. Gonçalves (Ed.), *Advances in the cognitive therapies: The constructive-developmental approach*. Porto: Apport.
- KAGAN, J. (1980). Perspectives on continuity. In O. Brim & J. Kagan (Eds.), *Constancy and change in human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- KEGAN, R. (1982). *The evolving self*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- KIDD, K. & WEISSMAN, M. (1978). Why do we do not yet understand the genetics of affective disorders. In J. Cole, A. Shatsberg & S. Frazier (Eds.), *Depression, biology, psychodynamics and treatment*. New York: Plenum.
- KITCHENER, L. KING, P. (1981). Reflective judgement: concepts of justification and their relationship to age and education. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 2, 89-116.
- KOHLBERG, L. (1969). Stage and sequence: The cognitive-developmental approach to socialization. In D. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research*. Chicago: Rand McNally.
- KOVACS, M., FEINBERG, T., CROUSE-NOVAK, M., PAULASKAS, S. & FINKELSTEIN, R. (1984). Depressive disorders in childhood. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, 41, 229-239.
- KREITMAN, N. (1977). *Parasuicide*. London: Wiley.
- KRINGLEN, E. (1965). Obsessional neurotics: A long-term follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 111, 709-722.
- LANE, R. & SWARTZ, G. (1987). Levels of awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.
- LORANGER, A. & LEVINE, P. (1978). Age of onset of bipolar affective illness. *Archives of General Psychiatry*, 35, 1354-1348.
- MANDLER, G. (1975). *Mind and emotions*. New York: Wiley.
- MEICHENBAUM, D. (1977). *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum.
- MITTLER, P. (Ed.) (1970). *The psychological assessment of mental and physical handicaps*. London: Methuen.
- NURNBERGER, J. & GERSHON, E. (1984). Genetics of affective disorders. In R. Post & J. Ballenger (Eds.), *Neurobiology of mood disorders*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- PIAGET, J. (1937). *La construction du réel chez l'enfant*. Neuchatel: Delachaux & Niestlé.
- PIAGET, J. (1954). *Intelligence and affectivity: Their relationship during child development*. Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- PIAGET, J. (1975). L'équilibration des structures cognitives. Paris: Presses Universitaires de France.
- PIAGET, J. & GARCIA, R. (1971). *Les explications causales*. Paris: Presses Universitaires de France.
- POLLITT, J. (1957). Natural history of obsessional states. *British Medical Journal*, 1, 195-198.
- POST, R., BALLENGER, J. (Eds.) (1984). *Neurobiology of mood disorders*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- PUIG-ANTICH, BLAU, S., MARX, N., GREENHILL, L. & CHAMBERS, W. (1978). Prepubertal major depressive disorder: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 695-707.
- RACHMAN, S. & HODGSON, R. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- REIS, J. (1990). Construção e dialéctica em investigação psicoterapêutica e de psicologia de saúde. *Psychologica*, 3, 93-99.
- RUTTER, M. (1972). Relationships between child and adult psychiatric disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 48, 3-21.
- RUTTER, M. (1982). Epidemiological-longitudinal approaches to the study of development. In A. Collins (Ed.), *The concept of development: The Minnesota Symposia on Child Psychology* (Vol 15). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- RUTTER, M. (1986). The developmental psychopathology of depression: issues and perspectives. In M. Rutter, C. Izard & P. Read (Eds.), *Depression in young people*. New York: Guilford.
- RUTTER, M. (1987). Continuities and discontinuities from infancy. In J. Soffsky (Ed.), *Handbook of infancy* (2nd ed.). New York: Wiley.
- RUTTER, M. & GARMEZY, N. (1983). Developmental psychopathology. In E. Hetherington (Ed.), *Carnichael's manual of child psychology (vol 4): Social and personality development*. New York: Wiley.
- RUTTER, M., IZARD, C. & READ, P. (Eds.) (1986). *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives*. New York: Guilford.
- RUTTER, M., TIZARD, J. & WHITMORE, K. (1981). *Education, health and behaviour* (2nd ed.). New York: Krieger.
- SAMEROFF, A. (1989). Principles of development and psychopathology. In A. Sameroff & R. Emde (Eds.), *Relationship disturbances in early childhood*. New York: Basic Books.

- SCHACHTER, S. (1971). *Emotion, obesity and crime*. New York: Academic.
- SELMAN, R. (1980). *The growth of interpersonal understanding*. New York: Academic.
- SROUFE, L. (1983). Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence. In M. Perlmutter (Ed.), *Minnesota Symposium in Child Psychology* (vol. 16). Minneapolis: University of Minnesota.
- SROUFE, L. & RUTTER, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 83, 173-189.
- SULLIVAN, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- TEMPLER, D. (1972). The obsessive-compulsive neurosis: Review of research findings. *Comprehensive Psychiatry*, 13, 375-383.
- TURIEL, E. (1983). *The development of social knowledge*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- VILLEGAS, M. (1990). El cambio cognitivo. *Revista de psicoterapia*, 2/3, 51-79.
- WEINBERG, W. & BRUMBACK, R. (1976). Mania in childhood: Case studies and literature review. *American Journal of Diseases of Children*, 130, 380-385.
- WEINER, Z., WEINER, A., McCRARY, M. & LEONARD, M. (1977). Psychopathology in children of inpatients with depression: A controlled study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, 408-413.
- WERNER, H. (1948). The concept of development from a comparative and organismic point of view. In D. Harris (Ed.), *The concept of development*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- WOLFF, P. (1960). The developmental psychology of Jean Piaget and psychoanalysis. *Psychological Issues*, 2 (monograph 5).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1977). *Manual of international classification of diseases, injuries and causes of death* (ICD-9). Geneva: WHO.
- ZEITLIN, H. (1985). The natural history of psychiatric disorder in children. *Institute of Psychiatry Maudsley Monograph*. London: Oxford University Press.



# **LOS MODELOS TEÓRICOS, LOS TRATAMIENTOS Y LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN EN LA ASISTENCIA PÚBLICA EN SALUD MENTAL: INFORME SOBRE UNA ENCUESTA REALIZADA A LOS C.A.P. Y C.A.P.I.P. DE CATALUNYA**

Mercè Mitjavila, Universitat Autònoma de Barcelona

M<sup>a</sup> Teresa Miró Universitat de Barcelona y

Jordi Bachs, Universitat Autònoma de Barcelona

---

Se resumen en este informe los datos obtenidos en una encuesta realizada a los Centros de Asistencia Primaria en Salud mental de niños y adultos en Octubre de 1991 y Enero de 1992 respectivamente.

El motivo inicial para la realización de este pequeño estudio descriptivo partió de nuestra reflexión, como profesores universitarios, acerca de la diversidad de modelos en el campo de la psicología y de su distinto predominio en el ámbito académico y aplicado.

Se dan múltiples discrepancias entre la psicología académica y la psicología aplicada, algunas de ellas responden a la especificidad de ambas realidades. Así el predominio de lo teórico y de la investigación en el ámbito académico sería propio de su naturaleza, y en cambio un mayor grado de pragmatismo respondería a la preocupación propia del ámbito de aplicación clínico.

Una de las discrepancias observadas, que quizá no responda exactamente a la idiosincrasia de uno u otro ámbito, sea el predominio, en uno y otro sector, de distintos modelos teóricos. Este hecho expresa, sin duda, cierta disociación entre la universidad y la práctica aplicada.

Es difícil pronunciarse, en sentido positivo o negativo, sobre esta disociación sin caer en simplificaciones. Habría mucho que pensar respecto a si esta especie de división de funciones es necesaria, favorable o inevitable. La respuesta intuitiva inmediata nos haría decir que esta situación no es beneficiosa para nadie, ni para los profesionales clínicos, ni para los profesores universitarios ni para los estudiantes, pero creemos que la respuesta merece más atención.

Si hipotéticamente pensáramos que sería beneficiosa una mayor coherencia entre uno y otro sector, deberíamos someternos a la pregunta siguiente: ¿en qué sentido tendría que darse esta mayor coherencia? ¿Sería beneficioso que el modelo dominante en el ámbito académico fuera asimismo el dominante en la práctica aplicada? ¿o viceversa?, ¿o acaso se debería tender, en uno y otro sector, a una mayor integración o diversidad?. Al margen de estas especulaciones nuestro interés ha sido fundamentalmente observacional y descriptivo: hemos intentado recoger unos datos sobre los cuales se puede, evidentemente, reflexionar o seguir especulando.

## PROCESO

Se partía del supuesto observable de la existencia de diversidad de modelos psicológicos en la práctica aplicada, en el ámbito de la comunidad catalana. La encuesta se elaboró bajo este supuesto pero en cambio quedaba abierta la cuestión de la prevalencia o del orden de prevalencia de uno o varios modelos sobre otros.

En la carta de presentación se pedía que las respuestas fueran consensuadas al máximo por todo el equipo.

Se enviaron un total de 50 encuestas, dirigidas a los Centros de Asistencia Primaria en Salud Mental (C.A.P.) y a los Centros de Asistencia Primaria Infantil (C.A.P.I.P.) y Unidad de Referencia en Psiquiatría Infantil (U.R.P.I.). El total de 50 corresponde a todos los centros de asistencia en salud mental pública de Catalunya en el momento de realizar la encuesta. Los envíos y respuestas se resumen de la siguiente manera.

	C.A.P.	C.A.P.I.P. /U.R.P.I.	TOTAL
ENCUESTAS ENVIADAS	30	20	50
ENCUESTAS CONTESTADAS	18	18	36

Se desglosan a continuación los distintos apartados de la encuesta y los resultados obtenidos.

### 1) AÑOS DE FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS

(Se tiene en cuenta los años de funcionamiento del equipo como tal independientemente del momento en que fueron concertados por la administración pública)

	C.A.P.	C.A.P.I.P.
Años de funcionamiento del más antiguo	17	26
Años de funcionamiento del más reciente	0,5	8
Promedio de antigüedad de los equipos	10	12,5

### 2) TIPO DE DEMANDA O PROBLEMÁTICA MÁS FRECUENTE

(Se formula como pregunta abierta con dos respuestas máximas)

C.A.P.: Neurosis (Se incluyen bajo esta denominación: depresión, cuadros ansiosos, fobias, trastornos afectivos, trastornos de personalidad leves). Total de Centros que citan esta entidad como problemática más frecuente: 17

En los C.A.P.I.P./U.R.P.I., citan además "Trastornos de conducta" un total de 9 centros y a continuación se citan los "problemas de aprendizaje" en 8 centros.

### 3) ADSCRIPCIÓN A UNO O VARIOS MODELOS

(Se formula como pregunta cerrada con 4 opciones)

ADSCRIPCIÓN A UNO O VARIOS MODELOS	CAP	CAPIP /URPI
Adscritos a un único modelo	1	7
Adscritos a un modelo dominante, coexistiendo con otros	13	6
Adscritos a diversos modelos coexistentes en igualdad	4	4
No adscritos a ningún modelo	0	1

#### 4) DISTRIBUCIÓN CUALITATIVA DE LOS DISTINTOS MODELOS EN LOS C.A.P.

	modelo único	modelo predominante	modelo coexistente	TOTAL
BIOLOGISTA	0	0	3	3
COGNITIVO	0	0	2	2
COMUNITARIO	0	0	1	1
CONDUCTUAL	0	1	1	2
FENOMENOLÓGICO	0	0	1	1
HUMANISTA	0	0	3	3
PSICODINÁMICO	1	12	2	15
SISTÉMICO	0	0	7	7

En este apartado se citaban en la pregunta de la encuesta los modelos: Cognitivo, Conductual, Humanista, Psicodinámico y Sistémico, y a continuación un espacio abierto bajo el epígrafe: "otros"; en este epígrafe se nombraron los modelos: Biologista, Comunitario y Fenomenológico, que quedan incorporados en el cuadro anterior. Se citó también el Farmacológico, pero éste no fue contabilizado como modelo propiamente psicológico, podría haberse considerado su inclusión dentro del modelo Biologista.

#### DISTRIBUCIÓN CUALITATIVA DE LOS DISTINTOS MODELOS EN LOS CAPIP/URPI

	modelo único	modelo predominante	modelo coexistente	TOTAL
COGNITIVO	0	0	5	5
CONDUCTUAL	0	0	6	6
PSICODINÁMICO	7	5	6	18
SISTÉMICO	0	1	3	4

No se citan otros modelos psicológicos.

## DISTRIBUCIÓN DE LOS MODELOS EN LOS CAP Y CAPIP/URPI CONJUNTAMENTE

	modelo único	modelo predominante	modelo coexistente	TOTAL
BIOLOGISTA	0	0	3	3
COGNITIVO	0	0	7	7
COMUNITARIO	0	0	1	1
CONDUCTUAL	0	1	7	8
FENOMENOLÓGICO	0	0	1	1
HUMANISTA	0	0	3	3
PSICODINÁMICO	8	17	8	33
SISTÉMICO	0	1	10	11

Según los anteriores datos se observa un claro predominio del modelo psicodinámico seguido del sistémico.

### 5) AUTORES QUE SE CONSIDERAN MÁS SIGNIFICATIVOS DENTRO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE CADA CENTRO.

(Se formula como pregunta abierta con un máximo de 3 respuestas)

Se nombran en más ocasiones:

	CAP	CAPIP/URPI	TOTAL
FREUD	10	7	17
KLEIN	7	7	14
BION	2	3	5
LACAN	4	0	4

Evidentemente se esperaba que esta respuesta mantuviera coherencia con los resultados de la anterior referida a los modelos y en este sentido es lógico que los autores psicoanalíticos sean los más citados.

## 6) CONCEPTOS TEÓRICOS Y/O TÉCNICOS QUE SE CONSIDERAN MÁS SIGNIFICATIVOS DENTRO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

(Se formula como pregunta abierta)

Se nombran en más ocasiones:

	CAP	CAPIP /URPI	TOTAL
TRANSFERENCIA	7	5	12
INCONSCIENTE	7	2	9

Se esperaba asimismo al igual que en la anterior pregunta, que los conceptos designados mantuvieran coherencia con los modelos y a su vez con los autores.

## 7) INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

(Se formula como pregunta abierta)

Se nombran en más ocasiones:

	CAP	CAPIP/URPI	TOTAL
ENTREVISTA	12	13	25
WAIS/WISC	7	13	20
H.T.P.	2	8	10
M.M.P.I	7	1	8
16 PF	3	1	4
RORSCHACH	4	2	6

## 8) TIPO DE TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS QUE SE LLEVAN A CABO

(Se formula como pregunta abierta)

	CAP	CAPIP/URPI	TOTAL
TERAPIA DE APOYO	11	2	13
TERAPIA PSICOANALÍTICA	10	0	10
ENTREVISTAS DE SEGUIMIENTO	3	7	10
RELAJACIÓN	4	3	7
TERAPIA FOCAL	2	3	5
TERAPIA COGNITIVA	2	0	2
TERAPIA CONDUCTUAL	1	0	1
TERAPIA SISTÉMICA	1	0	1
PSICODRAMA	1	0	1
ESCENOTERAPIA	0	1	1
LUDOTERAPIA	1	1	1
PROTOCOLOS TERAPÉUTICOS	0	1	1

Se han transcrito las denominaciones tal como han sido hechas por los propios equipos al contestar la encuesta. Se observan denominaciones, tales como “Entrevistas de seguimiento” y “Terapia focal”, que no pueden ser clasificadas en relación a un modelo teórico dado que no se especificaba en la respuesta. Lo que se designa como “Entrevistas de seguimiento” y “Terapia de apoyo”, también contiene cierta ambigüedad dado que esta modalidades terapéuticas pueden inspirarse en modelos distintos.

### 9) MODALIDADES DE TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS.

(Se formula como pregunta cerrada con tres opciones: Terapia Individual, Terapia de Grupo y Terapia Familiar, y una opción abierta bajo el epígrafe “otras”)

	CAP	CAPIP /URPI	TOTAL
TERAPIA INDIVIDUAL	18	17	35
TERAPIA DE GRUPO	14	14	28
TERAPIA FAMILIAR	17	16	33
TERAPIA DE PAREJA	2	0	2
GRUPO DE PADRES	0	2	2
PAREJA MADRE-HIJO	0	2	2
INTERVENCIÓN COMUNITARIA	1	1	2
SOPORTE SOCIAL	1	0	1

### 10) ATRIBUCIONES EXPLICATIVAS DE LA DIVERSIDAD DE MODELOS QUE CONVIVEN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

(Se formula como respuesta cerrada con cuatro opciones y una opción abierta bajo el epígrafe “otras”)

	CAP	CAPIP /URPI	TOTAL
PECULIARIDAD DE NUESTRO OBJETO DE TRABAJO	17	13	30
CONDICIONES HISTÓRICAS*	1	3	4
INMADUREZ DE LA PSICOLOGÍA COMO DISCIPLINA	1	5	6
CUESTIONES POLÍTICO-ADMINISTRATIVAS	0	4	4
DIFERENTES ORIENTACIONES DE CADA PROFESIONAL	1	1	2
No contestan	1	1	2

(\*) La formulación completa era: “Condiciones históricas de la implantación de la psicología en nuestro país.”

## COMENTARIOS FINALES

Merece una consideración especial el hecho que los autores de la encuesta se adscriban dentro de un modelo común, el psicodinámico. Pensamos que este hecho puede haber determinado un sesgo en las respuestas de los centros. Es posible que los equipos que trabajan dentro del mismo modelo que los firmantes del estudio pudieran sentirse más fácilmente inclinados a responder la encuesta. Aunque no debemos descartar la opción contraria, es decir, el interés por afirmar un modelo distinto al de los autores de la encuesta. Evidentemente, en la carta de presentación, éstos no hacían constar el modelo con el que se identificaban, pero es obvio que en los distintos ámbitos del ejercicio profesional (académico o aplicado) se conocen las afinidades de cada uno y sobre todo si se trata de un trabajo notoriamente público como es la docencia universitaria.

Tampoco pensamos que el sesgo que se haya podido producir haya falseado del todo el resultado final, la información directa que todos podemos tener seguramente coincide bastante con los resultados.

Recordamos que este estudio responde únicamente al sector de la comunidad catalana y no pensamos que sea extrapolable a otras comunidades. En este sentido pensamos que las condiciones históricas relativas a como se ha implantado la psicología y la psiquiatría sí debe ser una variable importante a la hora de explicar el predominio de uno u otro modelo.

Creo que debería considerarse el perfil de la generación de psiquiatras que en la actualidad son coordinadores de los centros públicos así como de los psicólogos más antiguos que trabajan en ellos. ¿Cuáles eran las condiciones de formación universitaria -en la cátedra de Psiquiatría, en el Departamento de Psicología, u otros centros de formación- en aquel momento? ¿Qué se enseñaba y quién enseñaba? Debería también tenerse en cuenta en qué momento y en qué condiciones (una de ellas responde al perfil de los profesionales existente en aquel momento) aparece la red de asistencia pública en Catalunya.

Creemos que la prevalencia del modelo psicodinámico está vinculado a su mayor antigüedad de implantación, en relación a los otros modelos que aparecen designados en este estudio. De todas formas pensamos que ésta no debe ser la única variable explicativa de su existencia o de su prevalencia, suponemos que también las razones pragmáticas referidas a su utilidad deben tener su peso.

Queremos destacar el hecho, ya anunciado en la introducción, relativo al predominio de modelos en el ámbito académico y en el aplicado (al menos en el sector público). El claro predominio del modelo psicodinámico en el sector de la asistencia pública no se corresponde con la recesión de éste modelo dentro del ámbito universitario. En este mismo sentido el modelo sistémico que aparece como dominante en segundo lugar en la práctica asistencial, prácticamente no tiene vigencia dentro de los programas de estudio universitarios. A su vez los modelos

conductual y cognitivo tienen mayor presencia en nuestro mundo académico.

Como docentes universitarios debemos reflexionar acerca del tipo de formación que impartimos desde la universidad ¿Qué tipo de profesional formamos y para qué lo formamos?. Deberíamos también preguntarnos ¿Quién enseña en la universidad? ¿Qué perfil se exige al docente universitario para acceder a su plaza? Hoy por hoy, al profesor universitario se le exige, en primer lugar, capacidad investigadora y en segundo lugar, capacidad docente. La capacitación para la práctica no se tiene en cuenta, aún en los casos en que se esté impartiendo una asignatura de carácter aplicado.

Esto no significa que el orden dominante en la práctica aplicada tenga que dictarnos los contenidos docentes a impartir, ni tampoco la situación inversa sería deseable. Quizá tampoco lo sea enseñar de espaldas a la realidad social y asistencial o trabajar en la práctica aplicada sin contacto con la investigación o el tipo de información que la universidad puede transmitir. Debemos partir de la convicción de que cada ámbito de trabajo, por su especificidad, cuenta con conocimientos distintos y todos ellos necesarios.

Nos proponemos repetir esta prospección en el futuro a fin de tener datos comparativos y evolutivos sobre este tema. Damos por supuesto que el “mapa” actual responde a una determinada coyuntura de condiciones y ha de entenderse como un proceso dinámico.

Aprovechamos la ocasión para agradecer sinceramente a los centros que colaboraron en nuestro estudio y para animar a los que no se decidieron a hacerlo en esta ocasión, a que podamos contar con ellos en otra oportunidad.



## COMENTARIO DE LIBROS:

### MANUAL DIDACTIC PER AL TRACTAMENT DE DISFUNCIONS SEXUALS

Mark Musé: Mensana Publications, Girona, 1993

---

El título *Manual Didàctic* con que se presenta esta publicación define perfectamente el alcance y los límites de la obra. Se trata de una práctica carpeta de anillas con 174 páginas, muchas de las cuales constituyen fichas plenamente autónomas, a través de las cuales se desarrollan los métodos de tratamiento de las siguientes disfunciones sexuales: Inapetencia sexual, Disfunciones de la erección, Incompetencia eyaculatoria, Eyaculación precoz, Vaginismo, Anorgasmia y Cambio de orientación sexual. Este material viene acompañado de un cassette en cuyas caras se proponen ejercicios de relajación y de inoculación al estrés sexual, con el objetivo de favorecer un entrenamiento para las actitudes sexuales positivas. Ayudan además a estos fines 75 ilustraciones originales, dibujadas a pluma, que indican con claridad los distintos pasos a seguir en cada programa de entrenamiento.

La obra es producto de un equipo multidisciplinar compuesto por psicólogos y médicos, bajo la dirección de Mark Musé. Esta colaboración se nota en el carácter integrador de las diversas disciplinas y en la forma cómo se hacen compatibles distintas perspectivas psicológicas dinámicas, cognitivas y conductuales. Nada en la obra resulta estridente, sino por el contrario, sensato y sumamente respetuoso con el lector. Uno de los efectos terapéuticos principales que intenta promover el libro es el de la autoaceptación y respeto a sí mismo y al otro miembro de la pareja. En este sentido cabe decir que el estilo literario está cuidado con exquisitez.

No se puede olvidar que el manual está pensado para ayudar al profesional - psicólogo, sexólogo, etc. - en su labor didáctica o reeducativa con los pacientes. Las disfunciones sexuales son, en gran parte, producto de una cultura excesivamente cargada de prejuicios -mitos y tabús- que hacen de una función natural un objeto de represión o de alto rendimiento. La forma de hacer frente a esta inhabilitación de las respuestas instintivas humanas, producto de nuestra aculturación, requiere una labor educativa o, en su defecto reeducativa y en este sentido la labor terapéutica se

satisface en gran parte a través de una actuación pedagógica. En este trabajo el profesional encontrará en el *Manual Didàctic* un instrumento de gran ayuda.

Hay que agradecer, además, al editor de la obra la generosidad con que ha concebido la utilización de las fichas. El profesional puede reproducir sin limitaciones legales a través de fotocopias u otros medios aquellas fichas que considere útiles para apoyar su labor y puede, así mismo, entregar a los pacientes copias del cassette para los ejercicios correspondientes. Este valioso material didáctico se halla por el momento accesible al público en su versión catalana, pero está anunciada la edición castellana para el próximo año. El coste, por último, guarda una excelente relación calidad precio en este tipo de materiales.

Para quienes deseen información directa recomendamos dirigirse a :

MENSANA PUBLICATIONS,  
Apartat de Correus 437.  
17080-Girona.

Manuel Villegas

## NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán en un diskette flexible de 3.5 o 5.25 escritos con un procesador de textos 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.





