

MONOGRAFIES del:

Col·legi Oficial de Psicòlegs
del País Valencià



FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y PRÁCTICA CLÍNICA: DIVERSOS ENFOQUES.

Nº

1

- 1993

MONOGRAFIES DE:



Col·legi Oficial
de Psicòlegs • País Valencià

**FUNDAMENTOS TEÓRICOS
Y PRÁCTICA CLÍNICA:
DIVERSOS ENFOQUES**

Nº 1, 1993

Edita:

Col·legi Oficial de Psicòlegs del País Valencià
C/ Comte d'Olocau, 1
46003 VALÈNCIA

AÑO 1993

I.S.B.N. núm.: 84-600-8363-2

Depósito Legal: V-698-1993

Impresión:

Imprenta Llorens

Avda. Dr. Peset Aleixandre, 44. Valencia

SUMARIO

Prólogo	
<i>Francisco Santolaya Ochando</i>	5
Introducción	
<i>Javier Castillo Colomer</i>	
<i>M^a José García García</i>	7
Las terapias cognitivo-conductuales: Una segunda revisión	
<i>Francisco Bas Ramallo</i>	11
Psicoanálisis: De la clínica a la teoría y vuelta	
<i>María Cortell Alcocer</i>	61
Intervenciones sistémicas: El modelo de la teoría familiar fásica	
<i>Annette Kreuz y Carole Gammer</i>	83
Aproximación a la Gestalterapia	
<i>Elvira Pérez Aparicio</i>	105
La orgonterapia caracteranalítica desde una perspectiva reichiana post-reichiana	
<i>Xavier Serrano Hortelano</i>	135

PRÓLOGO

La edición de este monográfico viene a responder a dos de los compromisos adquiridos por la actual Junta Rectora del Colegio Oficial de Psicólogos del País Valenciano con todos los colegiados: aumentar la prestación de servicios y potenciar el trabajo y la intercomunicación de las comisiones y secciones profesionales que conforman las diversas áreas de intervención profesional, las cuales permiten que el COP-PV sea una institución dinámica, funcional y viva, en donde puede participar libremente todo psicólogo colegiado que así lo desee.

Este primer monográfico, también responde ideológica y estructuralmente a las diversas orientaciones existentes en el Área de Psicología Clínica y de la Salud.

El Área de Psicología de la Salud, representa una de las áreas más consolidadas de este Colegio Profesional, y estaba formada hasta hace pocos meses por las Secciones de Sexología y Planificación Familiar, Psicoanálisis y Terapia de Conducta, habiéndose visto enriquecida últimamente por la creación de dos nuevas secciones: la sección de Vegetoterapia Caractero-analítica y la sección de Terapia Familiar Sistémica.

El propósito de la presente monografía también es doble. Por una parte se pretende dar una visión global tanto teórica como práctica, de las diversas corrientes que conforman el panorama actual de la psicología clínica, permitiendo al lector una primera aproximación a dichas corrientes. Aproximación que en el tiempo podrá dar lugar a un conocimiento más profundo de dichas corrientes, ya que este monográfico, es el primero de una serie que el COP-PV va a editar y que permitirá conocer tanto las características de las distintas áreas de intervención profesional, como profundizar en ellas paulatinamente.

En segundo lugar, se ha pretendido dar forma a las inquietudes de profesionales, que alejados del mundo de la Universidad, trabajan día a día en la "praxis clínica", aumentando conocimientos teóricos y prácticos de gran valor para la actualización y cristalización de la Psicología Clínica, y que el COP-PV tiene tanto la obligación como a su vez la satisfacción de difundir.

Este primer número también representa un gran esfuerzo no sólo del Comité Editor del COP-PV, encargado de llevar adelante el proyecto, sino también de los coordinadores del monográfico, JAVIER CASTILLO y M^º JOSÉ GARCÍA, ya que sin su ayuda, hubiera sido del todo imposible llevar a cabo la ardua tarea que supone la edición de este monográfico.

Valga también el reconocimiento de esta Junta Rectora para los diversos autores que han participado desinteresadamente en este proyecto.

Francisco Santoyala Ochando
Presidente del C.O.P.-P.V.

INTRODUCCIÓN

El estudio teórico y su articulación a la práctica clínica, encuentra su coherencia en el interior de los grupos, donde se reúnen personas que comparten los mismos fundamentos teóricos. Por la interrelación teoría-práctica, surgen nuevas aportaciones y se producen avances teóricos que a su vez tienen incidencia en la práctica.

El terreno en el que un psicólogo clínico desarrolla su actividad está en movimiento permanente. En este monográfico se puede comprobar, que en cada uno de los diferentes enfoques se han producido avances respecto al punto de partida, avances que siempre han surgido desde la práctica.

Se puede decir que quienes han elegido una concepción teórica concreta por la que se puede dar cuenta de una práctica clínica, están en la "obligación" de hacer aportaciones, y enriquecer el cuerpo teórico tomado como referente. Tal "obligación" no resulta muy pesada, porque surge para cada uno como la "necesidad" de decir "algo más", y emerge en un momento preciso de la trayectoria personal y de confrontación a la actividad clínica desempeñada.

Alguien puede conocer en profundidad un enfoque teórico e incluso estar en condiciones de transmitir ese conocimiento enseñando a otros, pero difícilmente tendrá algo nuevo que aportar, ya que eso surge precisamente, cuando a partir de dificultades encontradas en la práctica se interroga a la teoría y, no encontrando una respuesta clara surge una elaboración teórica personal, la forma peculiar en que cada uno entiende la teoría y "algo más".

Por esa razón, en el interior de cada grupo existe el debate, la discusión, el cuestionamiento de determinados puntos, el estudio, las presentaciones de casos. Es también la razón de la necesidad misma de los grupos, donde se encuentran "pares" con los que poder contrastar la propia elaboración personal, a partir de la cual se plantea la necesidad de hacer una transmisión que muestre cómo se piensa y se trabaja hoy, desde un enfoque determinado.

Por lo expuesto hasta ahora, cabe plantearse una pregunta, ¿qué interés mueve a personas cuyos referentes teóricos y prácticas clínicas presentan diferencias tan notables, a llevar a cabo una actividad común?

Se trata fundamentalmente de cubrir un espacio; aquél que permita a quienes no conocen las distintas perspectivas actuales por las que se puede ejercer una práctica clínica, tener una primera aproximación a ellas. Posibilitar una elección, una toma de posición teórica a partir de la cual pueda plantearse, para un futuro, una práctica clínica determinada.

Quienes han elegido un ejercicio profesional en el campo de la Psicología Clínica, están en condiciones de mostrar: qué hacen, por qué lo hacen y cómo lo hacen.

Este monográfico que plantea una primera aproximación, fundamentalmente teórica, dará paso a otros en los que se concretarán las distintas formas de abordar en la práctica clínica, aquellas cuestiones, que por acarrear cierto sufrimiento, mueven a alguien a dirigirse al psicólogo clínico.

Los coordinadores del monográfico:

Javier Castillo

(Psicólogo Clínico, especialista en
Vegetoterapia-Characteroanálisis)

María José García García

(Psicóloga Clínica, Psicoanalista)

EVALUACIÓN CRÍTICA Y ESTUDIO DE RESULTADOS
DE LAS TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Francisco Bas Ramallo

Centro de Psicología Bertrand Russell (Madrid)

EVALUACIÓN CRÍTICA Y ESTUDIO DE RESULTADOS DE LAS TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Francisco Bas Ramallo

Centro de Psicología Bertrand Russell (Madrid)

1. Introducción.
2. Nuevos comentarios a los orígenes de la TCC.
3. Breve presentación de algunas modalidades de TCC.
4. Algunos aspectos teóricos de la TCC:
 - 4.1. El problema de lo cognitivo.
 - 4.2. Supuestos generales mayoritariamente compartidos.
 - 4.3. Diferencias básicas.
5. Estudio de resultados de las TCC.
6. Comentarios finales.

1. Introducción

Hace once años llevamos a cabo una revisión crítica de las terapias cognitivo-conductuales (TCC) que fue publicada un año más tarde (Bas, 1981). Tratamos de dar en aquel entonces una visión general, pasando revista a los precursores y autores más representativos, los problemas y las escuelas que habían facilitado la aparición de esta corriente, su conexión con otros sistemas de terapia, los factores comunes y las diferencias que mantenían las distintas orientaciones dentro de la TCC, los procedimientos terapéuticos más frecuentes, las teorías del cambio sostenidas por los principales investigadores y algunos resultados en las terapias. En este segundo trabajo tratamos de matizar, ampliar y actualizar algunos de esos temas, aportando nuestro propio punto de vista cuando lo consideramos oportuno. Creemos que la lectura de los dos trabajos resulta complementaria, ya que si bien el primero trataba de reflejar esencialmente lo sucedido durante las décadas de los sesenta y setenta, en este otro señalamos las evoluciones de aquellos primeros trabajos y nuevas aportaciones habidas durante la década de los ochenta. Tras analizar el problema de lo cognitivo presentamos un modelo de siete puntos que trata de reunir los aspectos comunes de

las distintas orientaciones. Las diferencias básicas entre ellas y una breve exposición de los estudios de resultados en ansiedad y depresión se exponen a continuación. Finalizamos con un conjunto de recomendaciones que nos parecen convenientes de cara a futuros desarrollos.

2. Nuevos comentarios a los orígenes de la TCC

En nuestro trabajo anterior ya señalábamos algunos factores históricos que facilitaron el desarrollo posterior de la TCC. Muchas investigaciones han tratado, desde aquellas fechas, de profundizar y matizar en otros factores complementarios (véanse, por ejemplo, Dobson y Block, 1988; Kendall y Bemis, 1983; Kendall y Kriss, 1983). Junto a la inadecuación experimental del modelo E-R no mediacional para explicar la conducta humana, el debate abierto por Breger y McGaugh (1965) y la especial difusión en el mundo occidental de las críticas de Chomsky (1959) a Skinner (1957) (temas que comentamos con cierta extensión en nuestra primera revisión), podríamos añadir estos otros factores:

a) La crítica de los fundamentos empíricos de la eficacia del psicoanálisis (Eysenck, 1969; Luborsky, Singer y Luborsky, 1975; Rachman y Wilson, 1971); no debe resultarnos extraño el hecho de que dos de los pioneros de la TCC, Ellis y Beck, después de haber sido psicoanalistas expresaran públicamente su insatisfacción por esta orientación (Beck, 1967; Ellis, 1973).

b) La al menos aparente irrelevancia de tratar de modificar con métodos no cognitivos al ser supuestamente más cognitivo de todos: el ser humano. Resulta paradójico pensar que la actividad más intensa y frecuente con que se encuentra diariamente una persona, que ocupa todo su día y gran parte de su noche resulte irrelevante para favorecer su cambio. Los psicólogos semántico-cognitivos de la época así lo veían (Rotter, Kelly, Allport, etc.).

c) La separación entre cognición y conducta parece artificial y fenomenológicamente incomprensible (recordemos el intento de Day, 1969, de reconciliar fenomenología con conductismo radical). Rompe la impresión natural y directa que se experimenta al observar la relación entre nuestros pensamientos y deseos y la conducta que movilizamos. La relación entre uno y otro aspecto parece contingente causal o funcionalmente. Descalificar el papel de lo cognitivo deja al sujeto en un mar de confusiones y desarmado frente al medio omnipotente. Además, si entre cognición y conducta no existía relación, si a través de las cogniciones no podíamos modificar la conducta, ¿cómo era posible que aquéllas cambiaran modificando sólo la conducta manifiesta? Algún nexo de unión debía existir.

d) El desarrollo de un número de constructos mediacionales bien definidos conceptual y operativamente, tanto a nivel de la psicología cognitiva (Neisser, 1967; Paivio, 1971) como de la clínica (Lazarus y Alfert, 1964; Lazarus, 1966; Cautela, 1969; Lazarus y Averill, 1972; Stuart, 1972; Goldfried y Merbaum, 1973; Mahoney y Thoresen, 1974; Rachlin, 1974), con especial hincapié en el papel mediador de lo cognitivo en las respuestas de ansiedad (recordemos el reto que significaba la eficacia demostrada de la desensibilización sistemática, con las imágenes como núcleo básico de trabajo, a los paradigmas clásicos de aprendizaje operante) y el auto-control.

No debemos olvidar los trabajos esenciales de Bandura (1969, 1977) y Bandura y Walters (1963) sobre el papel de los factores cognitivos en el aprendizaje vicario y el desarrollo operativo de conceptos como el de auto-eficacia.

Además, a lo largo de la década de los setenta los modelos del procesamiento de la información inician sus primeras investigaciones de los constructos clínicos (Peterfreund y Schwartz, 1971; Hamilton, 1979; 1980; Neufeld y Mothersill, 1980). Todos estos factores movilizaban recursos humanos y técnicos hacia áreas de investigación distantes de los paradigmas clásicos y tradicionales de aprendizaje.

e) El papel jugado por los primeros desarrollos de las teorías de la cognición social, la psicología social experimental y de la personalidad y su evolución posterior. Los modelos teóricos que a lo largo de la década de los setenta se fueron haciendo más y más experimentales sobre el papel de la auto-atención (Wicklund y Duval, 1971; Wine, 1971; Duval y Wicklund, 1972; Davis y Brock, 1975; Scheier, 1976; Brockner y Hulton, 1978; Gibbons, 1978; Carver, 1979; Hull y Levy, 1979), colocaban el énfasis en el estudio empírico de la relación entre ciertos constructos estrictamente cognitivos (auto-conciencia, auto-atención) y diversos repertorios de respuesta de los sujetos (ansiedad, ira, nivel de ejecución, cambio de expectativas, relaciones entre atención y grupo social, etc –para ver una revisión extensa de estos temas puede consultarse Bas, 1991–). Como hemos defendido recientemente en el trabajo anteriormente citado, determinados procesos cognitivos podrían generar efectos (sobre los contenidos cognitivos auto-atendidos) **funcionalmente** similares a los que experimenta la conducta manifiesta ante la atención externa recibida.

De esta manera ganaría fuerza la hipótesis de continuidad entre lo ambiental y lo cognitivo, ahondando en su equipotencialidad funcional. En la revisión anterior de las terapias cognitivo-conductuales (Bas, 1981), señalábamos que “una concepción operante mediacional es el objetivo de nuestras reflexiones actuales...” (p. 107). Si posteriores trabajos apoyasen esta hipótesis, las investigaciones reseñadas más arriba cobrarían un interés adicional de cara a una explicación más integrada de la conducta humana desde una perspectiva cognitivo-conductual-social. Los trabajos pioneros ya pudieron entrever esta relación (Wicklund y Duval, 1971; Duval y Wicklund, 1972, etc.).

f) La aparición de un **zeitgeist** que atraía la atención de numerosos investigadores y clínicos. Esta situación fue reforzada al empezar a pronunciarse públicamente como cognitivo-conductuales un conjunto importante de psicólogos y psiquiatras (Ellis, 1962, 1970; Beck, 1967, 1970; Cautela, 1967, 1969; Meichenbaum, 1973, 1977; Mahoney, 1974; Mahoney y Thoresen, 1974). La audiencia ante la nueva orientación se amplió sustancialmente ante la aparición de la revista **Cognitive Therapy and Research**, editada por Michael Mahoney en 1977 desde el Departamento de Psicología de la Universidad del Estado de Pensilvania. Se trataba de una revista cuatrimestral cuya función principal era “estimular y comunicar la investigación y la teoría sobre el papel de los procesos cognitivos en la adaptación y el ajuste humano. Intenta integrar diversas áreas de la psicología, tales como clínica, consejo, experimental, cognitiva, comunitaria, social, teorías de la personalidad, auto-regulación, fisiología, biofeedback, filosofía y psicología de la ciencia” (ver la contraportada de la revista). Como vemos el enfoque era (y sigue siendo, ya que la revista se sigue publicando) claramente interdisciplinario, si bien con una marcada predilección por los trabajos experimentales.

g) El último campo que vamos a citar desde el que se obtuvieron conclusiones favorables al desarrollo de la orientación cognitivo-conductual procede del área de los estudios de resultados de la terapia. Si bien la primera revisión de Ledgewidge (1978), que contemplaba 13 estudios, no dio ventajas a la terapia cognitivo-conductual frente a la terapia de conducta "pura", ni a la inversa, una serie de críticas pusieron en tela de juicio tanto la calidad del estudio (por ejemplo, se había realizado sólo con poblaciones análogas) como la pretendida generalización de los resultados (Mahoney y Kazdin, 1979). Los críticos vieron como "prematuras" las conclusiones de Ledgewidge. Desde entonces y en parte debido al desarrollo de las técnicas meta-analíticas de evaluación de resultados (Glass, 1976), gran número de estudios han demostrado que las terapias cognitivo-conductuales son clínicamente eficaces (Smith y Glass, 1977, 1980; Shapiro y Shapiro, 1982; Dush, Hirt y Schoroeder, 1983; Miller y Berman, 1983; Baker y Wilson, 1985; Berman, Miller y Massman, 1985; Simons, et. al., 1986; DeRubeis y Beck, 1988; Dobson, 1989), si bien su superioridad generalizada sobre la terapia de conducta, como era de esperar, no se ha demostrado (Miller y Berman, 1983; Berman, Miller y Massman, 1985). De cualquier modo, en uno de los estudios de resultados más extenso y completo (Smith y Glass, 1977, 1980), en donde se agruparon 475 estudios, con un total de 25.000 sujetos, los resultados señalaron que el 80% de los sujetos tratados experimentaron una mejoría significativamente mayor que los sujetos controles. Es decir, las psicoterapias, en general, funcionan y ayudan eficazmente a los sujetos a superar sus problemas. Pero cuando se evaluó la amplitud del efecto de la terapia según la **técnica** utilizada, se pudo apreciar que el tamaño del efecto con la Terapia Cognitiva (en especial la RET de Ellis) era de .77, sólo superado por la Desensibilización Sistemática (.90). El tamaño del efecto se calculaba restando a la media del grupo tratado la media del grupo control y dividiéndolo por la desviación típica del grupo control.

Las técnicas generales de modificación de conducta ofrecieron un efecto de .76 y la Implosión de .64. Después aparecían las terapias rogerianas (.63), psicoanalíticas (.59) y guesálticas (.26).

En definitiva, las técnicas cognitivas "puras" quedaban casi a la altura de la técnica probablemente más experimentada de todo el repertorio conductual desde su invención por Wolpe en 1954. En cambio esta técnica tiene como objetivo central de trabajo uno claramente cognitivo: las imágenes (¡y su significado! ¡cómo podríamos separarlo!). En definitiva, y aunque el autor de la técnica interprete los mecanismos de acción desde el principio de Inhibición Recíproca, lo cierto es que los mejores resultados apuntaban a la primacía de las "técnicas que dan prioridad a los **objetivos cognitivos** (D.S. y Terapia Cognitiva) a la hora de obtener buenos efectos terapéuticos. Las críticas de Rachmann y Wilson (1980) al trabajo de Smith y Glass aunque en apariencia pertinentes no se han visto refrendadas por el desarrollo teórico de los estudios de meta-análisis (para una introducción a estos temas puede consultarse en castellano el trabajo de Gómez Benito, 1987).

Pero si para algunos, y a nivel global, el papel específico de lo cognitivo en la terapia pudiera no ser evidente, su función en el tratamiento de algunas disfunciones particulares parece obvio y bien fundado empíricamente. Por ejemplo en el tratamiento de la depresión existe una abundantísima bibliografía de estudio de resultados, que comentaremos más extensamente en un apartado posterior, en donde en estudios controlados se compara las terapias cognitivo-conductuales con las farmacológicas, terapia

de conducta, habilidades sociales, placebos, etc., resaltándose su eficacia diferencial (por ejemplo, el reciente meta-análisis de Dobson, 1989). También se dan efectos diferenciales positivos en el tratamiento de la ansiedad generalizada, etc.

La diferencia entre las prácticas de los terapeutas de conducta, de los terapeutas cognitivos y la de los terapeutas cognitivo-conductuales es con frecuencia demasiado débil como para permitir que aparezcan gruesas diferencias de resultados (una buena discusión de este tema podemos encontrarla en la revisión de Wilson y col., 1983). Si bien cada uno puede atribuir los cambios terapéuticos a factores distintos (cogniciones, medio, etc.), lo cierto es que en la realidad del sujeto paciente estos factores interactúan entre sí, de manera que un cambio sustancial en uno de ellos deja su efecto sobre los otros, generando efectos globales que con demasiada frecuencia no pueden atribuirse a factores únicos y aislados y sí más bien a complejas interacciones funcionales entre muchos de ellos a lo largo del tiempo. En los apartados 4.2 y 6 volvemos a analizar este importante tema.

En definitiva, un amplio conjunto de fenómenos y circunstancias han propiciado la aparición y posterior evolución de la terapia cognitivo-conductual (p. ejem. no incluimos el poderosísimo efecto creado por el desarrollo del paradigma del procesamiento de la información y la revolución informática subsiguiente), y sólo teniendo en cuenta todos estos factores (y otros extra-psicológicos que no podemos comentar por falta de espacio, de carácter político, social, etc.) podríamos acercarnos a una cabal comprensión de este complejo proceso.

3. Breve presentación de las distintas modalidades de TCC

Vamos a tratar de dar un breve perfil de las principales tendencias que se han ido desarrollando a lo largo de los años, siguiendo un orden cronológico aproximado.

Terapia Racional-Emotiva (A. Ellis)

Los supuestos básicos acerca del origen, mantenimiento y cambio de las perturbaciones emocionales en los seres humanos apenas se han modificado en el pensamiento de Albert Ellis desde su primera publicación importante allá por 1961 (Ellis y Harper, 1961). A lo largo de más de 500 artículos y casi medio centenar de libros, el autor ha desplegado un tesón, una imaginación y unas habilidades de persuasión que deberían permitirle acceder al título de máximo gimnasta intelectual de este siglo, quizá sólo compartido con Bertrand Russell, precisamente uno de sus principales maestros. No nos extrañó la afirmación de Wessler y Wessler (1980) cuando señalaron con rotundidad que "el corazón de la RET se puede caracterizar como la aplicación de la filosofía de Russell" (p. 3). Pero este título trata de ser un elogio sincero y profundo a una vida entregada a una vocación intelectual y profesional difícilmente igualables. Cuando el autor de estas líneas trató de polemizar con A. Ellis en un congreso de Psicología, allá por 1982, recibió como respuesta un vapuleo, una descalificación global de sus argumentos y casi de su persona. Rotundo, aplastante, irónico. Recordaba un "absoluto"... Pero no era verdad. Fue toda una lección del "buen hacer" racional-emotivo. No importaban mis argumentos. El los utilizaba como un pretexto para generar un ambiente que obligase a los presentes a encarar sus propias dificultades emocionales: el ridículo,

la vergüenza, la ira. El enseñaba generando situaciones "in vivo" de malestar, provocando a los presentes, a fin de que cada uno pudiese replicar interiormente los procesos y habilidades que él trataba de enseñar, y pusiera en marcha los recursos de reestructuración que señalaba como idóneos. Y todo esto lo hacía perfectamente. Estaba acostumbrado a trabajar con grupos terapéuticos formados por cientos de personas. Salí del congreso encantado por la forma y el fondo del modo de hacer del Sr. Ellis.

Quizás la variación más importante que pueda haber experimentado su modelo se refiera al esquema ABC. Como recordaremos, inicialmente A representaba un conjunto de factores antecedentes (esencialmente externos) que, en contra de lo que se suele creer, no desencadena, según Ellis, las respuestas cognitivas, emocionales o conductuales representadas por la letra C. La tesis de Ellis consistía en señalar que tales respuestas venían siempre mediadas por el sistema de creencias del sujeto acerca de A, que estaba representado por la letra B. Y era este conjunto de creencias B el que en verdad determinaba a C (Ellis, 1958, 1962). El modelo era pues bastante sencillo y de naturaleza lineal y causal.

Como consecuencia de las revisiones y críticas del modelo (Bernard, 1980; Diekstra y Dassen, 1979; Eschenroeder, 1982; Wessler, 1982, 1984; Wessler y Wessler, 1980), el autor ofreció una reformulación (Ellis, 1984). Wessler y Wessler (1980), en base a la teoría de las emociones de Plutchik (1980) habían extendido el modelo ABC incluyendo complejas interacciones entre los niveles cognitivo, emocional y conductual. Concretamente señalaban la presencia de nueve pasos que podían estar secuenciados más o menos en el siguiente orden: 1) Estímulos (manifiestos o encubiertos); 2) Conciencia de los estímulos; 3) Descripción de los estímulos; 4) Interpretación no evaluativa de la descripción; 5) Evaluación de la descripción y de la interpretación; 6) Respuesta emocional en base a la interpretación evaluativa; 7) Respuesta conductual, usualmente congruente con la respuesta emocional; 8) Consecuencias funcionales de la conducta, especialmente reforzadores sociales; 9) Decisiones para pensar y especialmente para actuar de manera a veces inconsistente con las propias respuestas emocionales. En definitiva, Wessler (1984) concluye sintetizando que hay tres objeciones a la teoría ABC. La primera que es demasiado simple y omite información crítica acerca de la conducta interpersonal, los reforzadores y la toma de decisiones personal. La segunda, que la A de la teoría ABC es ambigua. La tercera, que hay problemas lógicos con el significado de B. Ellis (1984, 1987), en la nueva reformulación, señala que las A no existen en estado puro, interactúan unas con otras e incluyen parte de B y C. Además las personas ponen parte de sí mismas en los A (sus metas, pensamientos, deseos y tendencias fisiológicas); pueden ser acontecimientos corrientes o la conducta, sentimientos o pensamientos de la propia persona ante esos hechos..." pero se hallan envueltos en recuerdos o pensamientos (**conscientes o inconscientes**) de experiencias pasadas" (Ellis, 1987, p. 8). Hemos subrayado en negrilla el término inconscientes a fin de señalar el carácter generalizador que adquiere la nueva conceptualización de las A. Además, la gente ve o experimenta la A a la luz de sus creencias (expectativas, evaluaciones) y también a la luz de sus consecuencias emocionales (C). Por tanto, los seres humanos nunca experimentan las A sin las B y las C.

Aun cuando hay muchos tipos de B, a la RET le interesan especialmente las creencias racionales, que conducen a conductas de auto-ayuda y las irracionales que conducen a conductas auto-destructivas (y destructivas de la sociedad). Pueden ser ob-

servaciones, descripciones y percepciones neutras por un lado, y evaluaciones, inferencias y atribuciones positivas o negativas por otro. A su vez, estas últimas pueden ser cogniciones “acaloradas” o “ardientes” según el carácter absoluto con el que se mantengan.

Las consecuencias C se derivan de la interacción entre A y B. En los trastornos emocionales, la C está influida o causada por B, en cambio algunas A importantes (guerras, terremotos, pobreza extrema, enfermedades, etc.) podrían determinar poderosamente a C.

De todas esas consideraciones, y en base al esquema interactivo que se presenta entre los tres componentes del modelo, parece deducirse que ahora podría estar más justificado dirigir las estrategias de intervención hacia A o C (al menos en un número de casos), en vez de insistir, como se hacía antes, casi exclusivamente hacia B. Por otro lado, es claro que el modelo si bien ha ganado en precisión ha perdido parte de la sencillez y de ingenua claridad que originalmente tenía.

Otra novedad a principios de esta década consiste en la presentación por el autor (Ellis, 1980) de las principales diferencias entre la RET y las terapias cognitivo-conductuales. Digamos que si bien hay algunas diferencias instrumentales de matiz, las esenciales son filosóficas, en el sentido de que la RET busca unos objetivos en el individuo que constituyen lo que podríamos llamar el fundamento de su salud psicológica, y que si no se alcanzan se concluye que la terapia no ha logrado sus metas más genuinas. Estas creencias básicas, de carácter filosófico, serían: interés hacia sí mismo, interés social, autodirección, alta tolerancia a la frustración, flexibilidad, aceptación de la incertidumbre, comprometerse en ocupaciones creativas, pensamiento científico, auto-aceptación, asumir riesgos, hedonismo a largo plazo, anti-utopía y asumir la propia responsabilidad de nuestras alteraciones emocionales. La lucha contra el pensamiento dogmático y el supuesto de que la irracionalidad tiene su mejor apoyo en lo biológico, constituyen dos pilares de los que Ellis no parece estar dispuesto a renegar, manteniendo a pesar de ello una imagen optimista sobre las capacidades del ser humano para luchar contra estas tendencias (Ellis, 1985).

Debemos celebrar la difusión en España, durante la década de los ochenta, de algunos de los trabajos más importantes de este autor, en especial por parte de la editorial DDB de Bilbao.

Terapia Racional de la Conducta (M. Maultsby)

De este autor sólo deseamos subrayar que aunque poco citado (casi siempre por Ellis), y ausente de las evaluaciones normales de resultados de las distintas terapias por considerarse que las estrategias de intervención son muy similares a las de Ellis, merecen mencionarse un par de observaciones. En primer lugar, para Maultsby el fundamento de la salud mental (y especialmente emocional) no reside tanto en el mantenimiento de postulados filosóficos cuanto en un estilo de auto-estimulación emocional a través de verbalizaciones y auto-verbalizaciones adecuadas generadas en el hemisferio izquierdo, que precipitan estados emocionales placenteros a través de su impacto sobre el hemisferio derecho. Ser conscientes del ABC a través de procedimientos como el auto-análisis racional, la imaginación racional-emotiva, la práctica conductual.

y las técnicas de relajación posibilitan la salud emocional y el auto-control conductual. Los fundamentos de la perturbación emocional están basados, pues, más en consideraciones neuropsicológicas y de las teorías del aprendizaje que en postulados filosóficos, aunque comparte con Ellis su interés terapéutico por desmontar los **absolutos**, los **necesito**, los **debería**.

En segundo lugar señalar que el autor considera que la RBT es una terapia cognitivo-conductual ideal porque posee cada una de las seis características que identifican a toda psicoterapia ideal (Maultsby, 1984): "1) es comprensiva, 2) a corto plazo, 3) inter-cultural, 4) libre de drogas, 5) produce resultados a largo plazo y 6) las técnicas de auto-ayuda utilizadas en la RBT... ofrecen... a la gente programas preventivos de salud mental masivos, efectivos y económicos." (p. 10). Creemos que el trabajo de Maultsby debería recibir más atención, ya que posee ingredientes modernos y variados (papel de los hemisferios, teorías del condicionamiento, racionalidad) que lo convierte en buen candidato para la aplicación clínica y la evaluación experimental.

Terapia Cognitiva (A.T. Beck)

Beck señala en 1976 las insatisfacciones que le llevaron a alejarse del método psicoanalítico. Ya desde finales de los cincuenta, la reinterpretación del significado de los sueños de sus clientes y la observación del papel que las cogniciones podían jugar en la depresión, en contraste con el carácter secundario que le daba la interpretación psicoanalítica, le llevaron a una reformulación de los trastornos emocionales y más específicamente de la depresión en primer lugar y de la ansiedad más tarde (Beck, 1967, 1976; Beck, et. al., 1979; Beck, 1983; Beck et. al., 1986).

Para él, si bien la etiología de la depresión (y de las perturbaciones emocionales en general) es multicausal, los factores cognitivos juegan un papel esencial en el mantenimiento de los síntomas y posibilitan las recaídas y la aparición de nuevos episodios depresivos a través de la interacción con factores estresantes. Así, en interacción con otros elementos pueden actuar como auténticos factores de riesgo y vulnerabilidad. Actualmente los denominamos macadores de vulnerabilidad específicos pueden ser esquemas, actitudes disfuncionales, estilos de atribución o atencionales (ver Ingram, 1991). Y esto es válido tanto para la depresión como para la ansiedad, la ira, la manía o las respuestas paranoides (Beck, 1976, 1983; Beck et. al. 1986). La especificidad cognitiva de las alteraciones amocionales cuenta ya con soporte empírico importante (para una revisión puede consultarse Bas, 1991).

Desde un principio, Beck observa en el estilo cognitivo del depresivo pautas estándar de alterar la información que recibe. Distorsiona de un modo típico los mensajes que recibe y su percepción de los fenómenos. Falla también de manera típica a la hora de establecer inferencias desde los hechos o desde otros supuestos. A partir de ahí, Beck establece una tipología de errores en el procesamiento de la información, o **distorsiones cognitivas** que facilitan el mantenimiento de ciertos **esquemas cognitivos** desadaptativos, irracionales o empíricamente no válidos (Beck, 1963, 1976; Bas, 1987). Estos esquemas van a ser sentencias lacónicas, "contratos personales" (como gusta llamarles el autor) de las que el sujeto puede no ser consciente y que determinan el significado y la coherencia interna de las respuestas cognitivas del sujeto. Su expresión más directa, el modo principal a través del cual se van a manifestar esos

esquemas va a ser a través de ese tipo especial de pensamientos que surgen súbitamente, espontáneamente, cada vez que nos sentimos mal y que Beck llamará **Pensamientos Automáticos**. De ahí que la exposición gradual a las situaciones problemáticas sea un requisito esencial para el tratamiento ya que posibilita el acceso al conocimiento de los esquemas no adaptativos. Estos pensamientos (o imágenes) se caracterizan por su fugacidad (lo que les hace pasar desapercibidos la mayor parte de las veces e impide captar su papel funcional), verosimilitud (hasta el punto de que el sujeto los identifica con la realidad misma, siendo incapaces de ponerlos en duda antes de haber sido entrenado) y automaticidad, es decir el sujeto se los encuentra involuntariamente en el flujo de su conciencia sin que haya hecho nada para provocarlos deliberadamente. Los esquemas se infieren a través del registro continuado de esos pensamientos automáticos, de la observación de la propia conducta, de la forma con la que el sujeto interpreta su historia, etc. Una vez determinados y validados éstos, podemos iniciar la **reestructuración cognitiva** que tiene como piedra angular las **pruebas de realidad**, es decir la búsqueda activa de evidencias empíricas y fundamentos lógicos y adaptativos para el mantenimiento de esos supuestos básicos.

En el caso de la depresión, estos esquemas hacen referencia a una visión negativa del pasado, de las circunstancias actuales y del futuro del sujeto (la llamada **tríada cognitiva**) presentando una estabilidad temporal, nivel de credibilidad y articulación interna elevados (De Veiga, 1990; Beckham et. al., 1986; Blackburn, 1988). En la medida en que la depresión es más severa, esta tríada de esquemas controlan e influyen sobre un número creciente de procesos, contenidos y productos cognitivos. Algunas reformulaciones cognitivas recientes hechas en base al modelo de redes cognitivo-emocionales de Bower (1981), tales como las de Teasdale (1983) o Ingram (1984), llegan a la misma conclusión respecto al impacto de esquemas cognitivos negativos de carácter insidioso (Ingram y Wisnicki, 1991).

En 1983, tratando de evaluar los supuestos de Bowlby (1969) sobre los orígenes de la depresión, Beck desarrolla un modelo complejo acerca de la personalidad característica de la persona depresiva, clasificándola en dos categorías esenciales: los dependientes y los autónomos. El primero describe un tipo de persona cuya dependencia social es básica. Su meta es ser querida y aceptada por las personas significativas de su entorno. La pérdida de esos vínculos (en un sentido muy cercano al de Bowlby) es la fuente más probable del episodio depresivo, constituyendo además un factor de vulnerabilidad. Para el otro tipo de personalidad depresiva, el autónomo, lo esencial reside en la posibilidad de obtener sus metas y objetivos. Cuando éstas se hacen imposibles y el sujeto queda bloqueado, puede surgir la respuesta depresiva. Se describen, para cada uno de los dos tipos, un conjunto amplio de características ante distintas problemáticas y situaciones (incluida la situación terapéutica), así como el diseño de instrumentos de evaluación e intervención específicos (información adicional podemos encontrarla, p. ejem., en Bas y Andrés, en prensa).

En definitiva, la terapia cognitiva, que va más allá de un conjunto de procedimientos y técnicas para tratar la depresión, llegando de hecho a constituirse en un modelo general de la psicopatología, tiene como objetivo instaurar en el cliente un conjunto de supuestos básicos más realistas, que le permitan hacer inferencias y evaluaciones de los sucesos vitales más adecuados a sus objetivos. El diseño del tratamiento incluye implicarse en experiencias de aprendizaje específicas a fin de que, siguiendo a Kendall

y Bemis (1983), el cliente aprenda: 1) a observar y registrar sus pensamientos automáticos, 2) a reconocer las relaciones entre pensamientos, afectos y conductas, 3) a probar la validez de los pensamientos automáticos, 4) a sustituir los pensamientos distorsionados por cogniciones más realistas, 5) a identificar y a saber alterar las creencias o supuestos básicos que predisponen al individuo a implicarse en patrones de pensamiento inadecuados.

Los trabajos de Beck en los últimos años se han ampliado a campos nuevos, como el de la pareja (Beck, 1988), y ha extendido sus investigaciones sobre suicidio (Beck, 1986), evaluación de la personalidad depresiva (Beck, 1982; Beck y col., 1983), ansiedad y respuestas fóbicas (Beck et. al. 1986).

Sus estudios han favorecido la creación de un voluminoso campo de investigación clínica y experimental acerca del papel de lo cognitivo en las psicopatologías. Los estudios de resultados se han publicado por decenas y al final del presente trabajo, cuando tratemos de resumir los principales estudios de resultados de las terapias cognitivo-conductuales, presentaremos una breve panorámica sobre la depresión.

Entrenamiento en Auto-instrucciones e Inoculación de Estrés (D. Meichenbaum)

El modo en el que las auto-verbalizaciones afectan a la conducta ha sido objeto de estudio desde hace mucho tiempo (por ejemplo, Murray, 1938; Luria, 1959, 1961; Kelin, 1963; Jensen, 1966; Bem, 1967; Kohlberg et. col., 1968; Galperin, 1969; Mahoney, 1974; Bas, 1987). De manera que cuando Meichenbaum llevaba a cabo las observaciones correspondientes a los experimentos para su tesis doctoral (Meichenbaum, 1969), ya existía un cuerpo importante de conocimientos al respecto. Este investigador pudo observar casualmente que los esquizofrénicos que se daban a sí mismos "mensajes saludables" rendían mejor en las tareas que se les proponían y se distraían menos que el resto del grupo. Desde entonces el estudio de las relaciones entre auto-verbalizaciones y conducta se convirtió en objeto permanente de sus trabajos (Meichenbaum, 1969, 1972, 1973, 1977, 1983, 1985; Meichenbaum y Goodman, 1969 a, b, 1971; Meichenbaum y Cameron, 1973; Meichenbaum y Jaremko, 1983). Su aplicación al campo del enfrentamiento al estrés ha representado una de las líneas de investigación y aplicación clínica más prometedoras de los últimos veinte años. La versión aplicada de las AI (auto-instrucciones) se inició con el diseño de un programa para mejorar los déficit mediacionales de los niños impulsivos (Meichenbaum y Goodman, 1969 a, b, 1971). Se trataba de re-entrenar en el modo natural de aprender a controlar la conducta a través del lenguaje tal y como lo habían señalado antes psicólogos rusos tales como Luria (1959, 1961) y Vygotsky (1962). Concretamente, Luria (1961) ha sugerido tres etapas en la evolución de este proceso. Inicialmente, entre los dos y tres años, la actividad del niño se encuentra controlada por las instrucciones y reacciones de los agentes externos (padres, maestros, etc.). Posteriormente, entre los cuatro y cinco años, comienza a regular algunas de sus propias acciones a través de auto-verbalizaciones audibles. Finalmente, entre los seis y los siete años, el habla privada llega a ser dominante y asume el control voluntario de la conducta. De acuerdo a estos procesos, los objetivos para el tratamiento son cuatro (Meichenbaum y Goodman, 1971): 1) entrenar al niño impulsivo a generar señales verbales de auto-control y

responder a ellas de manera apropiada, 2) fortalecer las propiedades mediacionales del habla interior del niño a fin de traer su conducta bajo su propio control verbal, 3) vencer algunas deficiencias mediacionales o de producción o de comprensión y 4) animar al niño a auto-reforzar su conducta de manera apropiada.

De acuerdo a los objetivos anteriores y a las observaciones de Luria (1959) sobre los niños hiperactivos, los autores diseñaron un procedimiento de **entrenamiento** en AI que constaba de las cinco fases siguientes: 1) un adulto (modelo) desarrolla una tarea mientras habla consigo mismo en voz alta; 2) el niño ejecuta la misma tarea bajo las instrucciones del modelo; 3) el niño realiza la tarea dándose instrucciones a sí mismo en voz alta; 4) la vuelve a repetir dándose las instrucciones en voz baja a medida que va realizando la tarea; 5) el niño trabaja mientras guía su ejecución a través del **lenguaje interiorizado**. Durante la tarea, el tipo de auto-instrucciones que se emitían incluía los siguientes tipos: 1) preguntas acerca de la naturaleza y demanda de la tarea; 2) respuestas a las preguntas en forma de ensayo cognitivo; 3) auto-instrucciones en forma de auto-guía mientras ejecuta la tarea y 4) auto-reforzamiento. Los resultados encontrados fueron superiores a los de los grupos placebo y de no tratamiento en una serie de medidas. Posteriores desarrollos del programa señalaron la conveniencia de que el modelo dispusiese de ciertas habilidades y de que se cuidaran determinadas observaciones prácticas (ver estas aclaraciones en Bas, 1987, ps. 160 y 161).

Una extensión del estudio de las AI ha sido el desarrollo y profundización del papel de las **metacogniciones** en el cambio de conducta, esa "... habilidad por medio de la cual la persona que está aprendiendo maneja su propia conducta de pensar..." (Gagné y Briggs, 1974). Meichenbaum y Cameron (1980) señalaron diez recomendaciones para mejorar los programas de AI con el uso de metacogniciones y técnicas operantes (especialmente el coste de respuesta). Los comentarios sobre estas recomendaciones pueden verse ampliados en nuestro trabajo anteriormente señalado.

Pero una aplicación muy importante de las AI ha sido el desarrollo de paquetes de entrenamiento para el manejo del estrés. Su programa de inoculación de estrés, SIT, diseñado inicialmente con Cameron (Meichenbaum y Cameron, 1972) ha ido experimentando sucesivos cambios y matizaciones con el tiempo conforme sus áreas de aplicación se hacían más amplias y se mejoraban sus resultados (Meichenbaum, 1977, 1983, 1985). En la actualidad, la lista de poblaciones que se han beneficiado de alguna modalidad del SIT es al menos de 48, citándose casi un centenar de investigaciones que avalan la bondad de su eficacia (Meichenbaum, 1985, ps. 38, 39 y 40 de la traducción española). La ira, la ansiedad, las fobias, las reacciones de estrés, la prevención de problemas de carácter médico (operaciones, extracciones dentales, etc.), problemas relacionados con la salud (dolores, pacientes cancerosos, artríticos, reumatoides, quemados, etc.), estudios de dolor análogo en laboratorio, poblaciones víctimas (violaciones, ataques terroristas) y una amplia variedad de grupos profesionales (enfermeras, psicólogos escolares, maestros, policías, paracaidistas, submarinistas, atletas, etc.), ofrecen un panorama rico y fructífero de la aplicación de estos procedimientos.

Lo primero que llama la atención es la capacidad del programa de adaptarse a muchos objetivos y problemáticas distintos. Como se indicó originalmente (Meichenbaum, 1977), el procedimiento del SIT típicamente incluye tres fases: 1) una primera etapa de carácter educacional (o de conceptualización, como le gusta llamar ahora a Meichenbaum, 1985), en donde se le ofrece al cliente una estructura conceptual desde

la que puede comprender (de un modo distinto a como lo ha hecho hasta ahora) sus reacciones estresantes; en un principio, la teoría de Schachter (1964) sobre las emociones y la de Melzack y Wall (1965) sobre el dolor eran muy utilizadas para ubicar las respuestas emocionales o dolorosas de los pacientes (por cierto, desearía recordar que el modelo de Schachter, 1964, de los dos factores tenía un precedente idéntico cuatro décadas antes en trabajos de Marañón, 1924). Más adelante, otros modelos como los de Lang (1968) para el temor o de Lazarus (1981) para las personalidades tipo A, se incorporaron al repertorio de conceptualizaciones sobre las respuestas de estrés; 2) en la segunda fase, de adquisición de habilidades y ensayo, se le entrena al sujeto en un conjunto de habilidades conductuales y cognitivas, especialmente auto-relajación y uso de auto-instrucciones adecuadas para enfrentarse eficazmente con la situación estresante. Las auto-instrucciones pueden confeccionarse atendiendo al momento específico de acercamiento al estresor, no olvidando auto-reforzarse al final de la práctica; 3) en la tercera etapa, de aplicación y consolidación del entrenamiento, el sujeto practica sus habilidades en la clínica, bajo situaciones estresantes que no son idénticas a las del problema concreto del cliente. El uso de shocks eléctricos impredecibles, resistencia al frío, películas que inducen estrés, etc., generan la necesidad de poner en marcha habilidades de enfrentamiento en situaciones muy variadas.

Durante ellas, el terapeuta, siguiendo el programa de AI oportuno, modela previamente los ensayos, siendo seguido por el cliente. La práctica posterior, en las situaciones reales se ayuda del uso de tarjetas que facilita el recuerdo y la guía para el enfrentamiento de manera graduada. En la versión más reciente de 1985, el autor ha matizado algún aspecto, en especial en la fase segunda, en donde se hace hincapié en el entrenamiento en estrategias cognitivas y de solución de problemas, aunque el esquema básico del entrenamiento se mantiene idéntico.

Deseamos no finalizar esta breve revisión sin mencionar el papel singular que tuvo la publicación periódica de Meichnbaum **Cognitive-Behavior Modification Newsletter**, desde 1975, que nos facilitó un conocimiento puntual, de tipo informal, de las publicaciones que iban efectuándose sobre la influencia de los factores cognitivos en la conducta humana. La difusión de la orientación cognitivo-conductual también le debe mucho al esfuerzo de este investigador por mantener esta publicación durante varios años.

Reestructuración Racional Sistemática (M. Goldfried)

Como otros muchos investigadores y clínicos, Goldfried inició a principios de la década de los setenta la búsqueda de procedimientos que facilitasen la generalización de los aprendizajes terapéuticos. De acuerdo con las tendencias de la época, la incorporación de los factores cognitivos a esta empresa era la estrategia favorita. A pesar de que los trabajos de Goldfried y su equipo no han dado lugar, en la década siguiente, a nuevos desarrollos, incorporándose algunos de sus elementos a otros programas (como el SIT, por ejemplo), nos parece importante señalar muy brevemente algunas de sus singularidades. En 1971, Goldfried propone que la desensibilización sistemática de Wolpe (1958) se conceptualice en términos de un modelo mediacional general, frente al modelo simple de contracondicionamiento propuesto por el autor de la técnica. Por otro lado, trata de incorporar la Terapia Racional-Emotiva de Ellis (1962) en un armazón

conceptual más amplio a fin de contrastar más fácilmente su valor empírico (Goldfried, Decenteceo y Weinberg, 1974; Goldfried y Sobocinski, 1975; Goldfried y Davison, 1976; Goldfried, 1979, 1980). A esta nueva aproximación la denominará Reestructuración Racional Sistemática, RRS.

Goldfried (1971, 1973), en un intento de desarrollar un programa amplio de entrenamiento en habilidades de enfrentamiento, con el objeto de generar habilidades amplias de auto-relajación, hace hincapié en cuatro componentes básicos: 1) la presentación, en términos no técnicos, a base de ejemplos, de la racionalidad del entrenamiento en habilidades. Aquí se señala algo que puede ser importante para las discusiones acerca de las relaciones entre lo cognitivo y lo emocional. El autor piensa que aunque puede ser cierto que la ansiedad puede estar condicionada clásicamente, y no podemos asegurar que las auto-manifestaciones negativas **siempre** precedan y **causen** las emociones, creer que las auto-manifestaciones negativas causan las emociones puede ser útil para ayudar al cliente a cambiar sus sentimientos (Goldfried y Davison, 1976); 2) el uso de la relajación como una estrategia de enfrentamiento generalizada o de múltiples fines. La extensión concedida a este tema en todos sus trabajos es notable, subrayando la necesidad, a veces, de que el sujeto esté suficientemente relajado para que otras estrategias de "coping", tales como la reestructuración sistemática, puedan funcionar (Goldfried y Davison, 1976, p. 101); 3) el uso de jerarquías de estrés con temas variados frente a la tendencia monográfica tradicional en el uso de la DS; 4) el entrenamiento en relajación profunda que permita el mantenimiento de la escena ansiógena sin necesidad de eliminarla ante la presencia de malestar subjetivo.

En relación con la RRS, su objetivo terapéutico consistía en entrenar a los sujetos a percibir las situaciones de un modo más preciso. Se suponía que las respuestas emocionales y conductuales desadaptativas procedían de una evaluación inapropiada de las señales del entorno. Un etiquetado inadecuado, que hacía percibir la situación como personalmente amenazante, provoca este tipo de reacciones. Los cinco pasos para el entrenamiento se resumen así: 1) exponer al sujeto a las situaciones ansiógenas por medios imaginarios de role-playing; 2) pedirle que evalúe su nivel de ansiedad en una escala subjetiva de 0 a 10; 3) precisar las cogniciones provadoras de ansiedad que está teniendo; 4) re-evaluar estas cogniciones; 5) observar el nivel de ansiedad que sigue a las re-evaluaciones racionales.

De manera pormenorizada, Goldfried y Davison (1976) explican las técnicas más utilizadas para obtener los objetivos de la RRS. El entrenamiento en relajación, el ensayo conductual, la asignación de tareas "in vivo", el modelado, y la biblioterapia son muy frecuentes, aunque habría que añadir las técnicas de solución de problemas y los programas de refuerzo como elementos que pueden acompañar a las estrategias de reestructuración cognitiva. En 1980, Goldfried vuelve a presentar su programa de tratamiento. Añade el concepto de "percepción de control" sobre las "coping skills" y señala las limitaciones que los roles sociales (por ejemplo, al comparar hombres con mujeres) pueden colocar a estas habilidades.

Entrenamiento en Manejo de la Ansiedad (Suinn y Richardson)

Por la misma época en que Goldfried (1971), desde Stony Brook, trabajaba en su modelo, Suinn y Richardson (1971) hacían lo mismo desde Colorado. Tanto uno como

los otros, así como el programa de inoculación de estrés de Meichenbaum, tienen mucho en común. El propio Meichenbaum (1985) lo ha reconocido recientemente (p. 35; nota a pie de página). Las consideraciones desde las que partían se referían a la técnica de la DS y sus problemas. Concretamente, señalaban la gran cantidad de tiempo que se gastaba en la construcción de cada una de las jerarquías para cada uno de los problemas presentados por el paciente, la larga duración del tratamiento y la ausencia de habilidades de enfrentamiento generalizadas, a fin de preparar al cliente ante futuros problemas. Para los autores, las respuestas autonómicas que acompañan a la ansiedad actúan como señales que facilitan y mantienen la conducta de evitación. A los clientes se les puede entrenar a responder a esas señales de un modo distinto a través de procesos de inhibición recíproca. Por ello, el objetivo de la EMA (Entrenamiento en Manejo de la Ansiedad) consiste en enseñar al cliente a usar la relajación y otras habilidades, en situaciones muy variadas, a fin de controlar sus reacciones de ansiedad. Para ello, y al principio del tratamiento, se le entrena al paciente en relajación muscular profunda. A continuación se le entrena para que se imagine escenas que le generan ansiedad y se vea respondiendo de manera competente, o que presencie escenas ansiógenas y responda haciendo uso de sus habilidades de coping. Dentro del programa de tratamiento se incorporan una variedad de escenas que no guardan relación alguna con los problemas específicos del cliente (Suinn, 1972).

Más recientemente (Suinn, 1984) ha enfocado su modelo al tratamiento específico de la ansiedad generalizada. La aplicación de el EMA sigue pasos similares a los anteriores, concretándose en: 1) entrenamiento en racionalidad y relajación; 2) ensayo guiado para el aumento de la ansiedad y el control; 3) entrenamiento en discriminación de señales; 4) entrenamiento graduado en auto-control; 5) transferencia a la vida real. Los resultados parecen ser positivos, no solo en la ansiedad generalizada sino también en la ansiedad ante exámenes, el temor a hablar en público y ante la ejecución. En sujetos con ansiedad-rasgo elevada, el EMA enseña habilidades de auto-enfrentamiento que se generalizan a situaciones que no eran objeto de tratamiento y que se mantiene en seguimientos de 12 y 15 meses. En sujetos con AG, y en medidas de auto-informe, el EMA aparece como superior a la terapia implosiva, la relajación sola o el placebo al mes de seguimiento (Suinn, 1984). A juicio del autor, también parece superior a la DS, provocando efectos favorables en los tres canales de respuesta (afectivo-autonómico, conductual-somático y cognitivo), reduciéndose la presión sanguínea, mejorándose la ejecución y disminuyendo las cogniciones problemáticas.

Terapia de Solución de Problemas

En 1971 D'Zurilla y Goldfried presentaron un trabajo en donde proponían la aplicación de la teoría y la investigación acumulada en la solución de problemas al área de la modificación de conducta. Como en los casos comentados anteriormente, el objetivo principal del nuevo enfoque consistía en facilitar la generalización de los cambios y habilidades aprendidas. Para ello se hacía hincapié en que el cliente llegase a funcionar como su propio terapeuta.

Según los autores, el término "solución de problemas" hace referencia a procesos cognitivos o manifiestos que hacen disponible una variedad de respuestas alternativas eficaces de enfrentamiento ante una situación problema e incrementa la probabili-

dad de seleccionar de entre ellas la más efectiva (D'Zurilla y Goldfried, 1971, p. 108). Este proceso típicamente implica cinco pasos esenciales que interactúan entre sí: 1) orientación hacia el problema; 2) definición y formulación del problema; 3) generación de alternativas; 4) toma de decisiones, y 5) puesta en práctica de la solución y verificación. Al paciente se le enseñan estas habilidades y se le asesora en su puesta en práctica.

Poco después, Spivack y Shure (1974) llevan a cabo una investigación sistemática de la eficacia de un tratamiento sobre jóvenes en base a la solución de problemas. Más adelante, Spivack, Platt y Shure (1976), en el "Hannemann Medical College and Hospital" de Philadelphia definen y evalúan una serie de habilidades interpersonales de solución de problemas que caracterizan a diferentes edades. Estas habilidades, necesarias para enfrentarse con éxito a las situaciones sociales (IPCS), serían las siguientes: 1) sensibilidad para reconocer los problemas interpersonales; conocimiento de una variedad de los posibles problemas que aparecen en las relaciones sociales; 2) tendencia a vincular causa y efecto de forma espontánea (pensamiento causal); 3) capacidad/disponibilidad para ver las posibles consecuencias de una acción sobre los otros o sobre sí mismo (pensamiento acerca de las consecuencias); 4) habilidad para generar soluciones (pensamiento alternativo); 5) habilidad para conceptualizar los medios paso por paso, para alcanzar las metas específicas de relación (pensamiento medios-fines), y 6) habilidad para ver las situaciones desde la perspectiva de los otros individuos implicados (toma de perspectiva) (ps. 5, 6 y 7). La revisión incluye el entrenamiento para niños de preescolar, para pacientes psiquiátricos crónicos y para terapia de grupo en adolescentes, adultos y pacientes psiquiátricos hospitalizados.

Las revisiones más recientes de este modelo (D'Zurilla y Nezu, 1982; D'Zurilla, 1986, 1988; Nezu y Nezu, 1989; Nezu, Nezu y Perri, 1989; Nezu y Nezu, 1991), extienden y matizan la aplicación del modelo de cinco pasos original de D'Zurilla y Goldfried (1971), confirmando su capacidad para adaptarse a la solución y mejora de problemas complejos. Nezu y Nezu (1991) cita la siguiente área de aplicación llevada a cabo en las décadas de los setenta y ochenta: incremento de la competencia social en pacientes psiquiátricos crónicos, mejora de su ajuste personal y por parte de un programa de desinstitucionalización, en la adicción a las drogas, en el hábito de fumar y la obesidad, en la depresión clínica, en la agorafobia, en la hipertensión y en el tratamiento de la ira. Además de estas áreas clínicas, se ha visto su eficacia en la indecisión vocacional, en problemas maritales, en ancianos en grupos de la comunidad, en problemas de agresividad en deficientes mentales y en la facilitación de la competencia general entre individuos "normales" (ps. 550 a 552). A veces, la complejidad de estas terapias dificulta la atribución de los éxitos o de los fracasos a determinados elementos del programa, de los individuos o de la interacción entre unos y otros, haciendo difícil su evaluación. Pero no es menos cierto que su flexibilidad y su marcado carácter práctico, así como la amplia gama de problemas y poblaciones abordados con éxito avalan la bondad de los procedimientos y estimulan nuevas investigaciones y aplicaciones.

La Ciencia Personal (M. Mahoney)

En los dos últimos cursos de carrera, durante 1978 y 1979, llevamos a cabo en la Universidad Autónoma de Madrid un seminario sobre las terapias cognitivo-con-

ductuales. En ese período tradujimos y estudiamos dos textos seminales de esta orientación: "Cognition and Behavior Modification" de M. Mahoney (1974) y "Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach", de D. Meichenbaum (1977). El primero de ellos representa un hito en la revisión del papel de lo cognitivo en el proceso terapéutico y aún hoy es de lectura obligada para cualquiera que desee introducirse en este campo. En el prólogo, el autor reconoce su deuda a las charlas anteriores con Skinner. En una de ellas, mantenida durante toda una tarde en Montreal en 1973, expresa el autor que "...su contenido impulsó mi convicción de que había llegado el momento para un reexamen más cuidadoso de los eventos privados" (p. 5 de la traducción castellana). De Bandura dice encontrarse en "profunda deuda de gratitud" (no olvidemos que cinco años antes este investigador había publicado un texto que representaba uno de los intentos más serios para integrar lo cognitivo dentro de las teorías clásicas del aprendizaje –Bandura, 1969). Igualmente, se subrayan las influencias de D. Atkinson y G. Bower, así como la de otros psicólogos tales como D. Rimm, J. Davidson, C. Thoresen, W. Mischel y D. Rosenham.

Mahoney propone un enfoque terapéutico que contempla sus preferencias por "dotar al paciente de habilidades de superación amplias y efectivas" (p. 292), frente a la orientación tradicional de la terapia de conducta que, contrariamente, tiende a centrarse en problemas específicos y cuyos efectos, a su juicio, habían sido muy limitados. De esta manera, Mahoney se suma al amplio conjunto de psicólogos que durante el final de los sesenta y principios de los setenta tratan de incorporar lo cognitivo dentro de la terapia de conducta y **además** a través de esquemas morales de aprendizaje ("coping-skills"). Así, los problemas emocionales surgen como consecuencia de las crisis de la vida y/o como consecuencia de déficit en el desarrollo o utilización de las habilidades de enfrentamiento. ¿Qué habilidades son consideradas por Mahoney como las más adecuadas para resolver los problemas vitales? A su juicio aquéllas que han presidido la empresa científica. Es decir, hacer de un paciente un científico que encara sus propios problemas como lo haría un hombre de ciencia constituye un buen método de acercamiento terapéutico. Después de todo, el modo de hacerse preguntas y el modo de indagar la validez de las distintas respuestas siguiendo las modalidades del método científico ha dado frutos extraordinarios a lo largo de la historia de la ciencia. ¿Por qué no considerar nuestros propios problemas psicológicos como objetos de investigación y tratamiento científico? Aún más, ¿por qué no tratar de hacer del paciente un pequeño metodólogo e investigador que trate activamente de dar respuesta positiva a esos problemas? Siguiendo a Kelly (1955), del que dice compartir su paradigma (ver nota a pie de página 285), a igual que hace otro de los terapeutas ya comentados (cf. Beck, 1976), el autor conceptualiza el proceso terapéutico como aquel en el que el cliente juega un papel activo y colaborador en la terapia, a la que aporta datos y se convierte (junto con el consejo, la colaboración y el entrenamiento del psicólogo) en un agente responsable de auto-control.

Esta aproximación terapéutica se resume en siete habilidades básicas que deben ser aprendidas por el paciente (Mahoney, 1977) y que se recuerdan en inglés a través de la regla nemotécnica SCIENCE. Serían éstas: 1) especificar las áreas generales de los problemas; 2) recoger datos; 3) especificar los modelos o fuentes de influencia; 4) examinar las opciones y los medios disponibles; 5) delimitar las opciones y experimentar la alternativa elegida; 6) comparar los datos actuales con los objetivos propuestos; 7) ampliar, revisar o reemplazar. La influencia del modelo de D'Zurilla y Goldfried (1971)

en la confección del programa parece obvia, aun cuando la filosofía que preside su diseño sea diferente. A través de estos pasos se consiguen organizar un conjunto de experiencias de aprendizaje que optimizan la posibilidad de que el cliente desarrolle habilidades que son relevantes tanto para sus problemas actuales como para resolver otros en el futuro. Para ayudar a la obtención de estas metas, el terapeuta puede incorporar un conjunto de técnicas tales como control de estímulos, motivación, tareas graduadas, aprendizaje por modelado y práctica activa. Al final de la terapia las sesiones no acaban bruscamente, sino de manera gradual y en ambientes distintos al clásico del centro de terapia, y tienen como finalidad la "transición de unas relaciones de ayuda más íntimas y quizás dependientes hacia otras más propicias para una auto-dirección y mantenimiento responsable (Mahoney, 1977, p. 380).

Quizá a causa de los intereses más teóricos que prácticos que pudieran haber presidido los trabajos de este autor, o por otras causas desconocidas, su modelo no parece haber tenido un subsiguiente desarrollo empírico en la práctica terapéutica. La validación del paradigma de la ciencia personal está por hacer. ¿Esto significa que sus ideas no han dejado huella? Creo que no. El que nuestros pacientes sean capaces de manejar de modo más científico sus problemas, de que asuman un enfoque más experimental en su resolución y de que se impliquen activamente con esta metodología, está implícito o explícito en muchas prácticas terapéuticas actuales. Pero los trabajos últimos de Mahoney se han orientado más bien al desarrollo del enfoque constructivista en el ámbito de la teoría y la práctica psicoterapéutica. Si bien originalmente su modelo del científico personal podría verse como el traslado de las ideas de filósofos de la ciencia tales como Kuhn (1962) o Lakatos (1970) al terreno de la terapia psicológica, sus trabajos posteriores han enriquecido considerablemente esta visión (demasiado esquemática) de la labor de este imaginativo y rico clínico e investigador (cf. Mahoney, 1980, 1990; Mahoney y Arnkoff, 1978; Mahoney y Freeman, 1985; Reda y Mahoney, 1984). Sería un trabajo que excede los límites impuestos por nuestro objetivo tratar de señalar sus aportaciones conceptuales más recientes (especialmente su enciclopédico trabajo *Human Change Processes: The Scientific Foundation of Psychotherapy*, con sus 2.500 citas cubriendo 119 páginas de bibliografía), pero volveremos a comentar los trabajos de este autor cuando, en un apartado posterior, hablemos de los aspectos comunes de las diversas orientaciones en terapia cognitivo-conductual y de su influencia en el desarrollo del modelo constructivista de Giudano y Liotti (1983).

La Psicoterapia Estructural (Guidano y Liotti)

Para muchos clínicos e investigadores en terapia psicológica la inclusión de esta orientación entre las terapias cognitivo-conductuales podría implicar un cierto nivel de intrusismo. A pesar de las continuas referencias que los principales autores hacen de ese término en sus escritos, las diferencias conceptuales y epistemológicas con las variantes anteriormente expuestas son notables (véase, por ejemplo, Botella, 1991; Carmin y Dowd, 1988; Reda y Mahoney, 1984). Sin embargo, creemos que las aportaciones de los autores constructivistas son esenciales para incorporar una serie de dimensiones que parecen necesarias para alcanzar una visión más comprehensiva de la evolución y los mecanismos de mantenimiento y cambio de la conducta humana. Dimensiones que parecían desterradas quizá más por su aparente inutilidad que por su pertinencia. Los requerimientos crecientes de eficacia psicoterapéutica en términos de

tiempo de tratamiento (el bajo coste se puede convertir en un reclamo frente a otros usuarios, para la obtención de ayudas estatales, en las confrontaciones entre escuelas, en pleitos legales, etc.) han polarizado la atención de los terapeutas hacia aquellos procedimientos que lograban provocar el cambio en el más breve plazo posible. Esto ha generado una carrera desenfrenada contra el tiempo en terapia, creando un falso paralelismo entre ese tiempo y la idea de eficacia (una discusión reciente del concepto de "eficacia del tratamiento" puede verse en Marks y O'Sullivan, 1988). El tiempo en terapia es importante, pero no puede ser ni el único ni el argumento final.

En parte hemos acortado estos tiempos desechando lo que no nos resultaba directamente controlable en el proceso de terapia. Pero sin duda que la no controlabilidad no equivale a la no pertinencia. Los procesos del paciente no controlables (precisamente los que más distinguen a la visión constructivista: historia anterior del sujeto, procesos y estructuras no conscientes, interacción entre estas estructuras, procesos creativos y constructivos de la realidad y de sí mismo llevados a cabo por parte del propio sujeto, etc.), en la medida en que suponían un reto a la necesidad de control operativo por parte del terapeuta (característico de los procedimientos de la ciencia experimental, marco de referencia obligado a la psicología científica en las áreas académicas y por tanto de las terapias de conducta y cognitivo-conductuales) y que, además, parecían alargar excesivamente el tiempo de terapia, se fueron desterrando de sus objetivos explícitos. El resultado de esta estrategia terapéutica no ha sido negativo (en la revisión de resultados que acompañamos se puede apreciar), pero ¿esto equivale a decir que nunca será necesario considerar esas dimensiones? La compleja relación terapéutica que incluye situación, cliente, problema y terapeuta, ¿no podrá a veces optimizarse incluyendo algunas de las dimensiones anteriores? La incorporación de las dimensiones diacrónicas de la conducta humana y las posibilidades combinatorias de las funciones simbólicas del sistema nervioso, ¿no nos permitirían construir un modelo más comprensivo y cercano a la descripción y a los datos disponibles del fenómeno humano? El que un dato o una dimensión no la necesitemos para provocar un cambio de conducta no equivale a decir que tampoco la necesitemos para disponer de una mejor comprensión del cambio. Sobre todo si entendemos por comprensión el conocimiento del papel que juegan todos y cada uno de los elementos y factores que están presentes en el fenómeno.

Yo pienso que el modelo de Guidano y Liotti es una propuesta que sólo el nivel de confortabilidad y "bondad de ajuste" que nos ofrezca respecto al patrón que fabriquemos de "eficacia terapéutica", su potencial heurístico y de desarrollo, su capacidad para integrar o compatibilizar otras orientaciones, el nivel y frecuencia de satisfacciones terapéuticas que pueda ofrecer a los usuarios (especialmente a los terapeutas), etc., decidirá su futuro. En otro lugar (Bas, 1991, pp. 56 a 59) hemos apostado por una visión constructivista (aunque desde perspectivas muy diferentes a las que aquí presentamos) al señalar una fuente de variabilidad intrasujeto a través de la intensa interacción existente entre procesos de autoatención o atención externa recibida y esquemas cognitivos.

Por varias razones, por tanto, consideramos justificado incluir aquí este modelo. En varios de sus trabajos (por ejem., Guidano y Liotti, 1983; Guidano, 1988a), los autores señalan su deuda con una serie de figuras tan dispares como Kuhn, Lakatos, Bowlby, Bandura, Ellis, Beck, Bruch, Weimer, Popper, Eccles, Polanyi, Piaget, Prigogi-

ne, Pribram o Mahoney. Nosotros añadiríamos también su deuda esencial con la corriente psicoanalítica en general, y para algunos (Botella, 1991) de modo particular con Jung.

Los supuestos básicos de esta corriente parten de una epistemología evolucionista (Guidano y Liotti, 1983, pp. 9 a 12; Guidano, 1988a, p. 22 y sig.), en base esencialmente a los trabajos de Piaget (1971), Lorenz (1973), Campbell (1974), Popper y Eccles (1977) o Pribram (1980). Las teorías motoras de la mente (Weimer, 1977) y la teoría del apego de Bowlby (1969, 1973, 1985) son dos propuestas psicológicas de gran impacto en este diseño constructivista. Se parte de una visión activa y creadora del ser humano (hipótesis motora), de manera que el modelo de realidad que cada sujeto se construye a través de su proceso evolutivo, determina a su vez las posteriores visiones que de la realidad podamos tener, siendo esta realidad, en sí misma, una construcción y no algo impuesto o totalmente preexistente. Así, citando a Pribram (1980), "la mente es una propiedad emergente de la capacidad del cerebro de elaborar informaciones" (Guidano, 1988a, p. 24). Este hincapié en el carácter creativo del ser humano quizá constituya uno de los aspectos diferenciadores más notables de esta orientación respecto a las comentadas con anterioridad.

Debido a que el conocimiento que llegamos a tener de nosotros mismos pasa por recoger también el que los demás tienen de nosotros, la construcción del sí-mismo incluye necesariamente a los otros y al mundo. El niño se reconoce a través de las personas que le rodean (el "efecto de espejo" de Popper y Eccles, 1977) y de ahí la importancia de las relaciones interpersonales para configurar el auto-conocimiento. La teoría del apego de Bowlby (1969, 1973, 1985), señala la importancia de la ruptura del vínculo afectivo con personas importantes del contexto y el papel del bloqueo de experiencias anteriores emocionalmente significativas, que no alcanza un procesamiento consciente, en el surgimiento de la conducta desadaptativa (Bowlby, 1985, p. 219). Guidano y Liotti asumirán íntegramente esta formulación y propondrán como meta terapéutica la **asimilación** por parte del sujeto de los desequilibrios surgidos en su desarrollo personal, tratando de este modo de desbloquear y reequilibrar el proceso básico de incremento de los niveles de autoconocimiento y autoconciencia. Este objetivo no se puede alcanzar a través de procedimientos persuasivos o reclamando al paciente una mayor "racionalidad" sino facilitando el acceso de nuevas versiones de esas experiencias anteriores a la estructura cognitiva del paciente. Para ello se hace especial hincapié en el aspecto adaptativo o desadaptativo, en la pertinencia o no pertinencia de sus versiones indeseables respecto a sus intereses o metas vitales actuales. Su pensamiento puede estar "pasado de moda" en el sentido de que si bien pudo ser pertinente cuando se construyó, en la actualidad carece de vigencia y debe ser sustituido por otro más acorde con sus valores y metas actuales. La confirmación repetida de los supuestos básicos inadecuados constituye el mecanismo principal de mantenimiento del problema. En este sentido nos recuerda el modo que tiene Ellis de conceptualizar los procesos de mantenimiento de las ideas irracionales, y los mecanismos de auto-propaganda que tienden a perpetuarlas o el papel de las distorsiones cognitivas en el modelo de Beck que igualmente facilitan la confirmación de los supuestos.

La **evaluación** de los problemas sigue un proceso similar al que llevamos a cabo en la orientación clásica cognitivo-conductual. El análisis funcional pone de manifiesto el papel activo de ciertas cogniciones (en especial captadas a través de la autoobser-

vación) y supuestos tácitos en el mantenimiento o desencadenamiento de determinadas respuestas desadaptativas. También señala la actitud que el sujeto mantiene respecto a sí mismo y respecto al mundo. A partir de ahí, se lleva a cabo una reconstrucción de la historia de desarrollo del sujeto a fin de ilustrar la consistencia interna de las explicaciones ofrecidas desde los datos del análisis funcional actual, una especie de validación retrospectiva de las hipótesis causales o funcionales que se han establecido acerca de sus problemas. Este trabajo facilita, además, la determinación del estadio de desarrollo de auto-conocimiento en el que se produjo el desequilibrio y una profundización de las estructuras cognitivas personales. En este punto habríamos acabado la fase de evaluación de los problemas.

La **intervención** terapéutica parte del conocimiento previo de la organización cognitiva del cliente, a fin de evitar la confirmación involuntaria de sus supuestos patológicos (Guidano, 1988a y b). Los autores (Liotti, 1984, 1986; Guidano, 1988b) señalan que las resistencias del cliente hacia el cambio terapéutico deben ser utilizadas "con el fin de evaluar las teorías del cliente que han sido desafiadas a través del uso de la estrategia terapéutica y, de esta manera, nos permite reconstruir aquellos aspectos de la historia del desarrollo del sujeto que podrían haber influido en la formación de esas teorías" (Guidano, 1988b, p. 330).

A lo largo del proceso terapéutico cabe esperar dos tipos de cambio: uno de superficie y otro profundo (Meichenbaum, 1977; Arnkoff, 1980; Guidano y Liotti, 1983). Ambos cambios no son excluyentes y, en general, no se consiguen los segundos sin los primeros. Además, debido al carácter doloroso que suele acompañar a los cambios profundos, en donde el sujeto lleva a cabo variaciones importantes en la propia identidad, en las actitudes y creencias que siempre había mantenido respecto de sí mismo, se recomienda no llevarlos a cabo a no ser que lo solicite el paciente y asuma voluntariamente su coste en todos los sentidos. Los cambios de superficie, que implican normalmente alteraciones en la actitud hacia la realidad, sin implicar fuertemente la actitud hacia sí mismo, suelen ser suficientes para alcanzar la mayoría de los objetivos terapéuticos. De manera que el proceso terapéutico se iniciará con objetivos de superficie y, si el cliente lo desea y es consciente de su coste, se proseguirá posteriormente con cambios más profundos.

En general, las técnicas de modificación de conducta son las ideales para iniciar la terapia, a fin de generar en el sujeto un mayor nivel de confianza y sentido de control sobre sus problemas (Guidano y Liotti, 1983). La exposición "in vivo", entrenamiento asertivo, etc., pueden cumplir esta función esencial. Un segundo conjunto de procedimientos, algo más cognitivos, tales como el entrenamiento en solución de problemas, el uso de auto-instrucciones o la inoculación de estrés, facilitan un acercamiento a los supuestos tácitos del sujeto. Si durante la fase de evaluación pudimos tener acceso a ellos, y además conocemos los hechos históricos sobre los que se apoyan y permiten que el sujeto elabore las teorías sobre sí mismo o sobre el mundo que están en el corazón de sus problemas, entonces, y si esto es conocido, podemos abordar el proceso de reestructuración cognitiva de dichos supuestos. Los procedimientos clásicos de Ellis y Beck pueden ser idóneos para esta fase. Quizá influidos por los escritos de Ellis, que como este autor señala en numerosas ocasiones (p. ejem., Ellis, 1987) ha recibido la influencia decisiva de Korzybski (1933), los autores recalcan la importancia de un uso correcto del lenguaje. El uso inadecuado de pronombres (yo, tú, etc.) seguido

de determinados verbos (ser, deber, necesitar, etc.), o el de adjetivos dicotomizados (todo-nada, tonto-listo, etc.) pueden ser origen de problemas y deben ser alterados.

En este punto, es posible abordar, si el sujeto lo desea, los problemas relativos a la identidad del sujeto haciéndole ver cómo el conjunto de reglas que presiden su modo de comportarse o de pensar son caducas, de valor coyuntural y que pueden haber "pasado de moda". De nuevo el modo de cuestionar las teorías que sobre sí mismo ha construido el sujeto debe abordarse desde las perspectivas de Beck o Ellis. Que el sujeto reconozca los modelos y teorías que ha utilizado a lo largo del tiempo, así como su origen, en general a través de las influencias paternas (modelos y reglas asumidas acríticamente y procedimientos utilizados por los padres para hacerlas acatar), animándole a llevar a cabo una revisión de estos modelos y teorías a la luz de su experiencia y situación actuales. En todo esto, los autores siguen los consejos dados por Bowlby en carta personal a los autores de 1982 –citado por Guidano (1988 b, p. 331).

Es decir, en este diseño de intervención terapéutica se cuestiona seriamente la directividad, especialmente en esas fases posteriores de la terapia, favoreciendo y motivando la auto-reestructuración en base a materiales cognitivos pre-existentes en el sujeto, evitando la incorporación de esquemas o modelos teóricos extraños.

El modelo se ha aplicado extensamente en problemas de agorafobia, depresión, obsesiones-compulsiones y anorexia. Otros trabajos más recientes se han desarrollado en el terreno de la ansiedad social (Campanelli, 1989, p. 321). La primera revisión de resultados (Guidano y Liotti, 1983, p. 321) ofrecía datos alentadores, señalando que sobre una muestra de 198 sujetos tratados por los autores, un 70% de casos finalizaron con éxito tras un seguimiento de dos años. Esperamos conocer más información, procedente de otras fuentes, que permitan estimar la solidez empírica del modelo. Algunas limitaciones teóricas ya han sido propuestas por algunos de sus precursores (p. ejem. Mahoney, 1991). Los factores del desarrollo, si bien importantes, no logran cubrir los aspectos biológicos y sociales que tanto relieve presentan en los modelos de integración actuales, tanto en psicopatología como en psicoterapia.

Al presentar estos modelos no hemos agotado ni siquiera la lista de los que podríamos considerar los más relevantes para la orientación cognitivo-conductual. En la revisión de 1980 señalábamos las características más importantes de las distintas aportaciones de Bandura. Otros modelos como los de Rehm para el auto-control, Lazarus para el estrés, McMullin y Giles como creadores de una terapia integrada y sistemática de reestructuración cognitiva, etc., constituyen ejemplos notables que desgraciadamente no pueden ser abordados por limitaciones de espacio.

4. Algunos aspectos teóricos de las TCC

Brevemente vamos a comentar algunos aspectos nucleares de las estructuras teóricas de las TCC, esencialmente el problema de la conceptualización de lo cognitivo, los supuestos comunes que parecen compartir la mayoría de los autores y las diferencias más importantes. Este tema ya se abordó en nuestra revisión anterior (Bas, 1980), pero la evolución experimentada por los distintos autores en este tiempo recomienda una reevaluación.

4.1. El papel de lo cognitivo

La terapia cognitiva y la terapia de conducta son los extremos de un continuo dentro del cual se pueden situar la inmensa mayoría de los procedimientos **reales** que los distintos terapeutas utilizamos en el contexto concreto de nuestro gabinete o de la clínica hospitalaria. Conforme aumentó el número de años de experiencia, las diferencias en el **modo de proceder** entre los terapeutas se acortan en relación a la que mantienen los neófitos, quizás debido, como alguien ha señalado, a que las diferencias teóricas al principio son grandes y luego se van acortando. Pero esa explicación puede no ser la única ni la más correcta. Yo creo que la elección de técnicas, procedimientos y creencias terapéuticas tiene mucho que ver con los resultados que nos hayan ofrecido con el paso de los años de práctica. Quizás ese conjunto de **procedimientos** y las pautas instrumentales que implican han sido **seleccionadas** en la medida en que obteníamos objetivos que encajaban con lo esperado y deseado. Así, en la medida en que distintas escuelas presenten criterios similares a la hora de definir tanto sus objetivos como la eficacia terapéutica, es posible que favorezcan selección de pautas de trabajo similares. Pero esto no es tan simple en la medida en que los mismos objetivos quizás puedan alcanzarse con distintos procedimientos (aunque, si bien ésta puede ser una creencia generalizada, no hay suficiente evidencia de que realmente sea así). En definitiva, lo que quiero llegar a decir es que quizá lo que más distinga a los terapeutas experimentados sea más la teoría que sostienen para explicar lo que hacen que (al menos dentro de la corriente de la TCC) lo que realmente hacen. Lo que ocurre es que esas diferencias ya no se expresan “llegando la sangre al río”, como a veces sucedía en un principio. La razón parece obvia, la validación de una teoría para un terapeuta aislado parece una tarea bastante más compleja que la de un procedimiento técnico. En este sentido, las teorías pueden mantenerse intactas mucho más tiempo que los procedimientos de trabajo. Aún más, yo creo que a veces pueden mantenerse intactas **a pesar** de la evidencia en contra de las técnicas y los métodos de intervención.

Por ello, a mi juicio hay diferencias teóricas que se mantienen largo tiempo a pesar de la práctica acumulada. La diferencia más relevante, de la que se derivan otras de carácter técnico o epistemológico (e incluso de afiliación política o religiosa) hace referencia a la conceptualización de lo cognitivo. El problema de fondo que late en las polémicas acerca de la eficacia de las TCC reside, a mi juicio, en el modo de conceptualizar este fenómeno: como activo o como pasivo, como agente causal de otros procesos más “visibles” (conductas, procesos fisiológicos, etc.), o como epifenómeno sin entidad para promover o provocar otros fenómenos clínicamente relevantes, como algo espiritual y sin relación con el mundo físico o como una propiedad más de la materia cuando ésta se organiza de determinada manera, etc. Yo creo que éste es el tema central que late en algunas de las revisiones más críticas o ácidas que se han hecho de las TCC (Bragado y Carrasco, 1987; Eschenroeder, 1982; Holt y Lee, 1989; Latimer y Sweet, 1984; Skinner, 1987; Tierney y Smith, 1990; Wolpe, 1989). La afiliación de lo cognitivo a lo acientífico, dualista, espiritualista, idealista o simplemente reaccionario genera un “trasvase de actitudes” desde otros ámbitos que nos parece no pertinente y con frecuencia irrelevante, favoreciendo el confucionismo e incluso la crispación en un terreno en donde los criterios de científicidad y serenidad deberían estar siempre presentes. Antes de pasar a dar nuestra opinión acerca del carácter de lo cognitivo, desearíamos señalar brevemente algunas críticas a la postura skinneriana ante este problema, ya que consideramos, con todo el respeto que nos merece el que

quizá haya sido el psicólogo más relevante de este siglo, que ésta es la fuente más importante de confusiones. En otro lugar (Bas, 1982), decíamos:

“Mi pensamiento es un **dato de la realidad** tan obvio a nivel personal como pueda serlo el bolígrafo con el que escribo. Es un dato de mi auto-observación (Mead, 1934). Sería difícil encontrar un sujeto que negase la presencia de esas realidades. Pero Skinner parte de unos supuestos metodológicos en los que las aportaciones del productor se reflejan poco en el producto. La física clásica partía de un sistema de creencias sobre el mundo poco relativizado. Lo “objetivo” aún era posible. Así, Skinner tiene muy presente la naturaleza del objeto observado y la confiabilidad de la observación (Skinner, 1974), y por ende concluye que los fenómenos mentalistas, al carecer de esos requisitos (aunque puedan ser datos de la realidad subjetiva) no pueden ser utilizados. Si el objeto o la naturaleza del fenómeno no es clara, ¿cómo puedo montar sobre él una teoría científica seria? Si los datos no son confiables, ¿cómo me atreveré a postular conclusiones y generalizaciones mínimamente válidas? Estos interrogantes parecen ser muy pertinentes, pero a mi juicio Skinner incurre en los siguientes fallos de apreciación:

1. Skinner es hijo de la tradición filosófica en la que racionalismo y materialismo eran términos antagónicos e irreconciliables. En cambio, la Microfísica (por poner un ejemplo muy cercano al área que más inspiró su metodología, la Física) está llena de “seres científicos” (utilizando una terminología racionalista) que como “objetos” (materiales) son observables sólo indirectamente (pensamos en las partículas elementales, por ejemplo), o son inobservables por sí mismos (p. ejem. las constantes universales), y en donde la fiabilidad de los datos de la observación o está limitada (pensemos en el Principio de Incertidumbre de Heisenberg) o consiste simplemente en una función de probabilidad (pensemos en las formulaciones de la Mecánica Cuántica). Y todo esto no ha supuesto la pérdida del estatus científico ni de la Física ni de la Microfísica (aun cuando podrían haber sido tachadas de idealistas al albergar tantos “inobservables”).

2. El que lo “mental” sea considerado como un “residuo” no dice demasiado. Incluso un “epifenómeno” requiere aclaración y puede justificar por sí mismo un estudio por derecho propio. [En la actualidad, las teorías del caos y los procesos teleonómicos (abiertos y sin una clara direccionalidad) acaparan la atención de la mayoría de los científicos, señalando cómo lo que en un principio pudo parecer secundario, tangencial y procedente de las fuentes de error del conocimiento puede transformarse en los núcleos centrales sobre los que puede llegar a girar toda la estructura del saber científico. Quizá también aquí el miedo a perder el control sobre ciertos supuestos conocimientos “ciertos” nos ha impedido asumir teorías científicas “más imprecisas” pero igualmente más comprensivas].

3. Si la conducta puede explicarse por variables ambientales y genéticas, también debería incluir los fenómenos cognitivos como ingredientes siempre presentes en la interacción organismo-medio. La falta de un estudio sistemático de esta función por parte de Skinner pudiera haber hecho pensar que se trata de “otra cosa”, no accesible a través de una metodología científica. Un conductismo integral y coherente no debe quedarse en afirmar simplemente que las cogniciones siguen las mismas leyes que la conducta manifiesta (Skinner, 1953), sino que debe ser capaz de especificar dentro del “marco epifenoménico”... y del ser en interacción con su medio los **procesos de aprendizaje precisos** a través de los cuales se pueden objetivar esas leyes de la

conducta manifiesta y encubierta (y que da precisa cuenta de esos procesos interiorizados). Eso no lo ha hecho Skinner.

4. Este autor no parece concebir a la ciencia como un proceso, como algo vivo en desarrollo y cambio continuos. Quizá la accesibilidad y fiabilidad de los datos cognitivos pueda evolucionar. La historia de la ciencia es prolija en demostraciones de que lo inaccesible para una época fue accesible para otra, y que el conocimiento es un proceso abierto en continuo desarrollo. La filosofía y el método conductistas no acaban en Skinner. El sistema de creencias que lo conforman variará con el surgimiento de nuevos datos y nuevas formas de interpretarlos. Pero de igual modo que la física del movimiento de los cuerpos sólidos de Newton y las leyes de la radiación electromagnética de Maxwell fueron pasos necesarios (y siguen siendo necesarios) para abordar la Física Cuántica y la Física Relativista, la filosofía que ha inspirado la metodología conductual quizá haya sido un requisito imprescindible para abordar áreas más complejas, sean cognitivas o de interacción social. Es decir, ha sido necesaria para elaborar una Psicología más creíble de las funciones superiores". (Bas, 1982, ps. 66 a 69).

No podemos detenernos aquí para hacer una revisión del concepto de cognición en las TCC. Al menos, dos trabajos críticos excelentes ya lo han hecho (Ruiz Fernández, 1989; Wessler, 1986). Sólo deseamos recordar que con él se hace referencia a la mayor parte de los procesos mentales superiores: representaciones simbólicas, concepciones o ideas erróneas, errores en el razonamiento lógico, conclusiones predictivas, valoraciones y evaluaciones, planes y decisiones, y resolución de problemas. En todas estas acepciones no suele haber compromiso ontológico alguno. Lo cognitivo, lo conductual, lo fisiológico, etc., ¿son expresiones de una misma realidad, de una única sustancia? ¿son desarrollos emergentes sustancialmente distintos?, ¿qué relación puede darse entre ellos? Estos problemas si no se abordan suelen generar confusión, pero la mayoría de los psicólogos mantienen pautas que recuerdan a las que señalaba Altussher para los científicos, la que llamaba "filosofía espontánea del científico", es decir idealista o espiritualista los fines de semana en el cumplimiento de sus obligaciones y materialista en su trabajo diario de laboratorio. Ese espontáneo doble vínculo también está presente entre los psicólogos e impregna de confusiones todo el quehacer y la teoría psicopatológica y terapéutica. Los psicólogos clínicos deberíamos de hacer un mayor esfuerzo individual y colectivo, así como a través de las facultades y centros de formación académica con el fin de explicar y debatir estos problemas. Quizá en España esa necesidad sea doblemente imperiosa a tenor de nuestro pasado. Por suerte, al menos en el ámbito de la Psicología Cognitiva el tema es objeto de intenso debate (vg. Johnson-Laird, 1990; Rivier, 1991, Rummelhart, McClelland y col., 1992).

Mi punto de vista al respecto se acerca a alguna modalidad monista. Pienso que las distintas expresiones fenomenológicas proceden de una sustancia única, que presenta distintas propiedades y funciones según la estructura que presenta y su contexto de desarrollo. Esa idea se enmarca en una visión evolucionista. Así, lo cognitivo (los datos de la realidad subjetiva directa y consciente e inferida o no consciente) es una propiedad tan natural del sistema nervioso del hombre en su contexto como podría serlo la forma de las nubes en el suyo. Si el fenómeno de la conciencia nos sorprende deberíamos sentirnos igualmente sorprendidos por todo lo demás que existe. Como he señalado en otro lugar (Bas, 1991), o la sorpresa es universal o resulta chirle establecer diferencias.

El problema mente-cuerpo ha sido retomado recientemente dentro del contexto de la psicopatología y la psiquiatría e invitamos a los lectores a una mayor profundización (ver p. ejem. Benjamín, 1990; Bunge y Ardila, 1988).

Como propiedad evolutiva reciente, lo cognitivo es activo, tan activo como el viento que azota a las ramas y hasta hace caer a los árboles más fuertes. Esa función ha sido seleccionada precisamente por su potencial de acción. Muchas propiedades de los cuerpos no se ven ni se tocan. Lo cognitivo, por mucho que lo busquemos en el cerebro no lo encontraremos nunca, como no encontraremos la velocidad de caída de los graves mirando una piedra. Como cualquier otro cuerpo físico manifiesta sus propiedades cuando se experimenta e interactúa con otros. Así, las propiedades principales del agua o del oxígeno sólo llegan a conocerse cuando las hacemos reaccionar con otras sustancias, se las pesa, mide, etc. Así, igualmente, las propiedades del sistema nervioso (y en especial lo cognitivo, como propiedad esencial) sólo se expresan cuando los seres humanos interactuamos con nosotros mismos. La ecología física y cognitiva son dos abstracciones de una única realidad: el ser-en-su-circunstancia. Por eso la orientación cognitivo-conductual-social refleja mejor lo que queremos decir (quizá confundiría menos si quitásemos los guiones) al referirnos a la conceptualización de lo cognitivo. Así, nos sentimos cercanos a los puntos de vista expresados por Hebb, Pribram, Olds o el mismo Ramón y Cajal. Igualmente, el funcionalismo de un Putnam (1973) o de Fodor (1981) no resultan incompatibles con esta visión en donde lo cognitivo aparece como una función de un tipo peculiar de organización de la materia. Pero, como es obvio, no todos los psicólogos que trabajamos en esta orientación compartimos estos supuestos epistemológicos. Quizás sí haya más acuerdo acerca de las **funciones** de lo cognitivo.

4.2. Supuestos generales mayoritariamente compartidos

Yo trataría de resumirlos en los siguientes siete supuestos: 1) Las cogniciones son procesos, estructuras, contenidos y productos activos que afectan a la conducta y viceversa; 2) las cogniciones afectan a las emociones y sentimientos, y viceversa; 3) la conducta afecta a las emociones y viceversa; 4) los factores o variables ambientales afectan a las tres variables citadas, a veces de manera automática y otras de forma mediada (ambos procesos de aprendizaje tienen un elevado poder adaptativo y no solo no son incompatibles, sino que en la mayoría de los casos tienen funciones complementarias, así por ejemplo, una respuesta puede iniciarse por un condicionamiento clásico y mantenerse por auto-estimulación cognitiva a través de la auto-atención (ver Bas, 1991), pero pensamos que lo contrario también es posible en determinados problemas y sujetos); a su vez, las tres variables citadas pueden reobrar directa o de manera mediada sobre el medio físico o social, alterándolo; 5) en el nivel de nuestros conocimientos actuales, las relaciones entre cogniciones, conductas, emociones y medio son más funcionales que causales; 6) los seres humanos podemos **alterar** y de alguna manera **controlar** (con limitaciones muy variables) nuestra propia actividad cognitiva, emocional y conductual. Es decir, las tres dimensiones anteriores pueden reobrar sobre sí mismas (cogniciones sobre cogniciones, etc.). Con dificultades que varían según los casos, lo mismo podemos decir respecto a nuestra capacidad para alterar y controlar el medio físico y social; 7) el objetivo de la TCC es utilizar el conocimiento de esos principios (por el terapeuta y/o por el paciente) para la obtención

de los objetivos clínicos convenidos, a través de los procedimientos técnicos y las habilidades que se derivan de ellos y que, a ser posible, deberán estar avalados empírica y científicamente.

La mayor parte de los supuestos comunes que han sido citados en la literatura (Dobson, 1988; Golden y Dryden, 1986; Holt y Lee, 1989; Kendall y Kriss, 1983; Mahoney y Arkhoff, 1978; Meichenbaum y Cameron, 1980; Perris, Blackburn y Perris, 1988; Williams y col., 1988) podrían derivarse de estos otros. Incluso una visión constructivista podría conciliarse con una perspectiva cognitivo-conductual más clásica si aceptamos que los numerosos lazos de feedback creados por estos supuestos pueden estar en la base de la función activa o creadora reflejada en el supuesto 6, sin necesidad de suponer la aparición de estructuras emergentes distintas. No compartimos la idea del corte epistemológico que Carmin y Down (1988) establecen en la evolución de la terapia cognitiva cuando desde supuestos asociacionistas tradicionales se accede a la postura constructivista, ya que ambas perspectivas las contemplamos como modalidades de monismo materialista y por tanto no irreconciliables (al menos a este nivel de análisis).

Por ello, cuando Reda y Mahoney (1984) señalan la existencia de dos tipos de psicoterapias, un primer modelo "asociacionista de estructura de superficie" (donde incorporaríamos a los clásicos Beck, Ellis y Meichenbaum), y otro modelo metateórico "constructivista de estructura profunda" (donde incluiríamos a Guidano, Liotti, Mahoney y Weimer) se están refiriendo realmente a dos modelos epistemológicos nada incompatibles y a un conjunto de **procedimientos de cambio** muy similares. De hecho, Mahoney (1984) señala un número importante de comunalidades entre ambos modelos (p. 14). De nuevo encontramos lo que señalábamos al principio de este apartado y en la revisión anterior de 1980: en el ámbito de las TCC, las diferencias se dan más en el modo de interpretar el cambio que en las formas y procedimientos para realizarlo y esto a su vez tiene que ver con la dificultad general de validar las teorías psicológicas.

4.3. Diferencias básicas

Como ya señalábamos en nuestra revisión anterior, un número de diferencias básicas podemos encontrar en las distintas versiones de las TCC. Creemos que estas diferencias enriquecen y generan líneas de desarrollo e innovación esenciales, especialmente cuando conceptualizamos el proceso científico de manera abierta y no cerrada y acabada. Y así se ha expresado en los últimos años con la aparición continua de numerosas técnicas y procedimientos innovadores. En base al núcleo común que hemos señalado anteriormente, pueden derivarse un número de variantes estratégicas, tecnológicas y conceptuales distintas. Pero junto a los aspectos positivos de la diversidad otros negativos le acompañan. Por ejemplo, los distintos modos de entender lo cognitivo, que ya hemos subrayado, y a lo que debería dedicarse más esfuerzo de clarificación y acuerdo. Además, como ha señalado Dodson (1988), la ambigüedad y diversidad de significados del término genera una dificultad adicional en terrenos tan específicos como la evaluación cognitiva, de la que tan necesitados estamos los clínicos o la falta de homologación entre las áreas y disciplinas teóricas y las aplicadas (pensemos, por ejemplo, en el concepto de esquema, que aunque pueda referirse a una idea común, una variedad de usos idiosincráticos genera una cierta confusión e imprecisión).

Aunque los procesos mediados (sobre todo cognitivamente) suelen tener prioridad en estas intervenciones, la actitud no es uniforme y dependiendo del problema, de la población de sujetos, etc., otras alternativas en base a procesos que creemos más automáticos pueden ser elegidas según distintas preferencias.

Otro terreno en el que hay diferencias que se harán más relevantes con el paso de los años es en el papel que los procesos no conscientes pueden tener en la explicación y cambio de la conducta. Tanto la psicología experimental como una larga historia en la clínica señalan la presencia reiterada de procesos significativos a nivel no consciente. Por ejemplo, los resultados de la extraordinaria revisión meta-analítica de Bornstein (1989) sobre la relación entre afecto y exposición, en donde se demuestra cómo los efectos se pueden obtener con mayor eficacia si son breves y **no hay reconocimiento** de los estímulos (p. 275). A la luz de estos y otros datos, nuestra orientación necesita generar un debate abierto que facilite un mejor conocimiento de estos procesos, su incorporación o no a programas de trabajo y procedimientos de evaluación adecuados.

5. Estudios de resultado

En esta breve revisión vamos a limitarnos a algunos resultados (ansiedad y depresión) en adultos, dejando para otra ocasión el estudio en niños, adolescentes y ancianos, así como los datos correspondientes a otras disfunciones. Desde los trabajos pioneros de evaluación de resultados del psicoanalista Knight (1941) hasta el moderno desarrollo del meta-análisis, los datos han señalado reiteradamente que la intervención psicológica es eficaz en líneas generales. Ayuda realmente al sujeto que padece, aliviando o resolviendo sus problemas. Los primeros trabajos que subrayaron esta conclusión fueron los de Luborsky y col. (1975) y Smith y Glass (1977, 1980). Estos últimos ya han sido comentados anteriormente. Más recientemente, Adrews y Harvey (1981) al revisar 81 estudios, que incluían a 2.202 sujetos realmente clínicos (a diferencia del trabajo de Smith y Glass citado, que incluía sólo un 22% de pacientes auténticamente clínicos) pudieron matizar estos primeros resultados tan generalizadores. Alcanzaron la conclusión, al agrupar las terapias en comportamentales, psicoanalíticas o humanistas que sólo las dos primeras se distinguían significativamente del grupo placebo. Además, el tamaño del efecto del meta-análisis era de .97 para las terapias comportamentales, de .74 para las psicoanalíticas y de .35 para las humanistas.

Pero al incluir en estos estudios todo tipo de patologías, no logramos llegar a saber el efecto de las TCC sobre cada una en particular. Tratemos de dar un breve resumen de las principales.

1. *Fobia simple*

A pesar de las aportaciones teóricas importantes de Beck (1976; Beck y Emery, 1985) para conceptualizar las respuestas fóbicas en un contexto terapéutico cognitivo, los resultados provisionales no son muy positivos. Last (1984), en una revisión, concluye que con pacientes clínicos la terapia cognitiva sola resulta relativamente ineficaz cuando se la compara con procedimientos estándar de exposición. Así, en dos trabajos (Biran y Wilson, 1981; Ladouceur, 1983) la eficacia de la terapia cognitiva fue

inferior a la de la exposición. Con el segundo procedimiento, en estudios de seguimiento de entre 1 y 5 años, se mantenía una mejoría media del 54% respecto a las condiciones anteriores al tratamiento (O'Sullivan y Marks, 1990).

2. Fobia social

Butler (1985) ha mostrado la superioridad de las técnicas de exposición "in vivo" sobre una lista de espera. Con anterioridad, ya Marzillier et. col. (1976) habían demostrado la superioridad de la DS y del role-playing sobre lo sujetos que, aun cuando no presenten fobia social, tienen algún recorte importante de competencia social (Beck y Emery, 1985). Mattick et. col. (1989) no han encontrado diferencias en los resultados de los grupos con terapia cognitiva o con exposición "in vivo" tras seis meses de seguimiento. Los dos grupos eran superiores a los sujetos de la lista de espera. Según O'Sullivan y Marks (1990) las ganancias terapéuticas alcanzadas con este tipo de intervenciones se mantienen a largo plazo.

La revisión crítica de Heimberg (1989) señala que la superioridad de los tratamientos con TCC respecto a la farmacoterapia está asegurada, invitando al análisis del extenso trabajo de Levin y col. (1989). Para Heimberg (1989) la exposición se beneficia con la incorporación de técnicas cognitivas (diseñadas de modo **Integrado** con la exposición y no como **bloques aparte** y fuera de ella, p. 124) o de otros procedimientos de coping, mejorando la magnitud y la estabilidad del cambio. No hay que olvidar que en estos sujetos los tratamientos cognitivos pueden reducir el arousal fisiológico tanto como los procedimientos de relajación, como demostraron Jerremalm y col. (1986). A una conclusión similar llegaron Berman, Miller y Massman (1985) cuando revisaron 25 estudios en donde se comparaba la DS con la terapia cognitiva en un abanico amplio de trastornos de ansiedad. La eficacia no fue superior de una técnica a la otra, y tampoco se incrementaba si ambas técnicas se combinaban. A la misma conclusión llegaron Miller y Berman (1983) en su meta-análisis con 48 estudios, señalándose además que los "resultados con sujetos voluntarios parece ofrecer una estimación razonable (como equivalente) de la eficacia en poblaciones clínicas" (p. 49), subrayando que la TCC se muestra con la misma eficacia con categorías diagnósticas distintas, con diversas formas de tratamiento o con características distintas del terapeuta. Igualmente conserva su nivel de eficacia en el tratamiento en grupo o individual, coincidiendo con los resultados anteriores de Shaffer y col. (1981).

En definitiva, la combinación de exposición con técnicas cognitivas, relajación u otros procedimientos de coping parecen ser efectivas en la ansiedad social aun cuando todavía queden lagunas en la investigación.

3. Ansiedad generalizada

En este campo, las TCC parecen mantener una superioridad sistemática sobre otras alternativas. En tres trabajos controlados obtuvieron ventajas estadísticamente significativas sobre los sujetos de lista de espera, manteniéndose seis meses después (Tarrier y Main, 1986; Blowers y col., 1987; Butler y col., 1987). Además, Butler y col. (1987) señalaron cómo este tipo de intervenciones disminuía la ingesta de psicótopos (recordemos la tendencia típica de estos sujetos al consumo de las benzodiacepinas).

También hay un estudio en donde se comparó la terapia de conducta con la terapia cognitiva en estos pacientes (Durham y Turvey, 1987). Tras un seguimiento de seis meses, la terapia cognitiva se mostraba superior a la puramente conductual. Igualmente, Borkovec y col. (1987) encontraron que la relajación más la terapia cognitiva era significativamente mejor que la relajación más la terapia no directiva. Un trabajo reciente con 101 sujetos que cumplían los criterios de DSM III (Power y col., 1990), en donde se comparaba la TCC con Diazepan, Placebo, TCC más Diazepan o TCC más Placebo, señaló al final del tratamiento y a los seis meses de seguimiento la superioridad de todos los grupos que utilizaban TCC, especialmente con TCC sola y con TCC más Diazepan. Además sólo en estos grupos se obtuvo una disminución significativa en el número de intervenciones necesarias durante el seguimiento. Finalmente, en un trabajo muy reciente, en donde se han revisado 57 estudios que comparaban la TCC con la terapia de conducta (Butler y col, 1991), con seguimientos de 18 meses y con tratamiento doblemente chequeado en Inglaterra y Holanda, se encontró una clara superioridad de la TCC sobre la terapia de conducta tanto en las medidas de ansiedad como en depresión y cognición.

4. Obsesiones-compulsiones

Sin duda que ha sido Marks (1987; Marks y col., 1988; O'Sullivan y Marks, 1990) el que más ha evaluado la eficacia de la exposición en este tipo de patologías. En la revisión más reciente (O'Sullivan y Marks, 1990) y en base a nueve estudios con un total de 195 sujetos con seguimientos de entre 1 y 6 años, el 78% mantenían la mejoría durante el seguimiento, se obtuvo una disminución media de los rituales del 60%, se apreció que los síntomas residuales eran frecuentes y que la posibilidad de tener episodios depresivos se mantenía constante. Este último efecto se ha tratado clásicamente con antidepresivos, pero sabemos que sus dos limitaciones más importantes, es decir, su tasa de recaídas (Thoren y col., 1980) y los efectos secundarios (Monteiro y col., 1986) limitan su utilización a los casos con depresión importante (Marks, 1980; Cottraux, 1990), o después de que la exposición y la prevención de respuesta no hayan funcionado (Marks y col., 1988). Una alternativa al uso de los antidepresivos puede haberse encontrado tras los resultados de Emmelkamp y col. (1988) que al comparar la auto-exposición a la terapia racional emotiva, sólo la segunda provocó mejoras en los síntomas depresivos de los sujetos obsesivos a los seis meses de seguimiento. La mejoría en rituales, ansiedad generalizada y ansiedad social era equivalente en uno y otro grupo de tratamiento. Estos resultados corrigen a otros anteriores (Emmelkamp y col. 1980, 1986) en los que se trataba de ver si la sustitución de los monólogos negativos por otros positivos incrementaban la eficacia de la exposición "in vivo" con prevención de respuesta o en donde se comparó el entrenamiento en auto-instrucciones y la RET con la exposición y cuyos resultados fueron negativos.

La exposición, siendo un **procedimiento** típico de la modificación de conducta implica **procesos** cognitivos (percepción, atención, memoria, expectativas, etc.) que pueden ser cruciales para entender los resultados y optimizarlos (Bas, 1991), sin que con ello queramos señalar que los condicionamientos automáticos (probablemente no conscientes) no tengan un papel esencial y puedan presentarse en paralelo o independientemente de los procesos mediados. Las variables más relevantes para los procesos de exposición en relación al afecto, como ya hemos señalado anteriormente,

han sido revisadas recientemente por Bornstein (1989), en donde se ha pasado revista a las conclusiones de los 20 últimos años (1968-1987).

Nuevos modelos teóricos de TCC, como el de Salkovskis (1985; Salkovskis y Warwick, 1987) pueden abrir nuevas esperanzas de tratamiento para este problema.

5. *Agorafobia*

La exposición es un método usual en el tratamiento de la agorafobia. El meta-análisis de Jacobson y col., (1988), sobre 11 estudios señala una mejoría media por este método del 58%. La adición de técnicas cognitivas y la colaboración del compañero/a aparecen como factores que mejoran los resultados. O'Sullivan y Marks (1990) han efectuado estudios de seguimiento con sujetos tratados con exposición solo que van de uno a nueve años sobre un total de diez trabajos. El seguimiento durante cuatro años de 474 sujetos señaló que el 76% había mejorado. La mejoría media con respecto al pretratamiento era del 50% y el ajuste social y laboral era superior. Es decir, los efectos de la exposición eran duraderos (a diferencia, como veremos, del tratamiento con antidepressivos). Pero las recaídas en base a episodios depresivos o agorafóbicos era del 25%, y la aparición de problemas psicológicos diversos se daba en el 50%, en ambos casos contabilizados en base a consulta médica o psiquiátrica. El uso de antidepressivos implica ciertos problemas. Tras dejar de tomar las dosis, su aporte a los efectos de la exposición desaparece (Zitrin, 1980). Además, las recaídas son elevadas al dejar de tomarlo, situándose entre el 25 y el 100% (Noyes y col., 1986). Sin embargo, como señala Marks (1987), los antidepressivos son útiles entre los agorafóbicos deprimidos y en el caso de que los ataques de pánico se mantengan muy intensos y frecuentes después de seis semanas de exposición (a conclusiones semejantes se alcanza con la revisión de Echeburua, 1991).

El fenómeno del pánico es complejo, como puede apreciarse en la reciente revisión de los modelos hecha por Avia (1991). Para algunos, la terapia cognitiva, en forma de entrenamiento en auto-instrucciones, terapia racional emotiva o intención paradójica no ha demostrado su superioridad a la exposición. Al menos eso se desprende de la revisión de resultados de Cottraux y Mollar (1988). En cambio, la asociación de terapia cognitiva con control respiratorio ha dado resultados excelentes (Bonn y col., 1984; Clark y col. 1985; Salkovskis y col., 1986; Hibbert, 1989; Rutter y col. 1989). El hecho de que Hibbert y Can (1989) demostraran que la hiperventilación sola no mejoraba los resultados respecto a los sujetos que no la utilizaban, hace pensar en el peso decisivo que la terapia cognitiva puede tener en dichos resultados. De hecho, Michelson y col. (1990) han probado específicamente la hipótesis cognitiva de los ataques de pánico (Beck, 1986; Clark, 1986), replicando resultados anteriores que sostenían dicha hipótesis (Clark y col., 1985; Gitlin y col., 1985; Sokol-Kessler y Beck, 1987). De cualquier modo, mi propia experiencia clínica me señala que la exposición a los síntomas fisiológicos que genera la hiperventilación en combinación con una teoría no catastrofista de estos síntomas y un programa integrado amplio de terapia cognitiva resulta una combinación muy eficaz para la superación de los ataques de pánico de manera rápida y eficaz. En este campo como en otros de la psicopatología nosotros creemos que los procesos automáticos de condicionamiento (p. ejem., en el pánico, el modelo de Wolpe y Rowan, 1988), y los modelos cognitivos no son irreconciliables, ya

que pueden estar reflejando procesos compatibles o paralelos de aprendizaje que deben ser abordados a la vez para obtener una remisión eficaz de las respuestas no adaptativas.

Clum (1989) ha efectuado una revisión de 40 estudios con tratamiento de los ataques de pánico mediante medicación y de 14 estudios con TCC. Su conclusión es la de que es prematuro señalar la superioridad de un tratamiento sobre el otro, si bien se señala que las TCC "más cognitivas" y específicas ofrecen una tasa más baja de recaídas, la tasa más baja de abandono voluntario de la terapia y la reducción más fuerte de los ataques de pánico.

6. Depresión

En este campo los trabajos de terapia cognitiva son muy extensos y sería muy difícil poder resumirlos aquí. Tratemos, en primer lugar, de comparar la terapia cognitiva con los antidepresivos. Los trabajos pioneros (Rush, Beck, Kovacs y Hollon, 1977; Kovacs, Rush, Beck, y Hollon, 1981) ya demostraron, en seguimientos de un año, con sujetos bien diagnosticados y en comparación con el tratamiento farmacológico estándar la eficacia diferencial de la TCC. La revisión de Blackburn y Cottraux (1988) en base a siete estudios ha sido sintetizada por Cottraux (1990, p. 198) de la siguiente manera:

1. En dos estudios, la terapia cognitiva demostró ser más eficaz a corto plazo que los antidepresivos.
2. En cinco estudios, mostró una eficacia también a corto plazo similar a la de los antidepresivos.
3. La asociación de terapia cognitiva a los antidepresivos fue igual a la terapia cognitiva sola en los cuatro estudios en donde la eficacia de la combinación fue probada.
4. Cuatro estudios mostraban un seguimiento de más de un año. Tres presentaban datos que señalaban la superioridad de la terapia cognitiva sola o asociada a los medicamentos en relación a los medicamentos solos, ofreciendo además una tasa significativamente menor de recaídas. Sólo en uno de estos estudios de seguimiento la asociación de terapia cognitiva y medicamentos era superior a la terapia cognitiva sola, pero la diferencia no era estadísticamente significativa.

El N.I.M.H. (Instituto Nacional de Salud Mental de U.S.A.) ha efectuado recientemente un estudio controlado (Elkin y col, 1985, 1989). Se utilizaron 250 sujetos depresivos externos extraídos de un pool inicial de 560 al que se le entrevistó con el Programa para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia de Endicott y Spitzer (1978). Los sujetos cumplían los criterios de depresión mayor según RDC, no eran bipolares ni presentaban síntomas psicóticos. Fueron al azar asignados a cuatro grupos de tratamiento: programa de terapia cognitiva tipo Beck (Beck y col., 1979), terapia interpersonal según el programa de Klerman y col. (1984), imipramina más terapia de apoyo y placebo más terapia de apoyo (según programas de Fawcett y col., 1987). La terapia interpersonal trataba de ayudar a los pacientes a identificar y comprender mejor sus problemas interpersonales y desarrollar formas más adaptativas de relacionarse con los otros. Todos los tratamientos duraron 16 semanas con un rango de 16 a 20

sesiones. El tiempo de terapia psicológica era de 50 minutos y el farmacoterapia de 20 a 30, con una sesión inicial de 45 a 60 minutos. No existía grupo de terapia psicológica-placebo ni grupo de lista de espera.

En conjunto, y a falta de estudios de seguimiento, los resultados no presentan diferencias entre los efectos de las terapias psicológicas y ninguna de ellas es significativamente menos efectiva que el tratamiento farmacológico estándar (Elkin y col., 1989, p. 980). En cambio, con el subgrupo de los más graves la imipramina con terapia de apoyo se mostró más eficaz que las terapias psicológicas solas. También, en estos sujetos más graves, la terapia interpersonal se mostró ligeramente superior a la terapia cognitiva de Beck. A nuestro juicio, la brevedad de los tratamientos (que ya hemos criticado en un apartado anterior) y la falta de un grupo placebo puro (sólo falsas pastillas), sin "terapia de apoyo", así como la no existencia de un grupo de atención-placebo (aunque comprendemos las limitaciones éticas que pueden implicar estos diseños), cuestionan en parte estos resultados. Por otro lado las limitaciones de los grupos placebo en las evaluaciones de resultados en psicoterapia (y por tanto el posible impacto de las terapias de apoyo en la farmacoterapia y en la investigación que nos ocupa) han sido extensamente subrayadas como problemáticas (Stiles y Shaphiro, 1989; Wilkins, 1984, 1986).

De todos modos, otros factores diferenciadores pueden expresarse a través del seguimiento, como por ejemplo hallaron Simons y col. (1984, 1986) al encontrar un número de recaídas y recurrencias mayor entre los sujetos tratados con quimioterapia sola en comparación con los tratados con terapia cognitiva o combinada. Iguales resultados obtuvieron Miller y col. (1989), tras un seguimiento de un año. Pero para nosotros, la conclusión más interesante puede señalar la conveniencia de no olvidar los componentes más **conductuales y sociales** en el tratamiento de las alteraciones más aparentemente "cognitivas", es decir, de no pasar por alto una visión holística del tratamiento que haga honor al doble término cognitivo-conductual (o a la inversa, según se prefiera).

Recientemente, Dobson (1989) ha efectuado un meta-análisis de la eficacia de la TCC para la depresión. En él se alcanzan resultados similares a los hallados por Shapiro y Shapiro (1982) cuando encontraron en otro meta-análisis la superioridad de las TCC sobre la terapia de conducta clásica. En ella se ha evaluado el **tamaño del efecto medio** para la TCC al compararla a la terapia de conducta, farmacoterapia, varios tipos de psicoterapia, grupo de control sin tratamiento y grupo de lista de espera. Comparado con cualquiera de los dos últimos, el paciente medio de la TCC mejoró más que el 98% de ellos. Del mismo modo el paciente medio de TCC mejoró los resultados del 67-70% de los sujetos que habían sido tratados con cualquier otra terapia. Además, y sumándonos a las mismas conclusiones halladas anteriormente con el extenso meta-análisis efectuado por Miller y Berman (1983) con distintos tipos de TCC, Dobson (1989) encontró que el efecto del tratamiento no estaba mediado por la duración de la terapia, el sexo o la edad.

Pero la contribución de la TCC a la investigación de resultados va más allá que la simple comparación con otras terapias, habiendo promovido el estudio matizado de los procesos de cambio y estimulando la creación de nuevos modelos teóricos. Por ejemplo, una ventaja posible de la TCC sobre la farmacoterapia, que ya hemos señalado antes, puede específicamente localizarse en la fase de mantenimiento (p. ejem.,

Blackburn, Eunson y Bishop, 1986); qué pacientes pueden ser mejores candidatos a la TCC que a la quimioterapia (Simons y col., 1985); qué variables del proceso predicen mejor la respuesta favorable (p. ejem., Fennel y Teasdale, 1987); qué predice las recaídas después de la TCC (Bas y Andrés, 1989; Simons y col, 1986); procesos cognitivos incluidos en la toma de decisiones clínicas (Turk y Salovey, 1985 a y b); período de la terapia en el que la mejoría es máxima (Rush y Watkins, 1981), etc. Nuevos modelos teóricos sobre el origen y/o mantenimiento de la depresión (p. ejem., Lewinsohn y col., 1985; Teasdale, 1985; Gotlib y Colby, 1987; Pyszczynski y Greenberg, 1987) se han desarrollado recientemente a caballo de la vigorosa investigación en TCC.

La terapia en grupo ha dado resultados positivos (p. ejem., Gioe, 1975; Shaw, 1977; Shaw y Hollon, 1978), obteniéndose recientemente incluso iguales resultados que en terapia individual (Scot y Stradling, 1990). Trabajar la competencia social del depresivo parece una opción deseable en una proporción de ellos (Bas y Andrés, 1986, 1989); así el entrenamiento en habilidades sociales y asertividad parece tener éxito en las depresiones crónicas (Becker, Heimberg y Bellack, 1987) y al menos en un estudio ha dado resultados similares a los de la terapia cognitiva (Miller, 1989). En cambio un reciente meta-análisis (Segrin, 1990), y tras una revisión de 51 estudios, ha mostrado que la mayoría de los depresivos no presentan déficit en habilidades sociales cuando éstas son evaluadas por observadores independientes o medidas conductuales, pero sí se encuentra cuando se evalúa en base a auto-informes. Este último dato se contempla como un reflejo de la depresión.

En la población adulta, y en otros ámbitos tales como sexualidad, medicina conductual, toxicomanías y anorexia y bulimia o con la población de ancianos, la TCC también han demostrado un nivel general de eficacia (ver, por ejemplo, Cottraux, 1987; Emmelkamp, 1986; Friedman, 1984; Gallagher y Thompson, 1983; Mitchel y col., 1990; Rhodes y Jason, 1988).

Todos estos resultados colocan a las TCC en primer lugar entre las metodologías más utilizadas en los programas de las facultades de Psicología y centros clínicos y de investigación en EE.UU., según se deriva del estudio reciente de la *American Psychologist* (Sayette y Mayne, 1990). En esta investigación, la TCC fue elegida por el 42'2% de los sujetos, seguida por la orientación psicoanalítica con el 25'5%, la orientación conductista radical con el 14'2%, sistémica con el 13'5% y finalmente humanista con el 10'1%.

6. Comentarios finales

Vamos a señalar brevemente algunos temas en los que pensamos que deberíamos centrar nuestros esfuerzos en los próximos años: 1) superar la falsa dicotomía cognitivo o conductual, ahondando en el papel del medio para controlar o influir en la conducta así como en el papel de lo cognitivo para controlar o influir en la conducta; 2) empezar a utilizar unidades más molares de análisis, cadenas o segmentos tipo contexto-cognitivo-conductual-emocional (algo así como microprocesos funcionales) en vez de unidades más clásicas, académicas y descontextualizadas tales como lo "cognitivo", lo "conductual", etc., como si en los sujetos se presentasen así de fragmentados los fenómenos, es decir considerar cada análisis funcional como un todo, en vez de quedar presos por los elementos componentes; 3) desarrollar un esfuerzo para

definir mejor los conceptos básicos, sobre todo en la vertiente cognitiva a fin de poder validar tanto los procedimientos de intervención como las teorías que los inspiran. Si no se hace así podemos llegar a albergar un eclecticismo tanto técnico como teórico sin que nos apercebamos de ello; 4) trabajar para evaluar el poder terapéutico diferencial de cada técnica (las poblaciones con las que tiene éxito, los tipos de problemas que mejor resuelve, etc.), así como el poder terapéutico generalizador de cada programa (qué técnicas o programas abarcan con éxito mayor número de problemas, de poblaciones, etc.); 5) promover la imagen del psicólogo clínico y su práctica cotidiana a fin de que evolucione hacia el rol de un investigador, que no sólo acumula experiencia sino también **datos** que permiten un desarrollo cuantitativo de la disciplina, facilitando la obtención de algunos de los objetivos anteriormente trazados. Para ello ha de perrecharse de bancos de datos y métodos de análisis adecuados a sus objetivos, organización, etc.

Dobson (1988) ha señalado las cuatro grandes áreas en las que espera que se produzcan los mayores desarrollos en los próximos años: 1) en la revisión y desarrollo de la teoría (en el debate entre cognición y emoción, en la evolución de la orientación constructivista y el movimiento unificador de modelos psicopatológicos y terapéuticos que está promoviendo, etc.); 2) en la evaluación cognitiva (estructuras, procesos, contenidos, disfunciones cognitivas, etc.); 3) en la expansión y evaluación de la terapia (nuevas técnicas en el área infantil, en terapia de familia, etc.; nuevas aplicaciones de la terapia cognitiva, como en disfunciones sexuales, agorafobia, anorexia nerviosa, etc., nuevas formas de evaluación de resultados terapéuticos; profundización del estudio de los factores comunes entre distintos programas terapéuticos y el estudio de los procesos de cambio en las TCC), y 4) investigación del desarrollo de los trastornos en el adulto.

En definitiva, la orientación cognitivo-conductual está viva y llena de proyectos. Esperamos que la nueva situación mundial, que es posible que facilite transferencias culturales y procesos simbióticos nuevos, ofrezca a los clínicos e investigadores el acceso a la confección de modelos teóricos y procedimientos de trabajo más comprensivos y eficaces.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Andrews, G. y Harvey, R. (1981) Does psychotherapy benefit neurotic patients? A reanalysis of the Smith, Glass, and Miller data. *Archiv. of Gener. Psychiat.*, **38**, 1203-1208.
- Arnkoff, D. (1980) Psychotherapy from the perspective of cognitive therapy. En M. J. Mahoney (comp.), *Psychotherapy process*. N. Y.: Plenum.
- Avia, M. D. El fenómeno del pánico: modelos conceptuales e implicaciones para el tratamiento. *Clínica y salud*. Pendiente de publicación.
- Baker, A. L. y Wilson, P. H. (1985) Cognitive-behavior therapy for depression: the effects of booster sessions on relapse. *Behav. Ther.*, **16**, 335-344.
- Bandura, A. (1969) *Principales of behavior modification*. Holt, Rinehart y Winston. (Hay traducción castellana, Ed. Univer. Pontificia de Salamanca).

- Bandura, A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, **84**, 191-121.
- Bandura, A. y Walters, R. H. (1963) **Social learning and personality development**. Holt, Rinehart and Winston, Inc. (Hay traducción castellana, Ed. Alianza).
- Bas Ramallo, F. (1981) Las terapias cognitivo-conductuales: una revisión. **Estudios de Psicología**, **7**, 92-114.
- Bas Ramallo, F. (1982) **La transferencia de la autocrédibilidad: un ensayo experimental**. Memoria de Licenciatura no publicada Facultad de Psicología. U.A.M.
- Bas Ramallo, F. (1987) El papel de las auto-manifestaciones en las terapias cognitivo-conductuales. **Estudios de Psicología**, **29-30**, 143-174.
- Bas Ramallo, F. (1991) Hacia un modelo cognitivo-conductual del cambio: el papel de la auto-atención. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología, U.A.M.
- Bas Ramallo, F y Andrés V. (1986) Estudio de seguimiento de 21 sujetos depresivos unipolares tratados con terapia cognitivo-conductual. **Symposium Internacional sobre Diagnóstico y Clasificación de las Depresiones**. Noviembre, Madrid, Facultad de Medicina.
- Bas Ramallo, F. y Andrés, V. (1989) Abandono voluntario de la terapia y recaídas en el seguimiento de 64 depresivos unipolares tratados con terapia cognitivo-conductual. **Giornale Italiano di Scienza e Terapia del Comportamiento**, **22/23**, 133-139.
- Bas Ramallo, F., y Andrés, V. (en prensa). Evaluación de procesos y constructos psicológicos básicos de la depresión según distintos modelos teóricos. En G. Buela-Casal (comp.), **Manual de Evaluación Clínica y de la Salud**. Madrid: Siglo XXI.
- Beck, A. T. (1967) **Depression: Causes and treatment**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1970) Cognitive Therapy: Nature and relation to behavior therapy. **Behavior Therapy**, **1**, 184-200.
- Beck, A. T. (1976) **Cognitive Therapy and the emotional disorders**. N. Y.: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1983) Cognitive therapy of depression: New perspectives. En P. J. Clayton y J. E. Barret (Eds.), **Treatment of depression: old controversies and new approach**. N. Y.: Gen. Raven Press.
- Beck, A. T. (1986) **Cognitive approach to panic disorders: Theory and therapy**. Escrito presentado a la conferencia del NIMH sobre "Cognitive aspects of panic disorder", 2-3 June, Bethesda, Md.
- Beck, A. T. (1988) **Love is never enough**. N. Y.: Harper y Row. (Hay traducción castellana, Ed. Paidós).
- Beck, A. T., Emery, G., y Greenberg, R. L. (1985) **Anxiety disorders and fobias: A cognitive perspective**. N. Y.: Basic Books, Inc., Publishers.
- Beck, A. T., Epstein, N., Harrison, R., y Emery, G. (1983) Development of the Sociotropy-Autonomy Scale: A mesure of personality factors in psychopathology. Manuscrito no publicado. Univ. de Pensilvania.
- Beck, A. T., Resnick, H. L. P. y Lettieri, D. J. (1986) **The prediction of suicide**. Philadelphia: Charles Press.

- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979) **Cognitive therapy of depression**. N. Y.: Guilford Press. (Hay traducción castellana, Ed. DDB).
- Becker, R.; Heimberg, R., y Bellack, A. (1987) **Social skills training treatment for depression**. N. Y.: Pergamon Press.
- Beckham, E. E.; Leber, W. R.; Watkins, J. K.; bojer, J., y Cook, J. **The cognitive triad inventory**. (Comunicación personal. Existe traducción castellana en el Centro de Psicología "Bertrand Russell").
- Bem, S. (1967) Verbal self-control: The establishment of effective self-instruction. **Jour. of Exper. Psychol.**, **74**, 485-491.
- Benjamín, J. (1990) The mind-body problem in contemporary psychiatry. **Isr. Jour. Psychia. Relat. Sci.**, **22**, 67-80.
- Berman, J. S.; Miller, R. C., y Massman, P. J. (1985) Cognitive therapy versus systematic desensitization: Is one treatment superior? **Psychol. Bull.**, **97**, 451-461.
- Bernard, M. E. (1980) Private thoughts in rational-emotive-psychotherapy. **Rational Living**, **15**, 3-8.
- Biran, M., y Wilson, G. T. (1981) Treatment of phobic disorders using cognitive and exposure methods: a self-efficacy analysis. **Jour. of Cons. and Clinic. Psychol.**, **49**, 886-899.
- Blackburn, I. (1988) Cognitive measures of depression. En C. Perris, I. M. Blackburn y H. Perris (Eds.), **Cognitive Psychotherapy: Theory and practice**. Heidelberg: springer-Verlag.
- Blackburn, I., y Cotraux, J. (1988) **Thérapie cognitive de la dépression**. Paris: Masson.
- Blackburn, I. M.; Eunson, K. M., y Bishop, S. (1986) A two-year naturalistic follow-up of depressed patientstreated with cognitive therapy, pharmacotherapy, and a combination of both. **Jour. of Affec. Disor.**, **10**, 67-75.
- Blowers, C.; Cobb, J., y Mathewus, A. (1987) Generalize anxiety: a controlled treatment study. **Behav. Res. and Ther.**, **6**, 493-502.
- Bonn, J.; Readhead, C., y Timmons, B. (1984) Enhanced adaptative behavioral response in agoraphobic patients pretreated with breathing retraining. **Lancet**, **22**, 665-669.
- Borkovec, T. D.; Mathews, A. M.; Chambels, A.; Ebrahimi, S.; Lytle, R., y Nelson, R. (1987) The effects of relaxation training with cognitive or nondirective therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. **Jour. of Cons. and Clin. Psychol.**, **55**, 883-888.
- Bornstein, R. F. (1989) Exposure and affect: Overview and Meta-Analysis of research, 1968-1987. **Psychol. Bull**, **106**, 265-289.
- Botella, C. (1991) Terapia cognitivo estructural: el modelo de Guidano y Liotti. En V. E. Caballo (comp.), **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Bower, G. M. (1981) Mood and memory. **Amer. Psychol.**, **36**, 129-148.
- Bowlby, J. (1969) Attachment and loss, Vol. 1: **Attachment**. Londres: Hogarth Press. (Hay traducción castellana, Ed. Paidós).
- Bowlby, J. (1973) Self reliance and some conditions that promote it. En R. G. Rosling (comp.), **Support, Innovation and autonomy**. Londres: Tavistock.
- Bowlby, J. (1985) The role of childhood experience in cognitive disturbance. En M. J. Mahoney y

- A. Freeman (comp.), **Cognition and Psychotherapy**. N. Y.: Plenum. (Hay traducción castellana en Ed. Paidós).
- Bragado, C., y Carrasco, I. (198) Límites y efectividad de las técnicas cognitivo-conductuales en su aplicación clínica. **Revista Española de Terapia del Comportamiento**, **5**, 249-266.
- Breger, G. L., y Mc. Gaugh, J. (1965) Critique and reformulation of "learning theory": Approaches to psychotherapy and neurosis. **Psychol. Bull.**, **63**, 338-358.
- Brockner, J., y Hulton, A. J. B. (1978) How to reverse the vicious cycle of low self-esteem: the importance of attentional focus. **Jour. Exper. Soc. Psychol**, **14**, 564-578.
- Bunge, M., y Ardila, R. (1988) **Filosofía de la Psicología**. Barcelona: Ariel.
- Butler, G. (1985) Exposure as a treatment for social phobia: Some instructive difficulties. **Behav. Res. and Ther.**, **23**, 651-657.
- Butler, G.; Cullington, A.; Hibbert, G.; Klimes, I., y Gelder, M. (1987) Anxiety management for persistent generalised anxiety. **British Jour. of Psychiat.**, **151**, 535-542.
- Butler, G.; Fenell, M.; Robson, P., y Gelder, M. (1991) Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of Generalized Anxiety Disorders. **Jour. of Cons. and Clin. Psychol**, **59**, 167-175.
- Companelli, M., y Domenella, R. G. (1989) Self-worry come preparazione all'ansia sociales. Trabajo presentado al Congreso Internacional de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental de los Países de Lengua Latina. Roma, abril, 1989.
- Campbell, D. T. (1974) Evolucionary Epistemology. En P. A. Schilpp (Ed.), **The philosophy of Karl Popper**. La Salle, 111: The Library of Living Philosophers.
- Carmin, C. C., y Dowd, E. T. (1988) Paradigms in cognitive psychotherapy. En W. Dryden y P. Trower (comp.), **Developments in cognitive psychotherapy**. Newsbury Park, CA: Sage.
- Carver, C. S. (1979) A Cybernetic Model of Self-Attention Processes. **Jour. Person. Psychol**, **37**, 1251-1281.
- Cautela, J. R. (1967) Covert sensitization. **Psychological Reports**, **20**, 459-468.
- Cautela, J. R. (1969) Behavior Therapy and self-control: Techniques and implications. En C. M. Franks (Ed.), **Behavior Therapy: Appraisal and status**. N. Y.: McGraw-Hill.
- Chomsky, N. (1959) A review of verbal bahavior in B. F. Skinner **Language**, **35**, 26-58.
- Clark, D. M. (1986) A cognitive approach to panic. **Behav. Res. Ther.**, **24**, 461-470.
- Clark, D. M.; Salkovskis, P. M., y Ghalkley, A. J. 91985) Respiratory control as a treatment for panic attacks. **Jour. of Behav. Ther. and Exper. Psychiat.**, **16**, 23-30.
- Clum, G. (1989) Psychological interventions vs drugs in the treatment of panic. **Behav. Ther.**, **20**, 429-457.
- Cottraux, J. (1987) Principes généraux et évaluation des thérapies cognitivo-comportementales dans les dysfonctions sexuelles. Résultats sur 94 cas. **Cahiers de Sexologie Clinique**, **12**, 50-57.
- Cottraux, J. (1990) Les thérapies comportementales et cognitives. Paris: Masson.
- Cottraux, J., y Mollard, E. (1986) **Les phobies: perspectives nouvelles**. Paris: Presse Universitaires de France.

- Da Veiga, J. A. (1990) **Factores cognitivos de vulnerabilidade para a depressao**. Tesis doctorl. Coimbra: Universidad de Coimbra, Fac. de Psicol. y Cien. de la Educación.
- Davis, D., y Brock, T. C. (1975) Use of first-person pronouns as a function of increased objective self-awareness and performance feedback. **Jour. Exper. Soc. Psychol**, **11**, 381-388.
- Day, W. F. (1969) Radical behaviorism in reconciliation with phenomenology. **Jour. of Exper. Anal. of Behav.**, **12**, 315-328.
- DeRubeis, R. J., y Beck, A. T. (1988) Cognitive Therapy. En K. S. Dobson (Ed.), **Handbook of Cognitive Behavior Therapies**, 273-307. N. Y.: The Guilford Press.
- Diekstra, R., y Dassen, W. F. (1979) **Rationale Therapie**. Amsterdam: Swets and Zeitlinger.
- Dobson, K. S. (1988a) **Handbook of cognitive-behavioral therapy**. N. Y.: The Guilford Press.
- Dobson, K. S. (1988b) The present and future of the cognitive-behavioral therapies. En K. S. Dobson (Ed.), **Handbook of cognitive-behavior therapies**, 387-415. N. Y.: The Guilford Press.
- Dobson, K. S. (1989) A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. **Jour. Cons. Clin. Psychol**. **57**, 414-419.
- Dobson, K. S., y Block, L. (1988) Historical and pilosophical bases of the cognitive-bahavioral therapies. En K. S. Dobson (Ed.), **Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies**. N. Y.: The Guilford Press.
- Durham, R., y Turvey, A. (1987) Cognitive therapy vs behavior therapy in the treatment of chronic general anxiety. **Behav. Res. and Ther.**, **25**, 229-234.
- Dush, D. M.; Hirt, M. L., y Schoroeder, H. (1983) Self-Statement modification with adults: A meta-analysis. **Psychol. Bull.**, **94**, 408-422.
- Duval, S., y Wixklund, R. A. (1972) A theory of objetive self-awareness. Orlando FL: Academic Press.
- D'Zurilla, T. J. (1986) **Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention**. N. Y.: Springer.
- D'Zurilla, T. J. (1988) Problem-Solving Therapies. En K.S. Dobson (Ed.), **Handbook of cognitive-behavioral therapies**. N. Y.: The Guilford Press.
- D'Zurilla, T. J., y Goldfried, M. R. (1971) Problem solving and behavior modification. **Jour. of Abnor. Psychol.**, **78**, 107-126.
- D'Zurilla, T. J., y Nezu, A. (1982) Social problem-solving in adults. En P. C. Kendall (comp.), **Advances in cognitive behavioral researchand therapy**, Vol. 1. N. Y.: Academic Press.
- Echeburua, E. Eficacia terapéutica de los psicofármacos y de la exposición en el tratamiento de la agorafobia/trastornos de pánico: una revisión. **Clínica y Salud**. Pendiente de publicación.
- Elkin, I., y col. (1985) NIMH treatment of depression collaborative research program. **Arch. of Gen. Psychi.**, **42**, 305-316.
- Elkin, I., y col. (1989) National Institute of Mental Health treatment of depression colla-borative re-search program. General effectiveness of treatments. **Arch. of Gen. Psychi.**, **46**, 971-983.
- Ellis, A. (1962) Reason and emotion in psychotherapy. N. Y.: Stuart. (Hay traducción castellana. Ed. DDB).
- Ellis, A. (1970) **The essence of rational psychotherapy: A comprehensive approach to treatment**. N. Y.: Institute for Rational Living.

- Ellis, A. (1973) **Humanistic Psychotherapy. The rational-emotive approach**. N. Y.: McGraw-Hill.
- Ellis, A. (1980) Rational-Emotive Therapy and cognitive behavior therapy: Similarities and differences. **Cog. Ther. and Res.**, **4**, 325-340.
- Ellis, A. (1984) Expanding the ABCs of RET. En A. Freeman y A. Mahoney (Eds.), **Cognition and psychotherapy**. N. Y.: Plenum. (Hay traducción castellana. Ed. Paidós).
- Ellis, A. (1987) La teoría general de la RET. En A. Ellis y W. Dryden (Eds.), **Práctica de la Terapia Racional Emotiva**. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A., y Bernard, M. E. (1985). Clinical applications of rational-emotive therapy. N. Y.: Plenum. (Hay traducción castellana en DDB, 1990.)
- Ellis, A., y Harper (1961) **Psicoterapia Racional Emotiva**. Herrero Hermanos de México. México.
- Emmelkamp, P. (1986) Behavior Therapy with adults. En S. Garfield y A. Bergin (Eds.), **Handbook of psychotherapy and behavior change**, 385-442. N. Y.: Wiley.
- Emmelkamp, P.; Brillman, E.; Kuiper, H., y Mersch, P. (1986) The treatment of agoraphobia: a comparison of self instructional training, rational-emotive therapy, and exposure "in vivo". **Behav. Modif.**, **6**, 643-649.
- Emmelkamp, P.; Van der Helm, M.; Van Zanten, B., y Plochg, I. (1980) Contribution of self-instructional training to the effectiveness of exposure "in vivo": a comparison with obsessive-compulsive patients. **Behav. Res. and Ther.**, **18**, 61-66.
- Emmelkamp, P.; Visser, S., y Hoekstra, F. J. (1988) Cognitive therapy vs exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive patients. **Cog. Ther. and Res.**, **12**, 103-114.
- Endicott, J., y Spitzer, R. L. (1978) A diagnostic interview: The Schuedule for Affective Disorders and Schizophrenia. **Arch. Gen. of Psychiat.**, **35**, 837-844.
- Eschenroeder, C. (1982) How rational is rational-emotive therapy? A critical appraisal of its theoretical foundation and therapeutic methods. **Cog. Ther. and Res.**, **6**, 381-392.
- Eysenck, H. (1969) **The effects of psychotherapy**. N. Y.: Science House.
- Fawcett, J.; Epstein, P.; Fiester, S. J.; Elkin, I., y autry, J. H. (1987) Clinical Management –Imipramina/Placebo Administration Manual: NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. **Psychofarmacol. Bull**, **23**, 309-324.
- Fennell, M. J. V., y Teasdale, J. D. (1987) Cognitive Therapy for depression: Individual differences and the process of change. **Cog. Ther. and Res.** **11**, 253-271.
- Fodor, J. A. (1981) El problema cuerpo-mente. **Investigación y Ciencia**, **54**, 62-75.
- Friedman, M. y col. (1984) Alteration of Tipe A behavior and reduction in cardiac recurrences in postmyocardial infarction patients. **Amer. Heart Jour.**, **108**, 237-248.
- Gagné R. y Briggs, L. (1974) **Principles of instructional design**. N. Y.: Holt, Rinehar y Winston.
- Gallagher, D. E., y Thompson, L. W. (1983) Effectiveness of psychotherapy for both endogenous and non-endogenous depression in older adults patients. **Jour. of Gerontology**, **38**, 707-712.
- Galperin, P. (1969) Stages in the development of mental acts. En M. Cole y I. Maltzman (Eds.), **A handbook of contemporary Soviet Psychology**. N. Y.: Basic Books.
- Gibbons, F. X. (1978) Sexual standards and reactions to pornography: Enhancing behavior consistency through self-focused attention. **Jour. Person. Soc. Psychol.**, **36**, 976-987.

- Gioe, V. J. (1975) Cognitive modification and positive group experience as a treatment for depression. Tesis Doctoral. Temple University. U.S.A. Gitlin, B.; Martin, J.; Shear, K.; Frances, A.; Ball, G., y Josephson, S. (1985) **Behavior therapy for panic disorder**. Pendiente de publicación.
- Glass, G. V. (1976) Primary, secondary and meta-analysis of research. **Educational Research**, 5, 3-8.
- Goldfried, M. R. (1971) Systematic desensitization as training in self-control. **Jour. of Consul. and Clin. Psychol.**, 37, 228-234.
- Goldfried, M. R. (1973) Reduction of generalized anxiety through a variant of systematic desensitization. En M. R. Goldfried y M. Merbaum (Eds.), **Behavior change through self-control**. N. Y. Holt, Rinehart y Winston.
- Goldfried, M. R. (1979) Anxiety reduction through cognitive-behavioral intervention. En P. C. Kendall y S. D. Hollon (Eds.), **Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures**. N. Y.: Academic Press.
- Goldfried, M. R. (1980) Psychotherapy as coping skills training. En M. J. Mahoney (Ed.), **Psychotherapy Process**. N. Y.: Plenum.
- Goldfried, M. R., y Davison, G. C. (1976) **Clinical behavior therapy**. N. Y.: Holt, Rinehart y Winston. (Hay traducción castellana, Ed. Paidós).
- Goldfried, M. R.; DeCentececo, E. T., y Weinberg, L. (1974) Systematic rational restructuring as a self-control technique. **Behav. Ther.**, 5, 247-254.
- Goldfried, M. R., y Merbaum, M. (1973) Behavior change through self-control. N. Y.: Holt, Rinehart y Winston.
- Goldfried, M. R. y Sobocinski, D. (1975) Effect of irrational beliefs on emotional arousal. **Jour. of Consul. and Clin. Psychol.**, 43, 504-510.
- Gómez Benito, J. (1987) Meta-análisis. PPU. Barcelona. En Gotlib, I. H. y Colby, C. A. **Treatment of depression. An interpersonal systems approach**. N. Y.: Pergamon Press.
- Guidano, V. F. (1988a) **La complessità del sé**. Torino: Bollati Boringhieri.
- Guidano, V. F. (1988b) A systems, process-oriented approach to cognitive therapy. En K. S. Dobson (comp.), **Handbook of cognitive-behavioral therapies**. N. Y.: Guilford Press.
- Guidano, V. F., y Liotti, G. (1983) **Cognitive processes and emotional disorders**. N. Y.: The Guilford Press.
- Hackman, A., y McLean, C. (1975) A comparison of flooding and thought-stopping treatment. **Behav. Res. and Ther.**, 13, 263-269.
- Hamilton, V. (1979) An information processing approach to neurotic anxiety and the schizophrenias. En V. Hamilton y D. M. Warburton (Eds.), **Human Stress and cognition: An information processing approach**. Chichester: Wiley.
- Hamilton, V. (1980) An information processing analysis of environmental stress and life crises. En I. G. Sarason y C. D. Spielberger (Eds.), **Stress and anxiety** (Vol. 2). Washington, DC: Hemisphere.
- Hautzinger, M. (1985) An integrative theory of depression. En S. Reiss y R. Bootzin (Eds.), **Theoretical issues in behavior therapy** (pp. 331-359) N. Y.: Academic Press.
- Heimberg, R. G. (1989) Cognitive and behavioral treatments for social phobia: A critical analysis. **Clinic. Psychol. Rev.**, 9, 107-128.

- Hibbert, G., y Can, M. (1989) Respiratory control: its contribution to the treatment of panic attacks: a controlled study. *British Jour. of Psychiat.*, 154, 232-236.
- Holt, J., y Lee, Ch. (1989) Cognitive Behavior Therapy Reexamined: Problems and implications. *Australian Psychologist*, 24, 157-169.
- Hull, J. G., y Levy, A. S. (1979) The organizational functions of the self: An alternative to the Duval and Wicklund model of self-awareness. *Jour. Person. Soc. Psychol.*, 37, 756-768.
- Ingram, R. E. (1984) Toward an information processing analysis of depression. *Cog. Ther. and Res.*, 8, 443-478.
- Ingram, R. E., y Wisnicki, K. (1991) Cognition in depression. En P. A. Magaro (Ed.), *Cognitive bases of mental disorders*. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.
- Jacobson, N.; Wilson, L, y Tupper, C. (1988) The clinical significance of treatment gains resulting from exposure-based intervention for agoraphobia; a reanalysis of outcome data. *Behav. Ther.*, 19, 539-554.
- Jensen, A. (1966) Verbal mediation and educational potencial. *Psychology In the schools*, 3, 99-109.
- Jerremalm, A.; Jansson, L., y Öst, L. G. (1986) Cognitive and physiological reactivity and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behav. Res. and Ther.*, 24, 171-180.
- Johnson-Laird, P.N. (1990). *El ordenador y la mente*. Barcelona: Paidós.
- Kelly, G. (1955) *The psychology of personal constructs*. N. Y.: Norton.
- Kendall, P. C., y Bernis, K. M. (1983) Thought and action in psychotherapy: The cognitive-behavioral approaches. En M. Hersen, A. E. Kazdin y A. S. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook*. N. Y.: Pergamon.
- Kendall, P. C., y Kriss, M. R. (1983) Cognitive-behavioral interventions. En C. E. Walker (Ed.), *The handbook of clinical psychology*. Illinois: Dow Jones-Irwin.
- Klein, W. (1963) *An investigation of the spontaneous speech of children*. Tesis doctoral no publicada. Univer. de Rochester.
- Klerman, B. L.; Weissman, M. M.; Rounsaville, B. J., y Chevron, E. S. (1984) *Interpersonal psychotherapy of depression*. N. Y.: Basic Books.
- Knight, R. P. (1941) Evaluation of the results of the psychoanalytic therapy. *Amer. Jour. of Psychiat.*, 98, 434-446.
- Kohlberg, L.; Yaeger, J., y Hjertholm, E. (1968) Private speech: four studies and a review of theories. *Child Develop.*, 39, 691-736.
- Korzybski, A. (1933) *Science an sanity*. San Francisco: Internat. Society of General Semantics.
- Kovacs, M.; Rush, A. J.; Beck, A. T., y Hollon, J. (1981) Depressed outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy: a one year follow-up. *Arch. Gen. of Psychiat.*, 38, 33-39.
- Kuhn, T. S. (1962) *The structure of scientific revolutions*. Chicago: Univer of Chicago Press. (Hay traducción castellana en México).
- Ladouceur, R. (1983) Participant modeling with or without cognitive treatment for phobias. *Jour. of Cons. and Clinic. Psychol.*, 51, 942-944.

- Lakatos, I. (1970) Falsificación and the methology of scientific research programs. En I. Lakatos y A. Musgrave (Eds.), **Criticism and the growth of knowledge**. Cambridge: Cambridge Univer. Press. (Hay traducción castellana en Alianza Editorial).
- Lang, P. (1968) Fear reduction and fear behavior. Problems in treating a construct. En J. Shlien (Ed.), **Research in Psychotherapy** (Vol. 3). Washington, DC: American Psychological Association.
- Last, C. G. (1984) Cognitive Treatment of the Phobia. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. T. Miller (Eds.), **Progress in Behavior Modification**, Vol. 12, 65-82. N. Y.: Academic Press.
- Latimer, P. R. y Sweet, A. A. (1984) Cognitive versus behavioral procedures in cognitive-behavior therapy: A critical review of the evidence. **Jour. of Behav. Ther. and Exper. Psychiat.**, **15**, 9-22.
- Lazarus, R. S. (1966) **Stress and the coping process**. N. Y.: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. (1981) The stress and coping paradigm. En C. Eisdorfer (Ed.), **Models for clinical psychopatology**. Englewood cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Lazarus, R. S., y Alfert, (1964) E. Short-circuiting of threat by experimentaly altering cognitive appraisal. **Jour. of Abnor. and Soc. Psichol**, **69**, 195-205.
- Lazarus, R. S., y Averill, J. R. (1972) Emotion and cognition: with special reference to anxiety. En C. D. Spielberger (Ed.), **Anxiety: current trends in theory and research** (Vol. 2). N. Y.: Academic Press.
- Ledwidge, B. (1978) Cognitive behavior modification: A step in the wrong direction? **Psichol. Bull.**, **85**, 353-375.
- Levin, A. P.; Schneier, F. R., y Liebowitz, M. R. Social Phobia: Biology and Pharmacology. **Clinic. Psychol. Rev.**, **9**, 129-140.
- Lewinsohn, P. M.; Hoberman, H.; Teri, L., y Hautzinger, M. (1985) An integrative theory of depresión. En S. Reiss y R. Bootzin (Eds.), **Theoretical issues in behavior therapy** (pp. 331-359). N. Y.: Academic Press.
- Liotti, G. (1984) Cognitive Therapy, attachment theory, and theoretical inquiry into their interdependence. En M. A. Reda y M. J. Mahoney (Eds.), **Cognitive Psychotherapies**. Cambridge: Ballinger.
- Liotti, G. (1986) Structural cognitive-therapy. En W. Dryden y W. L. Golden (comp.), **Cognitive-behavior approaches to psychotherapy**. Londres: Harper y Row.
- Lorens, K. (1973) *L'altra faccia dello specchio*. Milano: Adelphi. (Hay traducción castellana en Plaza y Janés).
- Luborsky, L.; Singer, B., y Luborsky, L. (1975) Comparative studies of psychotherapies: Is it true that everyone has won and all must have prizes? **Archiv. of Gen. Psychiat.**, **32**, 995-1008.
- Luria, A. (1959) The directive function of speech in development. **Word**, **18**, 341-352.
- Luria, A. (1961) The role of speech in the regulation of normal and abnormal behaviors. N. Y.: Livelright.
- Mahoney, M. J. (1974) *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Ballinger. (Hay traducción castellana, Ed. Trillas).
- Mahoney, M. J. (1977) Science personal: A therapy cognitive of learning. En A. Ellis y R. Grieger (Eds.), **Handbook of Rational-Emotive Therapy**. N. Y.: Springer. (Hay traducción castellana, Ed. DDB).

- Mahoney, M. J. (1980) Psychotherapy and the structure of personal revolutions. En M. J. Mahoney (comp.), **Psychotherapy process: Current issues and future directions**. N. Y.: Plenum Press.
- Mahoney, M. J. (1990) Representations of Self in Cognitive psychotherapies. **Cog. Ther. and Res.**, **14**, 229-241.
- Mahoney, M. J. (1991). Human change processes: The scientific foundation of psychotherapy. N.Y.: Basic Books.
- Mahoney, M. J. y Arkhoff, D. (1978) Cognitive and self-control therapies. En S. Garfield y A. Bergin (Eds.), **Handbook of psychotherapy and behavior change**. N. Y.: Wiley.
- Mahoney, M. J., y Freeman, A. (1985) **Cognition and Psychotherapy**. N. Y.: Plenum. (Hay traducción castellana en Ed. Paidós).
- Mahoney, J. J., y Kazdin, A. E. (1979) Cognitivebehavior modification: Misconceptions and premature evacuation. **Psychol. Bull.**, **86**, 1044-1049.
- Mahoney, M. J., y Thoresen, C. E. (1974) **Self-control: Power to the person**. Monterey, CA: Brooks/cole. (Hay traducción castellana, Ed. Paidós).
- Marañón, G. (1924) Contribution a l'étude de l'action émotive de l'adrénaline. **Revue Française d'Endocrinologie**, **2**, 301-325.
- Marks, I. (1981) **Cure and care of neurosis**. N. Y.: John Wiley.
- Marks, I. (1987) **Fears, phobias and rituals: panic, anxiety, and their disorders**. N. Y.: Oxford Univer. Press. (Hay traducción castellana, Ed. Martínez Roca).
- Marks, I. M., y O'Sullivan, G. (1988) Drugs and psychological treatments for Agoraphobia/Panic and Obsessive-compulsive disorders: A review. **British Jour. of Psychiat.**, **153**, 650-658.
- Marks, I.; Lelliott, P.; Basoglu, M.; Noshirvani, H.; Monteiro, H.; Cohen, D., y Kasvikis, Y. (1988) Clomipramine, self-exposure and therapist aided exposure in obsessive-compulsive ritualisers. **British Jour. of Psychiat.**, **152**, 522-534.
- Marzillier, J. S.; Lambert, C., y Kellett, J. (1976) A controlled evaluation of systematic desensitization and social skills training for socially inadequate psychiatric patients. **Behav. Res. and Ther.**, **14**, 225-238.
- Mattick, R.; Peters, L., y Clarke, C. (1989) Exposure and cognitive restructuring for social phobie: a controlled study. **Behav. Ther.**, **20**, 3-23.
- Maultsby, M. C. (1984) Rational behavior therapy. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Mead, G. H. (1934) **Mind, Self and Society**. Chicago: Univer. of Chicago Press. (Hay traducción castellana en Ed. Paidós).
- Meichenbaum, D. (1969) The effects of instructions and reinforcement on thinking and lan-guage behaviors of schizophrenincs. **Behav. Res. and Ther.**, **7**, 101-114.
- Meichenbaum, D. (1972) Cognitive modification of test anxious college students. **Jour. of Cons. and Clin. Psychol**, **39**, 370-380.
- Meichenbaum, D. H. (1973a) Cognitive factors in behavior modification: Modifying what clients say to themselves. En C. M. Franks y G. T. Wilson (Eds.), **Annual Review of behavior therapy, theroy and practice**. N. Y.: Brunner/Mazel.
- Meichenbaum, D. (1973b) Therapist manual for cognitive behavior modification. Texto inédito. Univer. de Waterloo.

- Meichenbaum, D. (1977) **Cognitive-behavior modification: An integrative approach**. N. Y.: Plenum.
- Meichenbaum, D. (1983) **Coping with stress**. Toronto: John Wiley. (Hay traducción castellana, Ed. Juan Granica).
- Meichenbaum, D. (1985) **Stress inoculation training**. Headington Hill Hall, England: Pergamon Press. (Hay traducción castellana, Ed. Martínez Roca).
- Meichenbaum, D., y Cameron, R. (1972) Stress inoculation: A skills training approach to anxiety management. Manuscrito inédito. Univer. de Waterloo.
- Meichenbaum, D., y Cameron, R. (1973) Training schizophrenics to talk to themselves: A means of developing attentional controls. **Behav. Ther.**, **4**, 515-534.
- Meichenbaum, D., y Cameron, R. (1980) Cognitive behavior modification. En C. Franks y T. Wilson (Eds.), **Handbook of behavior therapy**. N. Y.: Guilford Press.
- Meichenbaum, D., y Goodman, J. (1969a) Reflection-impulsivity and verbal control of motor behavior. **Child Develop.**, **40**, 785-797.
- Meichenbaum, D., y Goodman, J. (1969b) The developmental control of operant motor responding by verbal operants. **Jour. of Exper. Child Psychol.**, **7**, 553-565.
- Meichenbaum, D., y Goodman, J. (1971) Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. **Jour. of Abnor. Psychol.**, **77**, 115-126.
- Meichenbaum, D., y Jaremko, M. (1983) **Stress reduction and prevention**. N. Y.: Plenum. (Hay traducción castellana, Ed. DDB).
- Melzack R., y Wall, P. (1965) Pain mechanism: A new theory. **Science**, **150**, 971-974.
- Michelson, L.; Marchione, K.; Greenwald, M.; Glanz, L.; Testa, S., y Marchione, N. (1990) Panic disorders: Cognitive-behavioral treatment. **Behav. Res. and Ther.**, **28**, 141-151.
- Miller, I. W.; Norman, W., y Keitner, G. (1989) Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients: six and twelve month follow-up. **Amer. Jour. of Psychiat.**, **10**, 1274-1279.
- Miller, I. W.; Norman, W. H.; Keitner, G. I.; Bishop, S. B., y Dow, M. G. (1989) Cognitive-Behavioral Treatment of depression inpatients. **Behav. Ther.**, **20**, 25-47.
- Miller, R. C., y Berman, J. S. (1983) The efficacy of cognitive-behavior therapies: A quantitative review of the research evidence. **Psychol. Bull.**, **94**, 39-53.
- Mitchell, J., y col. (1990) A comparison study of antidepressants and structured intensive psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. **Intern. Jour. of Eating Disord.**, **47**, 149-157.
- Monteiro, W.; Lelliott, P.; Marks, I., y Noshirvani, H. (1986) Anorgasmia from clomipramine, in obsessive-compulsive disorder. **British Jour. of Psychiat.**, **151**, 107-112.
- Murray, H. (1938) **Explorations in personality**. N. Y.: Oxford Press.
- Neisser, U. (1967) **Cognitive Psychology**. N. Y.: Appleton-Century-Corffts. (Hay traducción castellana, ed. Moravia).
- Neufeld, R. W. J. y Mothersill, K. J. (1980) Stress as an irritant of psychopathology. En I. G. Sarason y C. D. Spilberger (Eds.), **Stress and Anxiety** (Vol. 7) Washington, DC: Hemisphere.
- Nezu, A. M., y Nezu, C. M. (1989) **Clinical decision making in behavior therapy: A problem-solving perspective**. Champaign, IL.: Research Press.

- Nezu, A. M., y Nezu, C. M. (1991) Entrenamiento en solución de problemas. En Caballo, V. E. (comp.), **Manual de técnicas de modificación de conducta**. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S. A.
- Nezu, A. M.; Nezu, C. M., y Perri, M. G. (1989) **Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines**. N. Y.: Wiley.
- Noyes, R.; Chaudry, R., y Domingo, D. (1986) Pharmacologic treatment of phobic disorders. **Jour. of Clin. Psychiat.**, **47**, 445-452.
- O'Sullivan, G., y Marks, I. (1990) Long term follow up of agoraphobia, panic, and obsessive-compulsive disorders. En R. Noyes et col. (Eds.), **Handbook of anxiety**, Vol. 4. Amsterdam: Elsevier.
- Paivio, A. (1971) **Imagery and verbal processes**. N. Y.: Holt, Rinehart y Winston.
- Perris, C.; Blackburn, I. M., y Perris, H. (1988) **Cognitive Psychotherapy**. Berlin: Springer-Verlag.
- Peterfreund, E.; y Schwartz, J. T. (1971) **Information, systems and psychoanalysis**. N. Y.: International Universities.
- Piaget, J. (1971) **Biología e conoscenza**. Torino: Einaudi. (Hay traducción castellana, Ed. siglo XXI).
- Plutchik, R. (1980) **Emotion: A psychoevolutionary synthesis**. N. Y.: Harper y Row.
- Popper, K. R. y Eccles, J. C. (1977) **The self and its brain**. N. Y.: Springer International. (Hay traducción castellana en Ed. Labor).
- Power, F. G.; Simpson, R. J.; Swanson, V., y Wallace, R. J. (1990) A controlled comparison of cognitive-behavior therapy, Diazepam, and placebo, alone and in combination, for the treatment of generalised anxiety disorders. **Jour. of Anxiety disor.**, **4**, 267-292.
- Pribram, K. H. (1980) Mind, brain and consciousness. En J. M. Davidson y R. J. Davidson (comp.), **The psychobiology of consciousness**. N. Y.: Plenum.
- Putnam, H. (1973) Reactionism and the nature of psychology. **Cognition**, **2**, 131-146.
- Pyszczynski, T., y Greenberg, J. (1987) Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: a self-awareness theory of the development and maintenance of depression. **Psychol. Bull.**, **102**, 122-188.
- Rachlin, H. (1974) Self-control. **Behaviorism**, **2**, 94-107.
- Rachman, S., y Wilson, G. T. (1980) **The effects of Psychological Therapy**. Oxford: Pergamon Press.
- Red, M. A., y Mahoney, M. J. (1984) **Cognitive Psychotherapies. Recent developments in theory, research and practice**. Cambridge: Ballinger Publis.
- Rhodes, J., y Jason, L. (1988) **Preventing substance abuse among children and adolescents**. N. Y.: Pergamon Press.
- Riviere, A. (1991). **Objetos con mente**. Madrid: Alianza Editorial.
- Ruiter, C.; Rijken, H.; Garssen, B., y Kraaiaat, F. (1989) Breathing retraining, exposure and combination of both in the treatment of panic disorders with agoraphobia. **Behav. Res. and Ther.**, **27**, 647-655.
- Ruiz Fernández, M. A. (1989) El impacto de la psicología cognitiva en las terapias de orientación cognitivo-conductual: Consideraciones críticas. En Rojí Menchaca, M. B. (Coord.), **Comu-**

- nicación, cognición y psicoterapia: aspectos teóricos y metodológicos. Madrid: UNED.
- Rumelhart, D. E. McClelland, J. L., y el grupo PDP (1992). Introducción al Procesamiento Distribuido en Paralelo. Madrid: Alianza Editorial.
- Rush, A. J.; Beck, A. T.; Kovacs, M., y Hollon, S. (1977) Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. **Cog. Ther. and Res.**, **1**, 17-37.
- Rush, A. J., y Watkins, J. T. (1981) Group versus individual cognitive therapy; a pilot study. **Cog. Ther. and Res**, **5**, 95-103.
- Salkovskis, P. M. (1985) Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. **Behav. Res. and Ther.**, **23**, 571-583.
- Salkovskis, P. M. et al. (1986) Respiratory control in the treatment of panics attacks: Replication and extension with concurrent measurement of behavior and P CO2 levels. **British Jour. of Psychiat.**, **148**, 526-532.
- Salkovskis, P. M., y Kirk, J. (1989) Obsessional disorders. En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk y D. M. Clark (Eds.), **Cognitive Behavior Therapy for psychiatric problems**. Oxford: Oxford Med. Publications.
- Salkovskis, P. M. y Warwick, H. M. C. (1987) Cognitive therapy of obsessional-compulsive disorder: treating treatment failures. **Behav. Psychother**, **13**.
- Sayette, M. A., y Mayne, T. J. (1990) Survey of current clinical and research trends in Clinical Psychology. **American Psychologist**, **45**, 1263-1266.
- Schachter, S. (1964) The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state. En L. Berkowitz (Ed.), **Advances in Experimental Psychology**, Vol. 1, 49-80. Orlando, FL: Academic Press.
- Scheier, M. F. (1976) Self-awareness, self-consciousness, and angry aggression. **Jour. Person.**, **44**, 672-644.
- Scott, M. S., y Stradling, S. G. (1990) Group cognitive therapy for depression produces clinically significant reliable change in community-based settings. **Behav. Psychother.**, **18**, 1-19.
- Segrin, Ch. (1990) A meta-analytic review of social skill deficits in depression. **Communication Monographs**, **57**, 292-309.
- Shaffer, C. S.; Shapiro, J.; Sank, L. I., y Coghlan, D. J. (1981) Positive changes in depression, anxiety, and assertion following individual and group cognitive behavior therapy intervention. **Cog. Ther. and Res.**, **5**, 149-157.
- Shapiro, D. A., y Shapiro, D. (1982) Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. **Psychol. Bull.**, **92**, 581-604.
- Shaw, B. F. (1977) Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression. **Jour. Cons. Clin. and Psychol.**, **45**, 543-551.
- Shaw, B. F., y Hollon, S. (1978) Cognitive therapy in a group format with depressed outpatients. En **Psychotherapy: theory, research and practice**.
- Simons, A. D.; Garfield, S. L., y Murphy, G. E. (1984) The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. **Arch. of Gen. Psychi.**, **41**, 45-51.
- Simons, A. D.; Lustman, P. J.; Wetzel, R. D., y Murphy, G. E. (1985) Predicting response to cognitive therapy of depression: The role of learned resourcefulness. **Cog. Ther. and Res.**, **9**, 79-89.

- Simons, A.; Murphy, G.; Levine, J., y Wetzel, R. (1986) Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Sustained improvement over one year. **Arch. Gen. of Psychiat.**, **43**, 43-48.
- Skinner, B. F. (1953) **Science and human behavior**. N. Y.: McMillan. (Hay traducción castellana en Ed. Fontanella.)
- Skinner, B. F. (1957) **Verbal Behavior**, N. Y.:Appleton-Century-Croffets.
- Skinner, B. F. (1974) **About Behaviorism**. N. Y.: Alfred A. Knopf. (Hay traducción castellana, Ed. Fontanella.)
- Skinner, B. F. (1987) Whatever happened to psychology as the science of behavior? **American Psychologist**, **42**, 780-786.
- Smith, M. L., y Glass, G. V. (1977) Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. **American Psychology**, **32**, 725-760.
- Smith, M. L.; Glass, G. V., y Miller, T. I. (1980) **The benefits of psychotherapy**. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Sokol-Kessler, L y Beck, A. T. Cognitive treatment of panic disorder. Escrito presentado a la reunión anual del APA, mayo 1987.
- Spivack, G.; Platt, J. J., y Shure, M. B. (1976) **The problemsolving approach to adjustment**. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Spivack, G., y Shure, M. B. (1974) **Social adjustment of young children**. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Stern, R. (1975) Treatment of obsessive-compulsive disorders by thought-stopping technique. **Psychotherapy**, **25**, 83-87.
- Stern, R. (1978) Obsessive thoughts the problem of therapy. **British Jour. of Psychiat.**, **132**, 200-205.
- Stiles, W. S., y Shapiro, D. A. (1989) Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. **Clin. Psychol. Rev.**, **9**, 521-543.
- Stuart, R. B. (1972) Situational versus self-control. En R. D. Rubin. H. Fensterheim, J. D. Henderson y L. P. Ullmann (Eds.), **Advances in behavior therapy**. N. Y.: Academic Press.
- Suinn, R. M. (1972) Removing emotional obstacles to learning and performance by visuomotor behavioral rehearsal. **Behav. Ther.**, **3**, 308-310.
- Suinn, R. M. (1984) Generalized anxiety disorder. En S. M. Turner (comp.), **Behavioral theories and treatment of anxiety**. N. Y.: Plenum.
- Suinn, R. M, y Richardson, F. (1971) Anxiety management training: A nonspecific behavior therapy program for anxiety control. **Behav. Ther.**, **2**, 498-510.
- Tarrier, N., y Main, C. (1986) Applied relaxation training for generalized anxiety and panic attacks. The efficacy of a learnt coping strategy on subjective reports. **British Jour. of Psychiat.**, **149**, 330-336.
- Teasdale, J. D. (1983) Negative thinking in depression: Cause, effect, or reciprocal relationship? **Advan. in Behav. Res. and Ther.**, **5**, 3-25.
- Teasdale, J. D. (1985) Psychological treatments for depression: How do they work? **Behav. Res. and Ther.**, **23**, 157-165.
- Thoren, R, y Asberg, M.; Cronholm, B.; Jonertedt, L, y Traksman, L. (1980) Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorders. **Arch. of Gen. Psychiat.**, **37**, 1281-1285.

- Tierney, K. J., y Smith, J. A. (1990) What are reinforcers for cognitivism in Behavior Therapy? **The Irish Journal of Psychology**, **11**, 24-30.
- Turk, D. C., y Salovey, P. (1985) Cognitive structures, cognitive processes, and cognitive-behavior modification I. Client Issues. **Cog. Ther. and Res.**, **9**, 1-17.
- Turk, D. C., y Salovey, P. (1985) Cognitive structures, cognitive processes, and cognitive-behavior modification: II. Judgments and inferences of the clinician. **Cog. Ther. and Res.**, **9**, 19-33.
- Vygotsky, L. (1962) **Thought and language**. N. Y.: Wiley. (Hay traducción castellana, Ed. La Pléyade.)
- Weimer, W. B. (1977) A conceptual framework for cognitive psychology: Motor theories of the mind. En R. Shaw y J. D. Bransford (comp.), **Perceiving, acting, and knowing**. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wessler, R. A., y Wessler, R. L. (1980) **The principles and practice of rational-emotive-therapy**. San Francisco: Jossey-Bass.
- Wessler, R. L. (1982) Varieties of cognitions in the cognitively-oriented psychotherapies. **Rational Living**, **17**, 3-10.
- Wessler, R. L. (1984) Alternative conceptions of Rational-Emotive Therapy: Toward a philosophically neutral alternative. En M. A. Reda y M. J. Mahoney (Eds.), **Cognitive psychotherapies. Recent Developments in theory, research, and practice**. Cambridge: Ballinger.
- Wessler, R. L. (1986) Conceptualizing cognitions in the cognitive-behavioral therapies. En W. Dryden y W. Golden (Eds.), **Cognitive-behavioral approach to psychotherapy**. Londres: Harper y Row.
- Wicklund, R. A., y Duval, S. (1971) Opinion change and performance facilitation as a result of objective self-awareness. **Jour Exper. Soc. Psychol**, **7**, 319-342.
- Wilkins, W. (1984) Empirically equating psychotherapy and placebos: Critique and alternatives. **Jour. of Soc. and Clin. Psychol.**, **2**, 289-304.
- Wilkins, W. (1986) Therapy-Therapist confounds in psychotherapy research. **Cog. Ther. and Res.**, **10**, 3-11.
- Williams, J. G.; Watts, F. N.; Macleod, C., y Mathews, A. (1988) **Cognitive Psychology and emotional disorders**. Chichester: John Wiley and Sons.
- Wilson, P. H.; Goldin, J. C., y Charbonneau-Powis (1983) Comparative efficacy of behavioral and cognitive treatments of depression. **Cog. Ther. and Res.**, **7**, 11-124.
- Wine, J. D. (1971) Test anxiety and direction of attention. **Psychol. Bull**, **2**, 92-104.
- Wolpe, J. (1958) **Psychotherapy by reciprocal inhibition**. Stanford, CA: Stanford Univer. Press. (Hay traducción castellana, Ed. DDB).
- Wolpe, J. (1989) The derailment of behavior therapy: A tale of conceptual misdirection. **Jour. Behav. Ther. and Exper. Psychiat.**, **20**, 3-15.
- Wolpe, J., y Rowan, V. (1988) Panic disorder: a product of classical conditioning. **Behav. Res. and Ther.**, **26**, 441-450.
- Zitrin, C.; Klein, D., y Woerner, M. (1980) Treatment of agoraphobia with group exposure "in vivo" and imipramine. **Arch. of Gen. Psychiat.**, **37**, 63-72.

PSICOANÁLISIS:
DE LA CLÍNICA A LA TEORÍA Y VUELTA

María Cortell Alcocer

PSICOANALISIS: DE LA CLINICA A LA TEORIA Y VUELTA

Por María Cortell Alcocer

*"Un sueño se desarrolla no como un hecho que ocurre,
sino como un hecho que es narrado."
Cesare Pavese, "Vocación", "Fiestas de agosto"*

El Psicoanálisis es una práctica clínica que, evidentemente, se sostiene en una teoría y podemos abordar la teoría y la práctica clínicas en Psicoanálisis, no como dos ejes sobre un mismo plano en el que se establecen correspondencias cualesquiera, sino como un continuo, es decir, de la clínica a la teoría y vuelta a la clínica. Evitando hacer un listado de conceptos, introduciremos aquellos que son básicos con la ayuda de los casos clínicos que empujan su aparición.

Se trata de mostrar que el Psicoanálisis no es una filosofía, en el sentido de una teoría del hombre, ni una antropología establecida por Freud y que se pueda aplicar en cada caso. No es una teoría argumentada en un escritorio sino que surge de la clínica. Las preguntas que la clínica ha ido planteando han generado un corpus teórico que de nuevo va a ser interrogado desde la clínica cada vez que un paciente situado ante un psicoanalista le otorgue a éste un saber sobre sus síntomas.

Freud abre una brecha en el muro de la antigua psicología partiendo de la medicina. Parte de la ciencia médica del mismo modo que Pascal lo hace de las matemáticas y Nietzsche de la filosofía antigua. Este origen que presta a su obra una cierta tonalidad, no la determina en modo alguno ni limita su magnitud.

Cuando en la *Interpretación de los sueños* (1) y en la *Psicopatología de la vida cotidiana* (2), encontramos preguntas y también respuestas sobre los sueños, los lapsus y los actos fallidos, vemos que lo singular de dichas respuestas es el analizar como efectos lo que hasta entonces se había considerado simple fruto del azar. Se trata de los efectos del inconsciente, de un inconsciente redefinido por Freud, que dan cuenta del mismo, pues de nada más podemos servirnos para localizar el inconsciente que de los efectos que produce.

El Psicoanálisis surge precisamente como respuesta de Freud a las preguntas que, sobre estos efectos, él mismo se planteaba. Y más precisamente son las preguntas a propósito de un cuadro clínico, la histeria, lo que funda el Psicoanálisis.

Antecedentes de una teoría del inconsciente

Desde que a finales del siglo XVIII, Pinel abriera el camino sosteniendo la enfermedad de los asilados en manicomios frente a la posesión diabólica definida hasta entonces, hay un movimiento a lo largo del siglo XIX que nos da las claves para entender cómo surge el Psicoanálisis en la clínica, cómo la obra de Freud aúna ideas divergentes que circulaban en la época, alrededor de un eje, el de la causalidad psíquica, sobre el que pivota el descubrimiento freudiano.

Aunque la medicina ya había abandonado la causalidad física por la psíquica, –Cullen ya define las neurosis como enfermedades funcionales–; lo que va a diferenciar a Freud del paradigma médico es la relación que establece entre la etiología y el síntoma, es decir, para Freud cuando ha desaparecido la causa, el trauma, permanece el efecto. Y aunque la teoría del trauma cambia a lo largo de la obra de Freud, esta circunstancia no cambia. Freud piensa en un primer momento que hay algo de la realidad de una seducción por parte de un adulto hacia sus pacientes histéricas, bien sea éste el padre o sus sustitutos y a eso lo llamará "trauma psíquico". El lugar del trauma en la etiología de la neurosis no cambia, aunque sí va a cambiar la circunstancia de realidad de dicho acto, que, como veremos no es necesario que haya sucedido para que quede fabulado en la historia de la vida de los neuróticos. En *La Etiología sexual de las neurosis* (3) Freud se pregunta si la causa es eficiente en tanto que ésta se olvida. El efecto va a tomar en la obra de Freud el sentido de la Teoría clásica de la causalidad. Así como Spinoza entiende la presencia actual de la causa en su efecto, también para Freud en el efecto, en el síntoma, la causa, la represión, está presente.

También la idea del inconsciente avanzó a lo largo del siglo. Desde la afirmación de Carus en 1846 en *Psyche* (4) en donde "la clave del conocimiento de la índole de la vida consciente del alma está en el reino del inconsciente", hasta los trabajos de von Hartmann, que en su *Filosofía del inconsciente* (5) trata de establecer la estratificación de la mente subterránea y cree poder llegar por inducción, a la afirmación del Inconsciente como un principio absoluto del mundo; el inconsciente se empezó a esbozar como un principio filosófico que el trabajo de Herbart había ya articulado en una bipolaridad consciente-inconsciente constitutiva de la estructura de la mente.

Asimismo, en el último tercio del siglo es cuando el interés por el funcionamiento del aparato psíquico toma un papel preponderante; creándose el primer laboratorio psicológico en Leipzig por Wundt y el de Stanley Hall en la Universidad Johns Hopkins, donde se investigaban las claves del funcionamiento psicológico.

Por otro lado los clínicos, en su mayor parte neurólogos, buscaban, bien como Kraepelin la clasificación de los desórdenes mentales, bien la estructura somática de los trastornos manifiestos. En esa línea destaca Charcot, neurólogo básico, que trataba de hallar el soporte somático de la histeria, localizando las zonas histerógenas y sus lesiones. Para ello sometió la histeria al método anatómico-clínico estableciendo sus diferencias con la epilepsia idiopática. Dicho método le había servido para diferenciar los temblores parkinsonianos y los de la esclerosis en placas.

Tras la observación de cómo alguno de sus enfermos no histéricos exhibían las parálisis, los temblores y otros síntomas, introduciendo solamente la idea de los mismos por medio de la hipnosis, empezó a aplicar ésta en las histerias para estudiar sus

efectos. Estableciendo de este modo un eslabón novedoso entre la causa mental y el efecto corporal.

La estancia de Freud en 1885 en el Hospital de la Salpêtrière con Charcot, así como la lectura del texto de Bernheim sobre la sugestión, (6) tienen un efecto retroactivo sobre el relato que en 1882 Breuer hiciera a Freud acerca de una paciente histérica, Anna O. Es con este caso con el que se inician los estudios sobre la histeria, en su vertiente primera de tratar de localizar cuál fue el trauma psíquico que causó los posteriores trastornos.

Freud se sitúa en la tradición médica y de pensamiento de su época y a partir de ahí lleva a cabo el establecimiento de un nuevo paradigma, "en donde el objeto de estudio no cambia, sino que varía el análisis y las técnicas que se asumen para ello" (7).

Del estudio de la histeria al Psicoanálisis

Estudios sobre la Histeria (8), con la novedad de su propuesta inicia la propuesta clínica del Psicoanálisis. En el tratamiento de Berta Pappenheim, la enferma tratada por Breuer con hipnosis y a la que se llamó Anna O, los fenómenos histéricos se extinguieron al remedar en la hipnosis el suceso que los había causado. Si bien la extinción no fue total y algunos males aparecían después del tratamiento.

El "método catártico de Breuer" como Freud lo denomina en un primer momento, sitúa que el síntoma histérico, sea la parálisis de Anna O, los tics de Emmy von N o las molestias nasales de Lucy de R, no tiene en su origen una lesión determinada, sino un recuerdo traumático que lo determina. Ahora bien, ni la sugestión ni la hipnosis, bastaban para resolver los problemas de la histeria. El Psicoanálisis no va a ser, por lo tanto, un simple proceso de toma de conciencia sino un trayecto en el que se posibilite el encuentro del síntoma con la encrucijada fantasmática en la que él mismo se inscribe.

La sugestión y la hipnosis no tenían sentido como procedimiento en la cura una vez Freud descubre la fantasía que encierran los relatos de sus pacientes. "Ya no creo en mis neuróticos...", escribe a Fliess, pues los casos de histeria obligan a atribuir tantos actos perversos al padre, que, si ello fuera cierto, tendría que haber más perversos que histéricas. En el inconsciente, por tanto, no existe un signo de realidad. No se trata de la verdad de un hecho que ocurrió, sino de una ficción afectivamente cargada. Pero si todas ellas hablan de un trauma, generalmente de tipo sexual, generalmente en la infancia, y más aún, infringido por un padre o un tutor; si los relatos se parecen tanto en esos puntos, Freud deduce la necesidad de dicho trauma para la economía psíquica de las pacientes y tratará de explicarla.

La represión será lo que vendrá a poner en sitio dichas fantasías. "Las fantasías proceden de cosas oídas, pero sólo más tarde comprendidas... las estructuras psíquicas que en la histeria son objeto de la represión no son los recuerdos... sino impulsos derivados de las escenas primarias" (9). Tenemos pues recuerdos fragmentarios, impulsos derivados de los mismos y *ficciones defensivas*. Hay una transacción a la conciencia y ésta será el síntoma. "En el proceso de la formación de las fantasías en años ulteriores la imaginación se proyecta retrospectivamente de una vivencia nueva a una época pasada, de modo que, los nuevos personajes forman series con los viejos y se convierten en sus prototipos..." (10).

Elementos fundamentales para una teoría

Freud inaugura la concepción de que la histeria no es un espectáculo, no es para mirarlo. Trata de restituir a los síntomas somáticos su valor de metáfora, y en consecuencia a escuchar a las histéricas. Al escucharlas los síntomas aparecen contruidos como un mensaje cuyo portador ignora tanto al autor como al destinatario. Freud pasa a atribuir la causa a la represión de un deseo inarticulable. El análisis se construye a partir de ese mecanismo.

En el momento inaugural se establecen tres elementos determinantes para el futuro del Psicoanálisis (11):

En primer lugar la represión como mecanismo general de las neurosis. La condición previa que Freud estudia en los casos de sus pacientes para que un síntoma se haya instalado es que una representación ha sido expulsada voluntariamente de la conciencia, es decir, reprimida y por tanto excluida de la elaboración asociativa. Hay representaciones que el paciente reprime y que sólo aparecerán en la labor analítica, viniendo a dar cuenta de un síntoma.

En segundo lugar, una topología de la relación psiquis-soma que jerarquiza verticalmente dos lugares la psique más arriba y el cuerpo más abajo. Esos dos lugares están separados por una barrera franqueable en los dos sentidos por una representación psíquica. Si la representación se aloja en el cuerpo se producen manifestaciones somáticas y cuando la citada representación retorna al lugar superior, al ser posible su articulación y verbalización, se produce la curación de la manifestación en el cuerpo (12).

El tercer elemento que se establece es el *principio del placer*, como lo que rige, en esa época para Freud, la economía del aparato psíquico.

La hipótesis tópica de Freud

Hay en la obra de Freud, como hemos visto, una teoría de los lugares. El Psicoanálisis existe cuando reconoce la necesidad de una tópica para fundar el orden de los fenómenos que pone al día.

Dicha hipótesis fue cuestionada, entre otros, por Janet quien, a su vez, mantenía la coexistencia en el seno del psiquismo de dos grupos separados de fenómenos, dos modos de desdoblamiento de la personalidad, bien bajo la forma de alternancia, cuyo modelo sería el sonambulismo, o bien bajo la forma simultánea, cuyo modelo sería el de la sugestión con efectos post-hipnóticos.

Para este autor las ideas fijas tenían su actividad, estaban aisladas. Dicha autonomía anticipaba la idea de represión. Pero sin que ello suponga que esas ideas fijas se opongan a las de la conciencia. Janet no pone en duda la primacía de la conciencia. Hay conflicto entre grupos de ideas pero no hay alteridad. No hay trasvase de un lugar a otro, quedando la conciencia como ente dominante y sin intromisiones.

Breuer por su parte hablaba de un teatro privado de la histérica, el inconsciente sería asimilable a un imaginario individual, es decir, la histérica se vería invadida por sus producciones fantasmáticas. Aquí encontramos que hay una alteridad pero no hay conflicto entre las partes sino un continuo entre lo inconsciente y lo consciente.

Freud plantea conjuntamente la hipótesis tópica y la irreductibilidad del conflicto. Hay conflicto entre dos lugares que son diferentes, el de la conciencia y el inconsciente. Ambas condiciones son insolubles y la construcción de una tópica está destinada a fundar en teoría dicha insolubilidad.

Hay alteridad y también hay conflicto entre las partes. En el seno de la ficción de un aparato psíquico se oponen sistemas y esta oposición pone en juego parejas de opuestos: proceso primario y secundario, representación de cosa y de palabra, etc.

Las parejas de opuestos no son superponibles y se insertan en una oposición mayor, la de Inconsciente-Consciente que constituye la primera tópica, la primera distribución de lugares. La diversidad es llevada a un dualismo y dicho dualismo se inscribe en la unidad del aparato.

Esta primera tópica no bastará para explicar los procesos de defensa, como veremos en el caso de *El hombre de las ratas*, ni los complejos, el de Edipo –tomado de los mitos– y el de castración –tomado de las teorías sexuales infantiles–. Por ello Freud elaborará una segunda tópica integrada por el Yo-Ello-Superyó, ésta parece más globalizada al incluir modalidades defensivas y las reivindicaciones pulsionales en el funcionamiento mismo del aparato psíquico.

La pulsión de muerte que aparece en *Más allá del principio del placer* (13), punto clave para esta segunda tópica, dará lugar más tarde a un nuevo dualismo de Freud en su planteamiento, Eros y Thanatos. Esta nueva teoría de los lugares sólo se opone aparentemente al sistema de la segunda tópica, y ésta misma no soslaya absolutamente el primer sistema.

Con los estudios acerca de la clínica, Freud va realizando hallazgos que le empujan a modificar ciertos elementos de la teoría tratando de construir un sistema que incluya todas las modalidades de funcionamiento. Ello no supone en ningún caso que los elementos fundamentales vengán a ser modificados.

Así como Pinel, basándose en el sensualismo de Locke y Condillac, explica el origen de las ideas y funda en él su confianza en la maleabilidad y perfectibilidad de la mente humana, el Psicoanálisis no va a surgir como una teoría aplicable, en su caso, a un sujeto perfectible. Freud, a partir de los interrogantes que van surgiendo en la clínica, e integrando éstos dentro del sistema del aparato psíquico, va elaborando los supuestos por los cuales los síntomas se manifiestan esquivando la voluntad consciente del paciente.

La transferencia como eje de la cura

Freud se centra, sobretodo, y es lo que constituye una mayor novedad, en cómo los síntomas van evolucionando, en y por el tratamiento. El planteamiento es nuevo pues abandona el prisma de la observación, la dialéctica del síntoma como objeto, para abordarlo desde una nueva perspectiva.

Es en el seno del tratamiento, en la puesta en marcha de los afectos en la cura, donde se encuentran los alivios de los síntomas. Si más arriba señalábamos que no se trata de una mera toma de conciencia, es porque la intervención fundamental en la cura se produce por medio de la transferencia con el analista, es decir, “el proceso por el cual

el paciente revive en su relación con el médico, aquella parte de su vida que no puede evocar en el recuerdo" (14).

Freud concibe la cura sobre la base de que hay que descubrir lo que circula en el sentido inconsciente → síntoma. Si los sueños revelaban que había un saber que se ocultaba al soñante y los lapsus revelaban la realidad de otra escena, la del inconsciente, la transferencia será poner en juego todos esos elementos en la relación terapéutica. El paciente se dirige al analista como aquel que sabe sobre el mal que le afecta y le oculta algo o le pide confirmación; le ama o le odia; le teme, le admira o le desprecia, según los avatares por los que la cura se despliega. Pero en todo ello está tratando de sus propios deseos a los cuales el analista, como persona, no habrá de agregarse, sino sustraerse como un tercero.

Primeros estudios clínicos

El estudio de los casos clínicos que Freud publica no constituye un *modus operandi* para cualquier clínico actual sino que marcan los ejes fundamentales de la evolución del pensamiento freudiano en dialéctica con la clínica, con los sucesos psíquicos que acontecen a esos pacientes y que nunca serán igual a otro paciente aunque sí podemos obtener las claves del funcionamiento psíquico.

A lo largo de los *Estudios sobre la histeria* podemos seguir una evolución en la concepción de la clínica con la que manejarnos para articular los hallazgos freudianos; evolución que, por otra parte, va a ser una constante en la obra freudiana, donde, ante cada nuevo interrogante siempre se abre una vía, no axiomática, sino inductiva, para su explicación.

Breuer partía de la hipótesis de que la histeria se caracterizaba por la retención de ciertos recuerdos y que detrás de cada síntoma histérico se podía suponer un recuerdo retenido; concluyendo que haciendo llegar a la conciencia ordenadamente cada uno de aquellos recuerdos mediante la hipnosis, se eliminarían uno a uno los síntomas.

Freud encuentra dificultades para seguir este procedimiento. Así encontramos en el historial del caso llamado Lucy de R. cómo Freud abandona la hipnosis, el método catártico (15), entonces se le plantea un dilema pues si no se puede servir de lo que la paciente dice en estado sonámbulo, le faltará material.

Recordando un caso de Bernheim en Nancy, decide adoptar la hipótesis de que la paciente sabía todo lo que había podido poseer una importancia patógena, tratándose tan sólo de obligarla a comunicarlo. Cuando la paciente dice "no lo sé", le toma la cabeza con las manos y le dice que esta presión despertará el recuerdo buscado. El síntoma en este caso es una rinitis, relacionada con un olor producido por unas niñas –de las que es institutriz– mientras están jugando. Momento que coincide con la recepción de una carta de su madre, en Inglaterra.

El conflicto que aparecía era dejar a las niñas para volver con su madre. Pero tras ésto se esconde que la madre de las niñas, en su lecho de muerte, le había pedido no abandonarlas y que el padre provocaba en ella un afecto reprimido.

Freud se refiere allí a su método como “análisis psíquico”. La denominación Psicoanálisis la utiliza por primera vez en un artículo en 1896 y en el 97 señala a Fliess que su técnica comienza a seguir una senda propia.

Será en el caso de *Isabel de R.* al que llama “mi primer análisis completo de una histeria” en dónde apuntará a propósito del procedimiento que lo hubo de elevar a la categoría de método, aunque veremos que faltando el análisis de los sueños, no nos encontramos todavía ante un caso psicoanalítico.

En este caso, el de una joven con dolores en las piernas y dificultades para andar, se establecen una serie de relaciones entre los síntomas, la vida pasada de la paciente y su manera de hablar de ello.

La localización del dolor en la pierna de la paciente, coincidía con el lugar en donde el padre enfermo, a quien la paciente había cuidado, descansaba sus pies mientras ella le renovaba los vendajes. Freud va tirando del hilo y señala cómo durante las sesiones a veces se acentuaban los dolores y apunta que eso le servía de brújula pues cuando la paciente callaba y sentía los dolores, Freud sabía que algo no había dicho. El dolor en la pierna derecha aparecía cuando hablaba de un joven enamorado o de su padre y en la izquierda cuando hablaba de una hermana o del marido de ésta por quien la paciente, a pesar suyo, se interesaba.

Freud ejerce presión sobre la frente de la paciente y ésta va recordando, a veces dice que no recuerda nada y Freud accede a dejar la sesión hasta que observa cómo este no recordar sucede después de un silencio, con lo que decide que ella sí recuerda o asocia pero no quiere hablar. Podemos decir que es una primera observación sobre la transferencia, en el sentido de que no sólo importa lo que la paciente dice en las sesiones sino también cómo lo dice y cómo no lo dice.

Sin embargo, en este caso nos falta un eslabón que sólo llegará con el historial clínico de *Dora* (16) cuyo título original era “Sueños e Histeria: fragmentos de un análisis”, y el eslabón es, precisamente, el análisis de los sueños.

Los sueños. La gramática del inconsciente

La teoría acerca de la interpretación que se puede dar a los sueños constituye uno de los pilares básicos del Psicoanálisis. Los sueños para Freud, no son portadores de un mensaje esotérico como la tradición desde Artemidoro y desde el pensamiento mágico marcaban, sino que, constituyen en sí mismos un modelo.

Por un lado, la estructura del sueño –escribe a Fliess– es susceptible de aplicación universal y, por tanto, supone un modelo del delirio, de la alucinación. Tomado de este modo, la explicación del sueño sirve de paradigma a la explicación de los síntomas; siendo el sueño el fenómeno “normal” más apropiado para entender los hechos patológicos. En una carta a Fliess de enero de 1899 escribe: “...el esquema del sueño es susceptible de la más general aplicación, en el sueño realmente reside la clave de la histeria” (17) y espera describir de tal modo el proceso mental del sueño que éste incluya el proceso de formación de los síntomas histéricos.

La *Interpretación de los sueños* es una obra que siguiendo la tradición de Charcot se presenta como un gran conjunto de ejemplos a los que sigue un capítulo teórico. Con

los ejemplos ilustra las principales proposiciones, es decir, que el sueño es la realización de un deseo y que su elaboración se establece por medio de las leyes del proceso primario, la condensación y el desplazamiento. La condensación supone que una sola representación sirve a varias cadenas asociativas y el desplazamiento, supone que el afecto ligado a una representación, pasa a otra menos intensa y ligada a la anterior por una cadena asociativa. Todo el mecanismo está regido por la represión que es la responsable de que todos los contenidos de la mente no se plasmen, por motivos subjetivos, tan fácilmente en un mensaje claro para el propio soñante.

Freud establece todos estos puntos sin abandonar el lenguaje del *Proyecto* (18), en el que explica la circulación de cargas psíquicas dentro de un modelo mecanicista.

El proceso de un sueño podría ser el siguiente: Un deseo inconsciente que se remonta a la infancia, es despertado por efecto de un deseo actual; transferido dicho deseo a un pensamiento normal, éste es atraído al Inconsciente y sometido a las leyes de la sintaxis, es decir, las leyes del proceso primario. El pensamiento, entonces, sigue un camino que lo conduce al extremo del aparato psíquico –ficticio y no neurológico– encargado de la percepción. Así, el pensamiento deviene percepción, alucinación de una escena que viene a representar la satisfacción del deseo en cuestión. Añadamos a esto que una serie normal de pensamientos no es sometida a un tratamiento anormal –sueño o histeria–, si un deseo inconsciente derivado de la infancia y en estado de rechazo, no le ha sido transferido. De este modo obtendremos los puntos de intersección entre el deseo, la represión, el sueño y las leyes del lenguaje, con el síntoma histérico.

LOS CASOS CLÍNICOS

El caso Dora. El procedimiento elevado a método

El caso de la paciente llamada Dora publicado como un historial independiente a los *Estudios*, constituye para Freud un fracaso y un éxito. Freud lo considera un fracaso pues la paciente abandona el tratamiento en curso, pero un éxito pues con este caso la teoría de los sueños queda confirmada. Confluyen en el caso la investigación sobre la histeria y la propia de la *Interpretación de los sueños*.

Dado que el proceso para la elaboración del sueño corre paralelo al del síntoma en la histeria, nos encontramos en el caso *Dora* una novedad respecto a los casos de los *Estudios* que es el análisis de los dos sueños que aparecen en el curso del tratamiento.

Los mecanismos del Inconsciente que aparecen tan visiblemente en los lapsus y los chistes del lenguaje ordinario bajo la forma de figuras del discurso –metáfora y metonimia–, se ponen en juego en este tratamiento analítico donde ese discurso va dirigido a un otro, no cualquiera, que escucha y a quien la paciente supone un saber sobre esas leyes del inconsciente y sobre las claves del discurso con su íntima ligazón a los síntomas.

El descubrimiento freudiano se podría resumir así: respecto al mecanismo, el proceso primario está al servicio del deseo inconsciente y respecto al tratamiento, la

transferencia con el analista, que viene a ocupar el lugar de la hipnosis pues da cuenta de los efectos de la misma, se convierte en el eje de la cura.

El método que Freud utiliza en el caso de Dora no es tratar uno tras otro los síntomas, como se hacía con el método catártico, sino dejar a la paciente que elija en cada sesión de qué va a hablar, de manera que se establecen en relación a un mismo síntoma diversos fragmentos en distintos contextos, cuya relación no se puede pensar sin tomar en cuenta las leyes de la represión.

El mencionado fracaso de este tratamiento, el hecho de que la paciente abandone el tratamiento, aparece íntimamente ligado con aquello que se barajaba en la misma, es decir, que el abandono viene marcado por la llegada de Dora al tratamiento. Es su padre quien la lleva a ver a Freud para que la joven entre en razón en relación a una difícil situación familiar. La lleva como un objeto y es precisamente de ser un objeto de lo que Dora se queja. A propósito de la transferencia misma con Freud se dirime el fracaso, pues él no toma en cuenta en ese momento esa particularidad, aunque sí extrae, a posteriori, consecuencias útiles para los futuros tratamientos.

Si algo nos revela la clínica es que el análisis de la transferencia conlleva problemas insolubles, siendo la mejor fórmula el análisis desde la transferencia, como señala Lacan al estudiar el caso Dora, es decir, desde el lugar que el paciente otorga al analista en cada caso.

El caso nos revela elementos de estructura que serán generalizables para la histeria. La paciente identifica a su padre a través de un síntoma, trata de acceder a un saber sobre la sexualidad que le muestre aquello que la constituye como mujer. Se identifica a su padre para acceder a una señora, llamada K, de quien el padre es amante. A Dora le interesa la señora K, pues ella sabe sobre la sexualidad al punto de despertar el deseo del padre. La pregunta que podríamos formular en nombre de Dora es ¿qué tendrá ella, como para despertar el deseo de mi padre?

Dora, que se presentaba como víctima de una situación familiar, es desenmascarada por Freud como elemento activo en dicha situación. La joven actúa guiada por el enigma que la Sra. K. representa en relación al saber acerca de la sexualidad.

La joven se pone en juego en relación a otra mujer porque el deseo de los hombres se posa sobre dicha mujer. No se trata de una cuestión homosexual, sino de otro interés, guía en la histeria, formulable de este modo: ¿qué despierta el deseo de los hombres? Interrogante que vemos en lo cotidiano resbalar de una mujer a otra; de una a otra se atribuye la clave del enigma sobre el deseo.

Hay un enigma fundamental para Dora: cuál es su valor. Para averiguarlo tomará como guía otra mujer a quien su padre ama. Se destaca en el caso también, la importancia en la histeria del amor del y por el padre y la búsqueda de los contornos de ese amor a través de otra mujer.

El caso Dora está considerado como primer caso propiamente analítico, pues, a diferencia de, por ejemplo, el caso de Isabel de R., en la cura se hace intervenir el análisis de los sueños. En el primer sueño se desvela la relación de la paciente con la Sra. K y con su padre, a través de un minucioso análisis, y muestra el derrumbe de los soportes en los que la paciente se identificaba. El segundo sueño, esclarece el enigma

que para Dora supone la Sra. K. y más precisamente, el cuerpo femenino que aparece bajo la idealizada representación de la Madonna.

El procedimiento de Freud basado en la asociación libre, va sentando las bases de una lógica nueva en la clínica una vez queda descartado que se trata de hacer consciente lo inconsciente, pues "une la hermenéutica a realizaciones que parecían genuinamente reservadas a las ciencias naturales" (19). La interpretación es el punto clave sobre el que la clínica se basa. Pero no una interpretación al libre albedrío y opinión del clínico sino basada en la no intromisión en la vida del paciente, de no tratar de modular el deseo que surge tras lo que el síntoma evidencia, sino, más bien, empujar para que dicho deseo y la ficción que éste enmascara, se desvelen.

La sexualidad humana fuera del campo de los instintos

La sexualidad, aquello que en el ser humano es heredero de los instintos, la libido, que es como Freud denomina a la energía de origen sexual está en la base del aparato psíquico.

En el reino animal, para los seres no hablantes, el instinto determina el acople con el objeto de la necesidad en vistas a la procreación. En el ser humano, que piensa, que habla de lo que piensa y que incluso piensa cómo habla, este acople está desajustado y la búsqueda de la perfecta relación se presenta de un modo constante.

En los *Tres ensayos para una teoría sexual* (20), Freud destaca la importancia de la sexualidad y pone en cuestión además, la inocencia infantil en estas lides, distinguiendo lo sexual de lo genital. Ello subraya que las cuestiones de índole sexual que atañen a las relaciones entre los individuos son de un orden mucho más amplio que lo genital.

La sexología que existía desde principios del siglo XIX con Krafft-Ebing y Havelock Ellis, no ponía en cuestión la existencia de un instinto, de un patrón de adaptación natural. Por ello estudiaban las formas patológicas respecto a esa pauta.

Freud subraya cómo el hecho del lenguaje cambia tanto al humano, que dichos patrones no van a ser generales sino que la sexualidad de cada uno se rige según una fantasía no generalizable y difícil de acoplar con la fantasía de un *partenaire*. Aquello que vaya a satisfacerle sexualmente se sostiene en una imagen privada y singular creada por su propio fantasma. Lo que atraiga su apetito sexual, su libido, estará organizado por los rasgos de una imagen privada que se ha fijado en los primeros años. El ser hablante, entonces, no elige lo que cree que le gusta sino aquello que sin saberlo le gusta. Estando el "sin saberlo", marcado desde antes.

Cuando en los *Tres ensayos* Freud cambia el instinto *Instinkt* por la pulsión *Trieb*, cierra con ello las posibilidades de hablar de regulación y regularización de la sexualidad según el principio de una máxima racional o moral.

Lo sexual no se corresponde con la parte animal del ser humano. Por tanto, no se puede relegar a un apartado instintivo del que se desligue toda actividad racional.

Por otra parte, tampoco se pueden poner puertas al campo de la sexualidad, puesto que, la fantasía con la perversidad de la que se rige será la que guíe la sexualidad de cada cual en el camino de la satisfacción de las pulsiones.

revestido de poder en tanto poseedor de aquello que desea la madre. Cuando el niño descubre que a la madre le falta un órgano en el cuerpo, el pene, órgano que él creía de orden universal, atribuye a este órgano el valor de ser aquello que la madre buscaba en el padre. El hecho de que esa parte del cuerpo tenga un valor, el valor que el niño le atribuye y simbolice algo más que un órgano anatómico, lleva a Freud a denominarlo "el falo", término con el que se marca la diferencia entre órgano y símbolo. De este modo, como portador del falo, se introduce al padre en el seno de una relación que, de dual, se convierte en triangular.

Corolario de lo anterior es el pasaje por el temor de que algo de lo que el niño posee en su cuerpo pueda ser arrebatado, o desechado como inservible, lo cual constituye el llamado *Complejo de castración*, que subraya la complejidad de factores que tienen lugar en la vida infantil, actuando sobre el propio cuerpo y marcando para el niño la evidencia de que algo falta en la madre y que algo puede faltarle a él. Este recorrido es una aventura particular y constituyente del sujeto a la que ninguna propedéutica puede sustraer y que en *Juanito* se revela particularmente con la constitución de la fobia.

El tratamiento está llevado, aparentemente, por el padre, sin embargo, en el momento en que la encrucijada de la fobia se revela, el niño se dirige a Freud con su pregunta acerca de su mal y es a él a quien supone un saber para curarle.

Se ve en el caso que hay toda una serie de relaciones familiares puestas en juego y no podemos asegurar que cambiando tal o cual elemento las cosas hubieran ido mejor para Juanito. Lo cual equivale a afirmar que no hay ninguna prevención que evite al infantil sujeto enfrentarse con la complejidad de la castración. La angustia de castración a la que el niño está confrontado es intrapsíquica. La realidad psíquica y el inconsciente son intrapsíquicos aunque se desplacen en la escena familiar. No nos sirven para analizar, en este caso una fobia, las relaciones intersíquicas. Si realizamos ese análisis relacional, entonces, el inconsciente particular queda confundido con lo no dicho de las relaciones humanas.

Para el neurótico, en general, aquel individuo de la especie humana que habla y sufre por aquello que no puede decir, la conducta no empieza allí donde termina. Es decir, el acto no es uno en sí mismo ni se halla aislado de las causas que lo determinan. Esto es un hecho que la clínica corrobora constantemente. Aunque haya paradigmas que se basan fundamentalmente en negarlo, la conducta empieza antes del acto y sin el único determinante del aprendizaje. En muchas ocasiones los actos circulan en dirección contraria a la voluntad. A Juanito le inducen a sobrellevar su fobia, a considerarla fútil, sin embargo, ésta no desaparece hasta que el niño no resuelve el conflicto que le estaba angustiando.

Podemos situar el conflicto entre la voluntad y lo involuntario entre lo consciente y lo inconsciente en aquellos acontecimientos intrapsíquicos de la infancia. Pero basarlo en ese punto no quiere decir que sea posible evitarlo, pues el Psicoanálisis no es un método pedagógico o preventivo de traumas sino, más bien, esclarecedor de cómo el trauma necesario y constitutivo del sujeto se ha fundado para alguien en particular; de cómo los síntomas que aparentemente pertenecen a otro orden, se acogen al orden del traumatismo y se desvelan como su encubrimiento.

El binario normal/patológico respecto de la sexualidad humana falla estrepitosamente si tomamos a cargo la concepción freudiana de la pulsión pues vemos, y en la clínica se comprueba, que tal frontera se desdibuja continuamente y cómo de su empuje están imbuidos aún los actos más, aparentemente, alejados.

Freud define el deseo en la *Interpretación de los sueños* y en el texto de los *Tres ensayos* queda definida la pulsión y descrito el escenario de la sexualidad desde la infancia. Y así como el deseo queda manifiesto en la escena del fantasma y en la del sueño queriendo ser realizado y poniendo en juego la experiencia pasada. La pulsión no se realiza sino que tiende a un fin.

El *Trieb*, la pulsión no es fantasmática sino que apunta a un fin, no natural, no instintivo y no específico. No se podría afirmar que el fin de la pulsión o de la sexualidad sea del orden de la especie y por tanto instintivo, sino que es individual y por tanto subjetivo.

El caso de Juanito. La encrucijada de la castración

Del mismo modo que el historial de *Dora* pone en juego el trabajo sobre los sueños, el caso de *Juanito*, el análisis de la fobia de un niño de cinco años (21) va a poner en juego lo que en los *Tres ensayos* venía referido a la sexualidad infantil. Al escribir aquel texto Freud se basa en lo que sus pacientes adultos referían sobre la vida sexual infantil y el historial de *Juanito*, viene a especificar el cuadro de la vida sexual de este niño, no como un recuerdo de adulto sino en el transcurso de la infancia.

Pero este caso no sólo dará cuenta de dicha coincidencia sino que en él se desvelan las nociones de *complejo de castración* y *complejo de Edipo*. A *Juanito*, sobre una amenaza anterior que retroactivamente adquiere significación, le adviene la angustia y sobre ese fondo de angustia se constituye una fobia.

Se trata de un caso del que tenemos datos anteriores al desarrollo de la fobia pues sus padres eran grandes admiradores de Freud y habiendo leído los *Tres ensayos* anotaban las preguntas y comportamientos de su hijo respecto de la sexualidad. Por ello conocemos no sólo su gran interés por el órgano genital propio y por los de los demás sino también cómo el niño atribuye a todos los seres vivos un órgano similar al suyo.

En un tiempo anterior al inicio de la fobia, el niño descubre cómo su padre trata de separarle de su madre, surgiendo además el nacimiento de una hermana, con lo cual le consta que no es el personaje principal y único para su mamá. Por otra parte se le advierte sobre lo exagerado de su interés por su pene, lo cual más adelante va a significar para él una amenaza de que efectivamente va a ver malogrado su órgano. Esto va a producir angustia al niño, una primera angustia por la separación que se revela en una posterior angustia por su posible castración. Sobre el fondo de ese temor, de esa angustia, la fobia a los caballos va a presentarse como síntoma.

El caso nos muestra aquello que denominamos *Complejo de Edipo* como la angustia producida por el hecho de que la madre no está completa, no está satisfecha, sino que precisa algo y que eso que precisa va más allá del pequeño niño. El niño percibe que el objeto del deseo de la madre se encuentra en el padre, quien queda

a su padre. Paul, tiene que pagar un envío certificado y lo paga otra persona, él cree que es el capitán a quien le debe el dinero y empieza a pensar compulsivamente que si no paga, las ratas se introducirán en las nalgas de su amada y de su padre, quien para sorpresa de Freud, ya ha muerto.

En la idea obsesiva se hallan condensados muchos acontecimientos que se van desplegando hasta hacer aparecer en escena el deseo que sentía Paul de que su padre muriera, para así poder contraer matrimonio. El establecía relaciones adversas entre este matrimonio y el de sus propios padres, pues en éste como en aquél se planteaba una elección entre una mujer rica y la amada. Todo ello concluye en la secuencia sintomática que queda perfectamente explicada en el texto freudiano. Hay toda una labor de desciframiento textual de los pensamientos obsesivos, que se imponen al paciente.

El pensamiento compulsivo aparece para el paciente unido al desconocimiento de qué significa. La ultima ratio de las ideas fijas de las que no se puede desprender le está absolutamente velada y hay un recorrido textual hasta encontrar la significación oculta.

La primera disposición de lugares en el mapa psíquico, llamada primera tópica, que se definía por el binario consciente –inconsciente, aparece en el caso del *Hombre de las Ratas* como insuficiente. Sobre el caso planea la necesidad de un nuevo planteamiento de lugares, que aclaren las transacciones que se producen en la obsesión.

La necesidad de una segunda tópica aparece en este caso aunque será mucho más tarde cuando Freud la exponga. Concretamente es el texto el *Yo y el Ello* (23) el que contiene esta explicación de la segunda tópica, en donde los lugares Yo-Ello-Superyó quedan especificados. Sin embargo importa aclarar que esta segunda tópica, como lo señala Jacques Lacan, no subsume al Inconsciente-Consciente, más bien, ambas tópicas o disposiciones en lo psíquico se complementan, pues al ampliarse la lógica freudiana a una gama mayor de trastornos, dicha lógica requiere un planteamiento también más amplio para explicar el universo del psiquismo.

En el relato del caso del *Hombre de las Ratas*, Freud habla del delirio obsesivo del paciente, pero, de ningún modo podemos tomar el delirio como signo de psicosis en ese caso, pues al haber podido rastrear la neurosis infantil, no se podría plantear un cambio en la estructura psíquica del sujeto. La estructura sitúa la forma en que la realidad incide sobre un sujeto y no es cambiante. Alguien puede cambiar en sus formas de actuar pero el armazón de su psiquismo permanece. La importancia de esta concepción para la clínica es evidente, pues el descubrimiento de cuál sea la estructura del paciente será primordial para el devenir de los síntomas.

Para abordar la psicosis Freud toma un escrito en el que el presidente del Senado de la Corte de Dresde, Daniel Paul Schreber, da cumplida cuenta de los delirios que le acometen (24). El texto sobre *Schreber* (25), si bien no se basa en un caso clínico de Freud, ofrece los puntos claves para poder establecer una hipótesis sobre la psicosis desde la explicación psicoanalítica. En este sentido el trabajo de Jacques Lacan sobre los interrogantes que la clínica de la psicosis le plantea será fundamental en el avance de la teoría analítica. De nuevo es desde las preguntas que la clínica ofrece a un psiquiatra de formación tradicional en Francia de dónde parte un aporte teórico nuevo.

La neurosis obsesiva como dialecto de la histeria

Desde un punto de vista etiológico las diversas manifestaciones neuróticas surgen de los conflictos en la vida sexual infantil. Tanto la histeria como ese otro gran grupo que constituye la obsesión tienen su origen en la infancia, en cómo se eligen en la infancia los objetos amorosos y en cómo uno se defiende de un continuo desencuentro con dichos objetos de amor.

A las preguntas acerca de cómo lo descubierto con el estudio sobre la histeria, se presenta para aquellos individuos cuyas manifestaciones sintomáticas Pinel definía como “manías sin delirio”, Freud responde con la descripción de la neurosis obsesiva. Viene a responder con el caso del *Hombre de las Ratas* (22), denominado así porque las ratas formaban parte de los fantasmas de este paciente. Freud considera el lenguaje del obsesivo como un dialecto de la histeria que debe ser traducido. La obsesión como un dialecto de esa lengua más general que habla la histeria, es decir, una especie en un género.

Freud reúne los términos del dialecto y los interpreta tal como hacía en la *Interpretación de los sueños* y en los sueños de *Dora*. Los interpreta según una lógica generalizable que explique los pensamientos obsesivos que toman relevancia en la redacción del caso.

Para explicar los fenómenos obsesivos, pensamientos y rituales, se hace necesaria la elaboración de un nuevo término, el de las defensas secundarias lo cual nos lleva a admitir un inconsciente de naturaleza radicalmente irreductible a la conciencia.

La obsesión invalida que el Psicoanálisis se pueda limitar a hacer consciente lo inconsciente y nos revela la complejidad de un inconsciente literal, grabado como una inscripción indecifrabable para el sujeto.

Las defensas secundarias, desde una perspectiva metapsicológica, se forman exactamente igual que el contenido manifiesto del sueño y en ellas la palabra cae bajo el influjo de la represión, es decir, del proceso primario y del deseo inconsciente.

El proceso primario funciona mediante la condensación y el desplazamiento siendo la censura aquello que separa lo primario de lo secundario de manera que lo que adviene a la conciencia en la obsesión bajo la forma de pensamientos –imperativos a veces–, ha sufrido una transformación en el camino. De ahí que las ideas obsesivas tiendan a unir los términos más dispares.

La defensa secundaria es un texto, distinto a la represión, que debe ser descifrado. Si bien el núcleo de toda neurosis –histeria u obsesión– está en la represión de un deseo inconsciente, lo que constituye a la obsesión en un dialecto es esa utilización de las defensas secundarias, de esas frases o palabras que se imponen al pensamiento obsesivo y la aparición de una serie de fórmulas con una redacción precisa, cuyo significado el sujeto desconoce.

Al *Hombre de las Ratas* sus obsesiones no le dejan vivir y el tratamiento se centra en el desciframiento de las mismas que vienen a definir la neurosis infantil como núcleo del tormento de este sujeto. Paul, el Hombre de las Ratas, escucha en el curso de unas maniobras militares al *Capitán Cruel* relatar un tormento oriental relacionado con las ratas e inmediatamente tiene la idea de que este castigo le es aplicado a su amada y

El retorno a Freud de Lacan

Lacan, con la perspectiva de casi cincuenta años de existencia del Psicoanálisis, en su retorno a Freud plantea las claves de la práctica en su relación a la teoría y a la ciencia.

La psicosis, como la neurosis o la perversión, aparece enmarcada en una estructura y el síntoma es un hecho de estructura. No se trata de evitar lo terapéutico del Psicoanálisis y convertirlo en una hermenéutica sino de plantear la concepción del sujeto inmerso en un mundo de lenguaje que es el distintivo del humano respecto de los animales.

Si para explicar empíricamente el comportamiento humano adoptamos el estudio del mundo animal, aunque sea tomando al animal más parecido al hombre, estaremos dejando a un lado el hecho diferencial humano que supone el lenguaje y lo que éste, con su poder sobre el pensamiento, la imaginación, la creación artística, etc., conlleva. En consecuencia, olvidaremos que la íntima relación del sujeto humano con su propio cuerpo, con su bienestar o malestar, se produce a través del lenguaje.

Es cierto, no se nos ocurriría negarlo, que hay unos mecanismos fisiológicos en el cuerpo, pero su alteración y, aún más, su misma denominación por parte del paciente se produce en relación con el lenguaje. Los síntomas están referidos por los pacientes a la imagen corporal del propio cuerpo y no a su exacta disposición anatómica, y ello trae consigo, en ocasiones, errores subjetivos con respecto a la enfermedad. Es posible que ello no afecte a la fisiopatología de la enfermedad, pero, sin duda afecta al enfermo. Cuando el sujeto se considera enfermo de algo que mecánicamente no está afecto, y se empieza a comportar como tal enfermo, el problema que se plantea no es banal, pues el mismo concepto de salud queda cuestionado.

La enseñanza de Lacan pone de relieve que hay una escritura ideográfica para el sujeto, unas imágenes en su cabeza que sufren una transliteración para convertirse en escritura alfabética. Las imágenes se traducen en palabras. El sujeto, entonces, depende del lenguaje para efectuar esa operación, para poder traducir en palabras la imagen propia. La clínica psicoanalítica es una clínica de lo escrito, de los avatares de la dependencia del sujeto al lenguaje.

Lacan establece la relación de la imagen con el lenguaje y con lo real y explica la relación de sujeto a sujeto mediada por el lenguaje que queda referido como Otro, como lugar de un Otro cuya estructura no depende del sujeto.

Cuando se muestra un síntoma en el cuerpo como portador de un mensaje desconocido para el propio sujeto y con un contenido desconocido para el médico entonces la pregunta sobre el origen de las dolencias se puede responder desde el Psicoanálisis ya que en la cura se despliega aquello de lo subjetivo que está enfermo.

Con un estilo propio, no siempre acorde con el gusto del lector, Lacan se plantea a partir de los años cincuenta (26) cómo hacer del Psicoanálisis algo más que una técnica de educación emocional que es a lo que había quedado reducido. La Filosofía reducía todo el Psicoanálisis a la experiencia dual de la cura para encontrar en ella cómo verificar los temas de la intersubjetividad fenomenológica, de la existencia como proyecto o bien del personalismo. La Psicología, por su parte, identificaba la mayor

parte de las categorías psicoanalíticas como atributos de un sujeto que, manifiestamente no le presentaba ningún problema. La Sociología, finalmente, complementando a la Psicología, proporcionaba al principio de realidad un contenido objetivo –imperativos sociales y familiares– que el sujeto ha de interiorizar para armarse de un Superyó y de las categorías de conocimiento correspondientes. Al Psicoanálisis le quedaba, solamente, la reducción a una reeducación de la función relacional (27).

Contra ese reduccionismo avanza Lacan con la teoría del sujeto y el intento de matematizar lo psíquico. “Los matemáticos lacanianos no propician el cálculo, pero sí la transmisión” (28). Y ese es, quizá, uno de los mayores aportes de la obra de Lacan, su esfuerzo para revelar a la luz de cierta generalización, cuestiones que conciernen a lo particular. Señalando de paso aquello de la ciencia que queda excluido de la misma a causa de su propia argumentación metodológica, que en la ciencia ordena tanto los conocimientos como su validación.

Ciencia y práctica

El Psicoanálisis ha discernido un campo, el del inconsciente, que no es formalizable ni calculable a priori, como la ciencia lo requiere. No sería asimilable a la ciencia en el sentido de tercer mundo concebido por Popper, es decir, como un mundo autónomo, asubjetivo en cuyo seno yacen los pensamientos científicos. Y, sin embargo, “el inconsciente sigue siendo una hipótesis necesaria tan sólo por las secuelas y efectos que ella permite y justifica.” (29), pues éstos subrayan que del lenguaje y del sujeto que lo habita queda rechazado, precisamente, en la ciencia.

Analicemos los esfuerzos de la Psicología y comprobaremos que se ha avanzado mucho en las descripciones de los comportamientos y los procesos mentales que subyacen, veremos también que no hay un saber constituido sobre qué hacer como mujer o qué hacer como hombre en relación al deseo.

La diferencia estriba en que desde el Psicoanálisis no se espera que el progreso del saber determine la cuestión, sino, más bien, dar cuenta de la imposibilidad de tal definición para una generalidad de sujetos. Es lo particular del deseo lo que nos concierne y desde la cura desde donde se puede abordar.

Al igual que a los hombres que construyeron la torre de Babel les era negado el nombre que habían de otorgarse a sí mismos, al científico moderno le resulta imposible nombrar su relación con el otro sexo. La ciencia como transcriptor de las leyes que pretende estén de antemano en la naturaleza, no alcanza a definir a quien construye la definición. La naturaleza propia de dicho sujeto está alterada por el lenguaje.

Este lenguaje, a pesar de los esfuerzos del empirismo lógico que exige que todos los signos tengan siempre un significado perfectamente definido y que éstos se utilicen exclusivamente en el interior de una sintaxis lógica, está plagado de fallidos. Estos aparecen transgrediendo las leyes de dicha lógica como los síntomas en el cuerpo trasgreden las leyes de la fisiopatología.

Cuando se muestra un síntoma en el cuerpo como portador de un mensaje desconocido para el propio sujeto y con un contenido desconocido para el médico, entonces la pregunta sobre el origen de las dolencias se puede responder desde el Psicoanálisis,

ya que en la cura se despliega aquello de lo subjetivo que se revela en la enfermedad. Lo subjetivo no es sólo del orden de la consciencia, ya que ésta no es el único medio en el que interactuamos con nosotros mismos, pues el cuerpo no es sólo del orden de la anatomía o la fisiología.

Aunque el código genético quede definido a la perfección, nunca dará cuenta del deseo que une, o reúne, o desune, a los humanos. Es precisamente en esa falla donde la teoría y la práctica psicoanalíticas se instalan, con un único criterio de validez, que es su transmisibilidad, criterio válido, por otra parte, para toda ciencia.

Cuando desde otras perspectivas clínicas se apunta al Psicoanálisis de hermético, es quizá por la dificultad de aceptar el reto a sustraerse a la supuesta objetividad para entrar en los porqués de lo subjetivo.

Si lo normal es lo objetivo y lo objetivo es lo estadísticamente normal estaremos construyendo un modelo más o menos sociológico y considerando las excepciones al modelo, todas y cada una de ellas, como un fleco a recortar, sin considerar cómo y porqué surge aquí esta puntilla, allí aquel brocado. Esta invención de un modelo, que quiere huir de cualquier hermenéutica, cae en la consideración moral de que lo más frecuente es lo mejor, con un agravante, toda la dimensión de desconocimiento que albergan los sujetos sobre sí mismos, adquiere la categoría de tontería.

Los casos clínicos que Freud publica muestran que es precisamente sobre las "tonterías", sobre lo que se construyen algunas de las dolencias más profundas de los seres hablantes. Las obsesiones del *Hombre de las Ratas*, basadas en un olvido insignificante, pero que no le dejan vivir, traducen una fantasía original reprimida, que, a través de las formaciones secundarias plasmadas en los pensamientos obsesivos, atormenta al sujeto quien, conscientemente, no acepta aquéllo.

Si la propuesta terapéutica se basara en el sentido común, habríamos de convencer a todos los sujetos que vienen a la consulta que aquéllo no es para tanto, que debe evitar tal pensamiento pues ocurre como algo ajeno a él, es como una afección vírica, de repente se puso uno a pensar que su mujer se iba con otro, no tenía ningún fundamento para pensar aquéllo y se le dice que es una tontería, que no lo piense.

Sea cual sea el modo cómo se le trate de convencer, sea cual sea el método, bien sedándole para que deje de pensar, bien convenciéndole o entrenándole, si no podemos localizar cual es el perjuicio y el beneficio que dicho síntoma conlleva para el sujeto, estamos en el terreno de la moral, y ello viene marcado no tanto por lo objetivo que se subraya, sino precisamente, por lo subjetivo que se sustrae.

La ética, a diferencia de la moral, del establecimiento de unos principios comunes a los individuos de una determinada sociedad o creencia, pone de relieve la cuestión del deseo del sujeto. Un deseo que no siempre está de acuerdo con el principio del placer.

El sujeto humano se prohíbe gozar pues el goce va contra el placer que la cultura supone e impone a los individuos. Este goce, aunque prohibido, se filtra por las entretelas del cuerpo y algo del mismo va en contra del placer como bien, como bien-estar. La prohibición está supuesta en la norma social, o si se quiere, lo social existe porque existen las prohibiciones, y ellas perfilan unos ideales con los que el deseo del sujeto no siempre estará de acuerdo. Esto plantea un conflicto cuya resolución, para el psico-

analista, no será situarse del lado de uno u otro de los ideales, sino hacer emerger ese deseo que escondido para el sujeto, –pues el conflicto lo vela–, no cesa de aparecer en lo cotidiano, en sus pequeños actos, en sus pensamientos, en los síntomas corporales que le acaecen. Con respecto a la vida sexual, a lo que hay de implacable en la sexualidad, "el análisis podrá tener un resultado en apariencia poco brillante desde el punto de vista de los estándares sociales o por el contrario podrá tener un éxito honorable desde el punto de vista de las normas, pero eso no estará en ningún caso decidido de antemano por el analista" (30).

Precisamente, el planteamiento de una ética del deseo es lo que concierne al Psicoanálisis de hoy. Ello dificulta que aspectos tan importantes como la transmisión estén completamente resueltos y es el reto actual desde la teoría. Hay una aporía fundamental, transmitir la teoría sin que haya experiencia del inconsciente es, en la práctica, imposible. Porque un sujeto armado con todos los conceptos y que no sepa qué es lo que él mismo como sujeto espera de la posición de analista, es probable que empuje desde su lugar a otros sujetos según su deseo propio, no reconocido. Que el analista se analice no es, por tanto, un imperativo metodológico, sino ético. La cuestión de la transmisión no es pues una cuestión de iniciación sino una dificultad que atañe a la teoría y por ende a la clínica.

NOTAS

- (1) FREUD, S. La interpretación de los sueños. Madrid: Biblioteca Nueva. Obras Completas, vol. I, 1972.
- (2) FREUD, S. Psicopatología de la vida cotidiana. Madrid: Biblioteca Nueva. Obras Completas, vol. III, 1972.
- (3) FREUD, S. La sexualidad en la etiología de las neurosis. Madrid: Biblioteca Nueva. Obras Completas, vol. II, 1972.
- (4) CARUS, C. G. Psyche zur Entwicklungsgeschichte der Seele. Pforzheim: Flammer und Hoffmann, 1846.
- (5) HARTMANN, E. von. Filosofía del inconsciente. Berlín, 1869.
- (6) BERNHEIM, H. De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique.
- (7) KUHN, T. La estructura de las revoluciones científicas. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1979.
- (8) FREUD, S. Estudios sobre la histeria. Madrid: Biblioteca Nueva. Obras Completas, vol. I, 1972.
- (9) FREUD, S. Los orígenes del Psicoanálisis; Carta 61. 2-5-97. Madrid: Biblioteca Nueva. Obras Completas, vol. IX, 1975.
- (10) FREUD, S. Los orígenes del Psicoanálisis; Carta 92. 7-7-98. Madrid: Biblioteca Nueva. Obras Completas, vol. IX, 1975.
- (11) MELMAN, CH. Nuevos estudios sobre la histeria. Buenos Aires: Nueva Visión, 1988.
- (12) FREUD, S. Los orígenes del Psicoanálisis; Manuscrito G. Madrid: Biblioteca Nueva. Obras Completas, vol. IX, 1975.

- (13) FREUD, S. Más allá del principio del placer. Madrid: Biblioteca Nueva. Obras Completas, vol. VII, 1972.
- (14) FREUD, S. Psicoanálisis (cinco conferencias pronunciadas en la Clark University); conferencia V. Madrid: Biblioteca Nueva. Obras Completas, vol. III, 1972.
- (15) FREUD, S. Estudios sobre la Histeria; E) Historiales clínicos; 2) Miss Lucy R. Madrid: Biblioteca Nueva. Obras Completas, vol. I, 1972.
- (16) FREUD, S. Análisis fragmentario de una histeria (Caso Dora). Madrid: Biblioteca Nueva. Obras Completas, vol. II, 1972.
- (17) FREUD, S. Los orígenes del Psicoanálisis; Carta 101. 3-1-99. Madrid: Biblioteca Nueva. Obras Completas, vol. IX, 1975.
- (18) FREUD, S. Proyecto de una Psicología para neurólogos. Madrid: Biblioteca Nueva. Obras Completas, vol. I, 1972.
- (19) HABERMAS, J. Conocimiento e interés. Madrid: Taurus, 1979.
- (20) FREUD, S. Tres ensayos para una teoría sexual. Madrid: Biblioteca Nueva. Obras Completas, vol. IV, 192.
- (21) FREUD, S. Análisis de la fobia de un niño de cinco años (Juanito). Madrid: Biblioteca Nueva. Obras Completas, vol. IV, 1972.
- (22) FREUD, S. Análisis de un caso de neurosis obsesiva (El Hombre de las Ratas). Madrid: Biblioteca Nueva. Obras Completas, vol. IV, 1972.
- (23) FREUD, S. El Yo y el Ello. Madrid: Biblioteca Nueva. Obras Completas, vol. VII, 1972.
- (24) SCHREBER, D. P. Memorias de un neurópata. Barcelona: Argot, 1985.
- (25) FREUD, S. Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia autobiográficamente descrito (Schreber). Madrid: Biblioteca Nueva. Obras Completas, vol. IV, 1972.
- (26) LACAN, J. Escritos, vols. I y II. México: Siglo XXI, 1983.
- (27) ALTHUSSER, L. Freud y Lacan. Barcelona: Anagrama, 1970.
- (28) ALEMAN, J.; LARRIERA, S. Lathouses. El psicoanálisis en la razón actual. Serie Psicoanalítica nº 4. 1984: 191-217.
- (29) SILVESTRE, M. Mañana el Psicoanálisis. Buenos Aires: Manantial, 1988.
- (30) POMMIER, G. L'Ordre sexuel. Éditions Aubier, 1989.

INTERVENCIONES SISTÉMICAS:
EL MODELO DE LA TERAPIA FAMILIAR FÁSICA

Annete Kreuz

(Psicóloga, Psicoterapeuta TFF)

Dra. Carole Gammer

(PhD. Fundadora de la TFF - París)

INTERVENCIONES SISTÉMICAS: EL MODELO DE LA TERAPIA FAMILIAR FÁSICA

Por Annette Kreuz

(Psicóloga, Psicoterapeuta TFF)

Dra. Carole Gammer

(PhD. Fundadora de la TFF - París)

Introducción

La Terapia Familiar como técnica terapéutica surge en los años 60 en los EE.UU., tanto como fruto de investigaciones científicas como del trabajo clínico. En esta época, evidentemente, ya existen varios modelos terapéuticos, partiendo del trabajo individual con un planteamiento lineal. Así podemos encontrarnos con la Escuela Dinámica Analítica con sus ramificaciones, el Enfoque Conductual, El Psicodrama, la Gestalt y la Terapia Centrada en el Cliente. Aun teniendo conceptos explicativos completamente diferentes, todos estos modelos conciben el trastorno como algo que se origina en el individuo y, por lo tanto se trata individualmente.

En 1948, el Matemático Norbert Wiener creó el término de Cibernética para el estudio científico de todo el campo de la teoría del control y de la comunicación. (Wiener 1948, 1971). Según esta teoría, las funciones de control, intercambio y procesamiento de información dentro de cualquier sistema siguen siempre los mismos principios, ya sean aplicadas a un sistema mecánico, a organismos vivos, o a estructuras sociales. En un principio, las investigaciones se centraron en determinar cómo se podría mantener la aparente estabilidad de los diferentes sistemas. Entre los fenómenos estudiados encontramos la regulación a través de procesos de retroalimentación, el procesamiento de la información, la adaptación, la autoorganización, y algunos otros más.

La teoría de los sistemas aplicada a la psicopatología originó una revolución a nivel teórico y práctico. **El contexto, sobre todo el contexto familiar, se considera básico en el origen y mantenimiento de los trastornos psicológicos y psiquiátricos. No hay pacientes, sino familias que tratar.** Se puede decir que el cambio de

paradigma, como se llama en la teoría de la ciencia, choca tanto a los terapeutas como a los pacientes, y modifica totalmente hasta la indumentaria normal de los consultorios. Un terapeuta familiar prescinde de mesa y confidente. Se opera en un espacio amplio, con mobiliario movable y muchas veces con técnicas audiovisuales para el control del proceso terapéutico. Si se dispone de un equipo terapéutico, hay una parte del equipo que está encargada de trabajar directamente con una familia, y una parte que observa el proceso terapéutico detrás de un espejo unidireccional, interviniendo en momentos determinados llamando "a consulta" a los terapeutas actuantes.

Los primeros creadores de la terapia familiar proceden de campos muy diferentes: nos encontramos con antropólogos, asistentes sociales, lingüistas, médicos peditras, psiquiatras, neurocirujanos. Hoffmann (1984) nos da una visión excelente de los aspectos históricos.

Una forma de intentar orientarse en él cada vez más amplio conjunto de las escuelas terapéuticas es agruparlas según el peso específico que cada una de las orientaciones otorga a aspectos diferentes dentro del pensamiento sistémico.

ESCUELAS DE TERAPIA FAMILIAR

A) Enfoque Sistémico Puro *Selvini, Boscolo (Escuela de Milán)*

B) Enfoques Multidimensionales

1) Enfoque Histórico/Analítico *(Bowen, Boszormenyi-Nagy)*

2) Enfoque Estructural *(Minuchin, Ackerman, Sluzki)*

3) Enfoque Estratégico/Comunicacional/Constructivista *(Madanes, Haley, Watzlawick) (Escuela de Palo Alto)*

4) Enfoque Fásico *(Gammer)*

Los terapeutas sistémicos utilizan un lenguaje propio, como también muchas otras orientaciones, que proviene, en gran parte, de la teoría de sistemas. En las siguientes líneas se explicarán algunos de los términos más importantes, cuyo entendimiento es necesario para entender el trabajo sistémico.

La forma y las técnicas de intervención del terapeuta familiar van a diferenciarse de las de sus colegas según la escuela terapéutica a la que pertenece. Sin embargo, hay características dentro del trabajo sistémico que son universales para todos los terapeutas y que diferencian esta forma de terapia del trabajo individual. Una buena metáfora para una conceptualización sistémica del mundo es pensar en las muñecas rusas: una muñeca contiene a otra que a su vez contiene a otra. Un sistema contiene a otro subsistema que contiene a otro, y así sucesivamente. Hablando de pacientes, un chico de 15 años (quien a su vez se compone de sus subsistemas biológicos, genéticos, y psicológicos) forma parte de varios subsistemas dentro del sistema familiar extenso. Puede considerarse, por ejemplo, como miembro del sub-sistema "hombres", o del subsistema "hermanos", o del sub-sistema "amante de las fallas".



Todos los sistemas están en continua interacción, intercambiando información y regulándose mutuamente para mantener un estado de equilibrio, llamado homeostasis. Este principio de regulación se conoce con el nombre de retroalimentación en la terminología sistemática. Hay dos formas diferentes de retroalimentación en un sistema:

1º El efecto regulador inicia un proceso complementario o compensatorio, es decir un aumento provoca una disminución, una disminución inicia un aumento. Hablando de interacciones, nos podemos imaginar una pareja, donde el retraimiento de uno de los componentes conlleva una búsqueda más intensa de contactos por parte del otro.

2º El efecto regulador inicia un proceso simétrico o del mismo signo, es decir, una disminución provoca más disminución, un aumento inicia más aumento. Por ejemplo, una persona eleva el tono de voz, que es percibido por el interlocutor que hace lo mismo, lo cual invita al primero a aumentar el volumen todavía más y así sucesivamente. Los diferentes sistemas y subsistemas, por su interacción e interdependencia, se regulan mutuamente.

Cualquier cambio en un sistema conlleva cambios en los restantes sistemas. Consideramos al paciente miembro o "subsistema" de un sistema familiar, que conlleva esta característica de interdependencia y se ajusta, por lo tanto, a la siguiente definición:

Definición: la familia es un sistema abierto y viviente, con varios subsistemas, que comparten una historia e intentan mantener una identidad como sistema, aunque evolucionando en el tiempo. El cambio de una parte del mismo es seguido por cambios compensatorios en otras partes del sistema a fin de mantener la homeostasis del conjunto.

Todos provenimos de familias, y algunos nos hemos aventurado a crear incluso un nuevo sistema familiar. De una manera muy experiencial sabemos que cualquier familia es más que la suma de sus componentes. Es esta característica sistémica llamada totalidad la que forma la base de las sagas familiares y nos hace pensar automáticamente en conjuntos.

El terapeuta familiar parte de la idea de que los comportamientos de una persona sólo se pueden entender dentro del contexto del sistema en el que aparecen. Una vez iniciada una secuencia de interacción, un mismo comportamiento puede ser considerado tanto causa como efecto, según dónde empiece el análisis de los acontecimientos. Quien no ha presenciado o incluso experimentado el dilema de una pareja disputándose el inicio de una riña, en la que ambos insisten que su comportamiento sólo fue "respuesta" a lo que hizo o dijo el cónyuge. Siempre existe una interdependencia, una causalidad recíproca o circularidad, entre los diferentes movimientos.

Una familia como sistema tiene la finalidad de fomentar el desarrollo adecuado de cada uno de sus miembros. La forma en que alcanza esta finalidad depende, tanto de los contextos socioculturales y temporales como de cada uno de los componentes de la familia. O, como decía Minuchín (1986) "Algunas de las formas (de fomentar el desarrollo) nos pueden parecer más adecuadas, pero lo cierto es que el aspecto dentro del cual el niño puede crecer y desarrollarse sanamente, implica las más diversas escalas de valores, métodos educacionales y formas de organización vital: El fenómeno de llegar al mismo fin con orígenes y procesos diferentes se llama equifinalidad en el lenguaje sistémico.

Muchas veces el psicoterapeuta, psicólogo y hasta médico se ve envuelto en una dinámica, donde se le pide ayuda para una determinada persona pero, al indagar en la historia del problema, el profesional se da cuenta de que el "enfermo" está bastante mejor que algunos otros miembros de la familia, que se definen a sí mismos como "sanos" o sin problemas. Sobre todo los terapeutas con un concepto sistémico desconfían de un rótulo clasificador y llaman al protagonista de las quejas paciente identificado.

Definición: Paciente Identificado

La persona para la cual se pide ayuda terapéutica se llama paciente identificado: (PI).

Cuando una persona se encuentra con un problema que le impide su desarrollo pleno y satisfactorio y le causa sufrimiento, busca ayuda. La conciencia de que el problema es "suyo" no sólo lo fomenta el entorno, sino también el afectado. No es casualidad que los primeros estudios en Terapia Familiar se hicieran con familias que tenían un miembro diagnosticado como esquizofrénico. Observar estas familias en sus pautas de interacción tan específicas fue (y para algunos terapeutas aún sigue siendo) el caballo de batalla para una visión sistémica de la psicopatología. Desde los inicios de estos estudios hasta ahora se ha escrito mucho sobre los diferentes síntomas. Lo que no ha variado es su concepto básico.

Definición: Función del síntoma.

Dentro de una familia con una pauta de interacción disfuncional, uno o varios de

sus miembros desarrollan uno o varios síntomas. Los síntomas se originan y/o se mantienen a causa de la interacción disfuncional del conjunto familiar. Todos los síntomas que aparecen tienden a mantener o devolverle un estatus de equilibrio (homeostasis) al sistema familiar. Esta función no se debe confundir con intencionalidad.

A lo largo del tiempo, el desarrollo de la familia sigue pautas cambiantes dentro de un orden que los terapeutas llaman el Ciclo Vital de la familia. Este concepto proviene originalmente de la Sociología, pero se popularizó en el campo de la Terapia Familiar (ver Carter, 1980). Siguiendo las diferentes etapas del Ciclo Vital, la familia en conjunto se ve en la necesidad de adaptarse a las cambiantes necesidades de cada uno de sus miembros y del conjunto.

EL CICLO VITAL

1. Adulto independiente.
2. Recién casado.
3. El nacimiento del primer hijo.
4. Hijos en edad escolar.
5. Hijos adolescentes.
6. Centro de lanzamiento (hijos van y vienen).
7. Adultos en plena madurez.
8. Jubilación.

Los diferentes nombres de estas fases evolutivas describen el inicio de cada una de las diferentes crisis de desarrollo por las que pasa una familia occidental a lo largo de su vida en circunstancias normales. El cambio de una etapa vital a la siguiente conlleva una crisis que exige a la familia una reorganización profunda. Esta reorganización permite mantener todas aquellas funciones que describen una familia sana y constituyen un reto evolutivo. Si la familia consigue este ajuste a las nuevas necesidades no habrá síntoma en la familia. Si no, el patrón antiguo de interacción lleva a un estancamiento, que a su vez provoca una escalada y la aparición de síntomas. Cualquier síntoma constituye un intento del sistema familiar de curarse, de adaptarse a las cambiantes situaciones vitales.

La palabra cambio en el lenguaje sistémico es básica para entender el procedimiento y las metas terapéuticas dentro de la Terapia Familiar. En un sistema familiar, se pueden producir cambios cuantitativos, que son continuos y puramente correctivos. Por ejemplo, a lo largo de un mes, la interacción de una hija con su madre puede variar de día en día (cambio de primer orden, o cuantitativo). Sin embargo, las pautas de esta interacción entre madre e hija siguen una regla familiar específica, que refleja un valor importante: la niña tiene que contarle todo siempre. Puede que lo que no cuente hoy, lo contará mañana, la regla que dirige la interacción y que podríamos llamar "no hay nunca secretos entre madre e hija" sigue vigente. Puede haber olvidos, pero no roturas de la regla básica. Esta regla puede ser relativamente adecuada para niños preadolescentes. Cuando esta niña entra en la fase adolescente, y la familia insiste y no cambia

la regla de comportamiento, es muy probable que nos vamos a encontrar con algún síntoma en la hija. (Por ejemplo, la niña puede desarrollar una depresión, que le permite aislarse y hablar menos).

Todas aquellas intervenciones del terapeuta que se dirigen a modificar la pauta de interacción de madre e hija sin tocar la regla básica se diría que están enfocadas hacia un "cambio 1". Sin embargo, el terapeuta familiar no se limitaría a hacerle hablar más o menos al PI. El cambio necesario para esta familia sería un cambio cualitativo o de Segundo Orden (cambio 2), que implica el aprendizaje de reglas o valores alternativos que guíen la interacción. En nuestro ejemplo esta regla podría ser: "Todos los adolescentes necesitan un grado de intimidad que les permita sentirse independientes de sus padres". (Watzlawick, 1980).

Definición: Meta terapéutica.

La meta terapéutica del terapeuta familiar consiste en provocar un cambio en el comportamiento y/o la estructura del sistema familiar que haga innecesario el síntoma.

Antes de pasar a presentar el modelo fásico como forma de intervención sistémica dedicaré unas líneas acerca de lo que se entiende en la terapia familiar por un sistema familiar sano. Nuestro entendimiento de la patología, también de la patología de las familias, siempre sigue siendo convencional en un sentido literal de la palabra.

Las características que se citan a continuación provienen, por una parte, de una de las pioneras de la terapia familiar, Virginia Satir (1960), quien da en mi opinión una de las descripciones más conductuales y concretas de una familia sana. Y, por otra, de un matrimonio, los Becvar (1988), que han publicado un excelente libro de texto sobre Terapia Familiar. El conjunto me parece reflejar los conceptos más influyentes sobre sistemas familiares funcionales dentro del pensamiento terapéutico familiar actual.

Características de una comunicación en una familia sana según V. Satir:

1. Las transacciones que son iniciadas también son terminadas.
2. Las preguntas se formulan con claridad y se responden con claridad.
3. La hostilidad y el conflicto son reconocidos e interpretados.
4. Los miembros de la familia tienen conciencia de sí mismos y de cómo son percibidos por los demás.
5. Cada miembro es capaz de expresar opiniones diferentes sobre los demás y de comunicar las esperanzas, los temores y las expectativas que tiene con respecto a las partes interactuantes.
6. Se admite la diferencia de opiniones.
7. Los miembros de la familia son capaces de elegir entre varias alternativas de conducta. Cada uno de los miembros de la familia tiene capacidad para aprender de la experiencia y rechazar modelos obsoletos.
8. Los mensajes que los miembros de la familia se envían mutuamente son enunciados con claridad y la conducta correspondiente es coherente con el mensaje; existe una diferencia mínima entre los sentimientos manifestados y los mensajes comunicados. En consecuencia, se envía la menor cantidad posible de mensajes encubiertos.

Características de una familia sana según D. Becvar:

- a) La familia es una fuente legítima de autoridad, establecida y apoyada en el tiempo.
- b) Forma un sistema estable de reglas establecidas según las cuales la familia actúa.
- c) En ella existen cantidades estables y consistentes de conductas de cuidado, y crianza. (Nurturing) además de
- d) Conductas estables y efectivas en la educación de los hijos y en el mantenimiento de la pareja.
- e) El sistema se mueve hacia una serie de metas tanto a nivel individual como de conjunto.
- f) La familia dispone de una adaptación y flexibilidad suficiente para acomodarse tanto a los retos del desarrollo normal dentro del ciclo vital como a crisis no esperadas.

EL MODELO DE LA TERAPIA FAMILIAR FÁSICA (TFF)

La escuela de la Terapia Familiar pertenece a los enfoques multidimensionales dentro de las escuelas sistémicas. Esto significa que a la hora de evaluar un problema determinado y diseñar un plan terapéutico el terapeuta parte de una visión integral que implica como punto de partida las pautas de interacción familiar, pero no deja de lado otros aspectos adicionales. El terapeuta fásico parte de la interacción de los miembros de la familia en el presente, pero no trabaja sólo con esta fuente de información para iniciar un cambio terapéutico en la familia que consulta. Como ya indica el nombre, nos encontramos con un modelo que subdivide el proceso terapéutico en etapas o "fases" consecutivas. El conjunto comprende tres fases distintas, que se utilizan en una secuencia cronológica fijada por el modelo. Evidentemente nos encontramos con una forma de terapia longitudinal, según el compromiso terapéutico que se va adquiriendo a lo largo del tratamiento.



En esta gráfica vemos las tres fases consecutivas representadas como círculos concéntricos: 1º la Fase de Resolución, 2º la Fase de Extensión, y 3º la Fase de

Intimidad. Cada una de estas fases terapéuticas contienen metas y técnicas diferenciales, integradas a su vez en un plan terapéutico metódico. La primera meta de la Terapia Fásica se centraría en la disminución o desaparición del síntoma. Pero ahí no acaba el compromiso terapéutico, si la familia lo permite. El momento del cambio en la familia se utiliza para trabajar posteriormente de forma preventiva, contra la reaparición o el desarrollo de otros síntomas, tanto en el PI como en otros miembros de la familia, y con la relación de pareja de los adultos. Evidentemente no todas las familias pasan por todas las posibles fases del tratamiento.

1ª Fase de Resolución

El primer contacto con una familia suele realizarse normalmente a través de una llamada telefónica a la consulta. Las personas que recogen estas llamadas deben de estar entrenadas para recoger en ese momento la información necesaria para formular las primeras hipótesis sobre el problema y la interacción familiar. Normalmente se recoge una ficha telefónica con los siguientes datos:

Ficha telefónica básica

1. ¿Quién llama y que relación tiene con el PI?
2. ¿De cuántas personas se compone la familia y quienes conviven con el PI?
3. ¿Las edades de estas personas y sus actividades principales?
4. ¿Cuál es el problema principal?
5. ¿Quién remitió a la familia o al PI?
6. ¿Existe algún otro tratamiento médico o psicológico?

Con estos datos recogidos, el terapeuta familiar empieza a hacerse una idea sobre la naturaleza de la crisis que trae la familia, dónde se encuentra en el ciclo vital, y qué pautas de interacción existen alrededor del contacto con profesionales. Se les invita a todas las personas que conviven con el paciente identificado al primer contacto. Normalmente se evita en esta invitación hablar de "Terapia Familiar", a no ser que la familia viene ya remitida para esta clase de tratamiento a través de un profesional. La familia viene normalmente con un problema definido de una forma personalizada: mi hija no come, mi mujer está deprimida, el chico no rinde en el colegio. Esta forma de presentar el problema se respeta, pero el terapeuta invita a todos para conocer la opinión del resto de la familia sobre lo que pasa al PI, ya que sabe que muchas veces no hay unanimidad de puntos de vista en una familia.

En los primeros contactos el terapeuta elabora un Genograma de la familia, para plasmar de forma gráfica sus datos biográficos y relacionales. Esta técnica tiene sus símbolos específicos y concentra de forma inequívoca para los terapeutas familiares la información a fin de poder formular las hipótesis de trabajo. (McGoldrick, 1987).

En los contactos iniciales de la Fase de Resolución el terapeuta intenta construir una base de confianza con la familia y fomentar su esperanza en las propias capacidades para un cambio positivo. En el caso de una crisis aguda, hay que buscar un equi-

libro provisional que permita empezar a trabajar. Debe motivarse a todos los miembros de la familia para que asistan a las sesiones. También se tiene que establecer un diagnóstico interaccional para el conjunto y un diagnóstico intrapsíquico para los individuos, y formular una meta terapéutica relacionada con la disminución o desaparición del síntoma principal. El enfoque interaccional sólo se dirige a aquellas pautas de interacción que tienen que ver con el mantenimiento del síntoma. El trabajo consiste en identificar las pautas circulares existentes y, luego, intervenir sobre ellas (Gammer, 1989).

El rol del terapeuta en el Modelo Fásico es altamente activo y comprometido en su trabajo “Está continuamente ‘entrando y saliendo’ del sistema familiar, como dirían los terapeutas estructuralistas, y tiene plena conciencia de que su interacción con la familia crea a su vez un sistema terapéutico diferente, como dirían los defensores de las escuelas constructivas. Es catalizador, iniciador, motivador y modelo de cambios en la familia”. (Kreuz, 1989).

Las sesiones en esta fase giran alrededor del síntoma. La exploración de pautas circulares se consiguen a través de técnicas específicas que clarifican lo que suele pasar en casa. Por ejemplo, se le puede pedir a toda la familia que, en vez de “hablar sobre” lo que pasó cuando el hijo adolescente vino borracho, lo representen en la consulta, que lo enseñen al terapeuta para que lo pueda entender bien. Esta técnica se llama exposición o representación. También es posible organizar una comida en la consulta para ver las pautas de interacción alrededor de una niña anoréxica, o sentar a madre e hijo en la mesa para que resuelvan el problema de los deberes de matemáticas. Una vez explicado cómo se mantiene una determinada conducta a través de las reacciones de todos los implicados, el terapeuta interviene, bien directamente en la consulta, invitando a “intentar mejorar lo que pasa” (experimento positivo), o bien a través de “deberes” para hacer en casa que modifican las interacciones disfuncionales. Así se le puede indicar que prueben a ver qué pasa si el padre trabaja las matemáticas con el chico, después de que la madre le haya indicado cómo quiere que lo haga.

Las tareas para casa, o deberes, tienen una función muy importante en el trabajo del terapeuta familiar. Su valor no consiste tanto en si la familia cumple o no con lo que se le ha pedido, sino en la información que transmite, incluso a través de cómo **no cumple** con las indicaciones. Es tan constructivo para el proceso terapéutico trabajar con lo que pasa si nadie le anima ya a la anoréxica en la mesa para que coma más, cómo trabajar sobre el hecho de que el papá no puede dejar de decirle “no quieres un poco más de...”. Se recoge una enorme cantidad de información sobre las interacciones familiares a través de las tareas en casa y muchas veces la realización de estas tareas constituye un nexo entre la familia y el terapeuta de una sesión a la siguiente. La fase de resolución comprende normalmente entre 3 a 10 sesiones. Muchas veces la familia “tienta” al terapeuta para que abandone el foco sintomático de su trabajo y se ocupe de otros problemas más trascendentales, por ejemplo de graves discordias matrimoniales. El terapeuta experimentado suele ser consciente del peligro de dispersarse en esta fase, y se mantendrá amablemente firme en su enfoque. Cuando se ha conseguido una disminución o la desaparición del síntoma se inicia la segunda fase del tratamiento fásico.

La Fase de Extensión

Como indica el nombre, esta fase extiende el foco terapéutico a otros temas importantes en la familia aunque no tengan una directa conexión con la conducta sinto-

mática del PI. Se suele explicar a la familia que han conseguido una mejora importante, pero que el terapeuta sabe por experiencia que es muy útil trabajar algunas sesiones más para afianzar este cambio y prevenir otros problemas en el PI y otros miembros de la familia. Al principio de esta fase, el terapeuta establece un nuevo contrato con la familia, que puede implicar un número determinado de sesiones o un tema específico a explorar, de cuya importancia se ha dado cuenta el terapeuta en las sesiones iniciales. Así, es frecuente trabajar en esta fase sobre las relaciones entre hermanos, actividades y relaciones didácticas entre padres e hijos, relaciones con la familia extensa, amigos y relaciones fuera del hogar, etc. Las técnicas que se utilizan en esta fase del tratamiento, son básicamente las mismas que en la Fase de Resolución (Brock, 1988). La diferencia consiste en que ahora se aplican en aquellos aspectos de la vida familiar que ya no producen un síntoma, pero sí entorpecen el crecimiento del conjunto familiar y de cada uno de los miembros de la familia. Eso significa trabajar en el presente de la familia; en esa fase todavía no hay referencias a las experiencias pasadas de los padres, y a los afectos implicados en este contexto.

Temas importantes para todas las familias en esta fase son los que tienen que ver con las reglas existentes en lo que se refiere a la distribución de tareas domésticas, las diferencias de trato con respecto a sexo y edad de los hijos, el manejo de secretos dentro y fuera de la familia, apoyo para situaciones difíciles y las posibilidades de aumentar el placer y los aspectos lúdicos en la vida familiar. Al final de la fase de extensión, el terapeuta empieza cautelosamente a confrontar la relación matrimonial de la pareja de los padres. Hay que suponer que en este momento del tratamiento, la relación entre terapeuta y la familia es sólida y positiva. Todos tienen una conciencia clara de la capacidad constructiva que tiene la familia, ya que han superado la crisis inicial y muchas veces existe una mejora considerable en el clima familiar. Con bastante frecuencia ocurre que la sintomatología en uno de los hijos enmascara una grave crisis matrimonial. En el momento de la desaparición del síntoma, estas parejas de padres suelen buscar directamente la ayuda del terapeuta para sus problemas matrimoniales, porque han entrado en crisis. En otros casos, no hay una crisis abierta, y el terapeuta lleva a los cónyuges a través de las sesiones a percibir cuánto podrían mejorar si afrontaran los problemas de pareja de una manera más constructiva, al igual que lo han hecho con el problema que les llevó a la terapia. Esta confrontación es una confrontación sin sustos, con una invitación concreta: Miren lo que hay. ¿Quieren relacionarse mejor como pareja?

En el momento de finalizar la Fase de Extensión, antes de pasar a trabajar sólo con la pareja de los padres se suele hacer una sesión de despedida con los hijos. Es evidente que no todas las familias quieren seguir después de la fase de extensión. Pero hay un número considerable que reconoce la importancia de sus relaciones de pareja en toda la dinámica familiar y se aventura a probar un cambio de estructuras, comunicaciones y formas de relacionarse para encontrarse mejor.

La Fase de Intimidad

En la Terapia Familiar Fásica, se le asigna una importancia central a la relación de pareja de los padres de la familia. Es su relación la que imprime el estilo relacional de toda la familia y consigue darle al conjunto familiar un clima determinado. Una buena

relación en la pareja de los padres transmite calor y seguridad, una mala relación invita a movimientos compensatorios del resto del sistema familiar, que muchas veces conllevan síntomas en los hijos. En la Fase de Intimidad el mismo terapeuta cambia su estilo de intervención, para abarcar aspectos diferenciados de la vida de pareja. Hay un énfasis en los aspectos moleculares de la comunicación entre hombre y mujer. Se implica el trabajo con el pasado y las familias de origen de ambos cónyuges, para evidenciar su influencia en el estilo interaccional de la pareja actual, y se trabaja de forma intensa con el afecto.

Los aspectos moleculares de la comunicación se refieren a estilos de comunicación existentes en la pareja y a mensajes ocultos y muchas veces inconscientes por parte de los comunicantes. El terapeuta utiliza una secuencia de interacción de la pareja alrededor de una temática específica para destapar las reglas de interacción de la pareja hombre - mujer. Aquí tiene cabida todo el trabajo sobre los aspectos no verbales de la comunicación y las consecuencias de estas pautas a nivel afectivo. Para utilizar una metáfora, el estilo de comunicación es como la línea telefónica. Si es mala no se oye ni el mejor mensaje. El terapeuta investiga formas de mejorar el estilo específico de la pareja pero no se contenta con mejorar sólo la línea. Una línea perfecta es fantástica, pero no llega a una buena comunicación si uno de los interlocutores habla un idioma que el otro no entiende. Cada uno de los miembros de la pareja debe comprender cómo su cónyuge ha aprendido a hablar "su lenguaje", que es el "lenguaje familiar" de la familia de origen, y lograr ésto es de fundamental importancia para crear y/o fomentar un clima de confianza en la pareja. Esta forma de trabajo implica un cambio entre las pautas interaccionales de la pareja, y aspectos intrapsíquicos de cada uno de ellos. El cambio fluido entre trabajo interaccional y trabajo intrapsíquico es una de las capacidades terapéuticas que se necesitan en esta fase. La Fase de Intimidad reúne 4 diferentes pasados: el pasado o historia común de la pareja, el pasado como hombre y mujer antes de esta pareja (con otras personas), la infancia de cada uno y la historia de la familia de origen antes del nacimiento de la persona en cuestión.

La expresión directa e inequívoca de efectos constituye otra meta dentro del trabajo con la pareja. Cada uno de los cónyuges, a nivel individual se ve alentado, a través del proceso terapéutico, a diferenciar, explorar, elaborar y tolerar sus propios afectos y comunicarlos a la pareja, haciendo otro tanto con los del cónyuge. De esa manera se crea precisamente la faceta de *intimidad* que da nombre a la Fase del tratamiento. El trabajo directo con los afectos se consigue a través de técnicas de Psicodrama, de la Gestalt, y de la Terapia Bioenergética, que son excelentes para poner a las personas en contacto con su mundo interior. Ver en una sesión cómo "trabaja" el cónyuge, sobre sus pérdidas en la infancia, o con su relación frustrada con su madre con la ayuda del terapeuta, ha modificado muchas veces las relaciones enteras de la pareja. Una de las frases más frecuentes después de terminar la relación terapéutica con éxito es: El (o ella) ahora me ve con otros ojos.

Temas centrales de las sesiones suelen ser cómo manejar conflictos y enfados, dar y recibir apoyo, cariño, aprecio positivo. Aclarar los límites dentro y fuera de la pareja, conseguir una colaboración satisfactoria para ambos y aumentar el placer en general, no sólo, pero también, en el campo sexual.

Trabajar con parejas y familias es trabajar con seres humanos, cuyas necesidades no siempre se ajustan a un modelo rígido fásico como el que se propone en este

capítulo. Ello significa que en toda regla, también en las de la Terapia Familiar Fásica, existen excepciones. Sin embargo, sólo el terapeuta experimentado puede saber cuándo está indicado "saltarse" la norma para no caer en un estilo puramente eclectista.

A continuación encontrarán la descripción de un caso, en la que se explican determinadas intervenciones terapéuticas y movimientos sistémicos buscando una conexión entre la aplicación y la teoría expuesta.

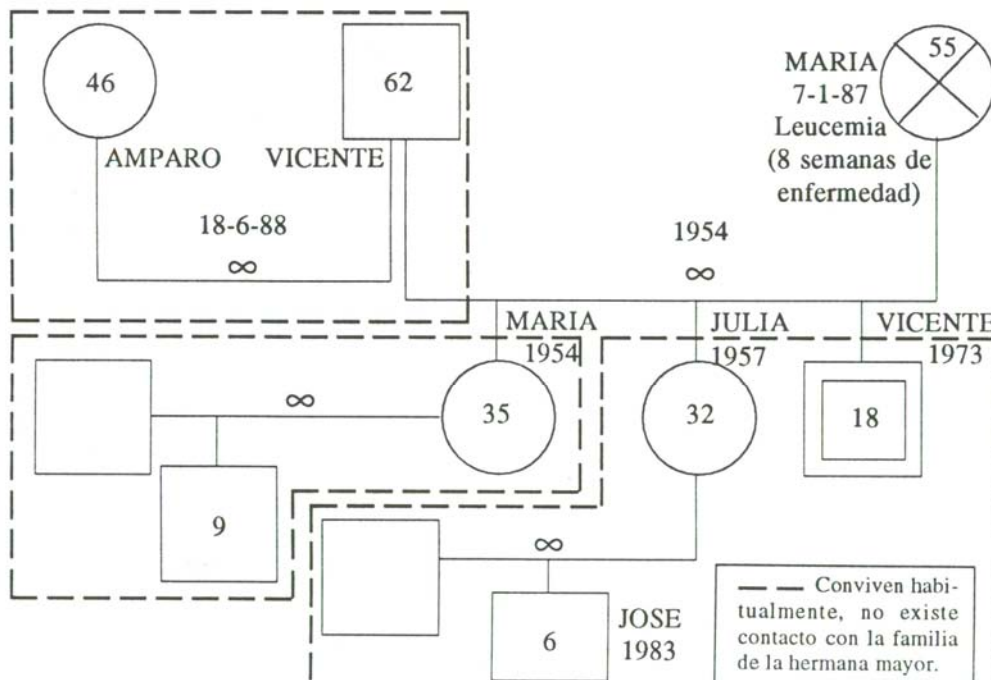
UN CASO CLÍNICO

Vicente, o el gran abandonado

Ficha telefónica:

El primer contacto telefónico se realiza por parte de la madrastra del chico, que es profesora. Busca ayuda para el hijo adolescente (17 años) de su marido, estudiante de FP en la rama de peluquería quien, según ella, tuvo un intento de suicidio (ingesta de fármacos) hace un año y medio y muestra un comportamiento apático y retraído (no sale virtualmente de casa). Comenta que la madre del chico se murió en 1987 de una leucemia fulminante, y que el chico convive con su hermana mayor y el hijo de ella. En una segunda llamada telefónica, el padre amplía la información, añadiendo que existe una hermana mayor casada, con la que no se tiene contacto por razones religiosas (Testigos de Jehová). Es remitido a través de una profesora de la Facultad de Psicología. Se le invita a la primera entrevista al padre, la hija mayor y Vicente.

El Genograma de la familia.



En el genograma, los hombres se representan con cuadros, las mujeres con círculos. El paciente identificado (PI) lleva contornos dobles. Dentro de los símbolos aparecen las edades de las personas; cuando hay una muerte, el símbolo está tachado con una cruz. Las personas que conviven se encuentran dentro de una línea discontinua. Al lado del genograma se apunta cualquier información adicional de importancia.

Este genograma y la ficha telefónica permitió hacer las siguientes hipótesis antes de empezar las visitas:

1. En los últimos años la familia se ha derrumbado progresivamente para el PI, coincidiendo con su entrada en la adolescencia. Primero pierde a la hermana mayor, luego a la madre, luego al padre, quien se vuelve a casar. (Se invita al paciente en la primera sesión sin la nueva mujer, precisamente para construir desde el principio un sentimiento de pertenencia).

2. La diferencia de edad entre hermana y hermano pone a la hermana mayor en una posición "parentificada" de por sí. La situación de convivencia con el hijo de ella hace prever una situación de gran confusión de roles: ¿Vicente es "hijo" o "hermano" de la hermana? ¿Es "hermano", "padre" o "tío" del sobrino? ¿Los tres son "hijos" del padre?

3. La sintomatología del chico revela pautas de conducta deprimidas, aunque la intensidad puede indicar otros problemas adicionales. Hay que hacer un diagnóstico diferencial de estas pautas.

4. La pareja del padre tiene un alto interés en que las cosas mejoren. Están en una fase de consolidación de su relación. Probablemente la conducta del chico amenaza a la nueva pareja.

Fase de Resolución

La primera entrevista se desarrolla como una especie de tribunal, donde el padre y la hermana mayor se sientan a ambos lados del chico. El padre intenta disminuir la distancia física entre él y su hijo (lo cual es rechazado por el chico). La hermana se sienta enfrente. Vicente es un joven de apariencia frágil, rubio, con rasgos físicos muy agradables (tiene un cierto parecido con el chico de la película: "Muerte en Venecia"). Está muy delgado, muy pálido y viste de manera informal. La expresión facial parece una mezcla entre rechazo, tristeza y oposición. El padre, que es representante de ropa de señora, y la hermana, que vende bisutería, intentan motivarlo para que hable y actúe, sin mucho éxito. La sesión consiste en un relato familiar de la historia del chico y la descripción de los síntomas más importantes por la hermana.

A la pregunta: ¿cuál es el problema? dirigida al grupo familiar, se reciben las siguientes respuestas:

Padre: "El chico siempre ha sido retraído y desobediente. Empieza algo y no lo termina. Quiso vivir con la hermana en la antigua casa de la familia, porque así no cambiaba de ambiente. Estoy muy preocupado porque ahora no sale nada de casa. Además ha tenido una cantidad de percances con la moto que le regalé en los últimos meses que me asustan (10 accidentes, con 2 ingresos en La Fe). Pienso que le pasa algo".

Hermana: "El chico no hace nada, miente y no va a las clases de peluquería. Riñe con mi hijo como si tuviera la misma edad y no se responsabiliza ni de hacer su cama. Cuando le pido algo, no me lo hace (arreglos de pelo, etc.)".

Vicente: "Nada de lo que me pasa tiene que ver con la familia. Más bien con los amigos. Donde estoy mejor es en casa. Siempre he querido trabajar y no estudiar. Yo estoy bien, sin ganas de hacer nada, no tengo grandes problemas pero sí muchos pequeños juntos. No quiero depender de nadie, ni hacer caso de nadie. Estudio peluquería porque es lo más fácil".

Preguntada por lo que normalmente pasa si hay problemas, la hermana cuenta la siguiente pauta de interacción: ella se enfurece con su hermano por alguno de los conflictos habituales, intenta que cambie de actitud. Cuando no lo consigue, llama al padre por teléfono, y le cuenta todo lo malo que pasa. El padre pide que le pase con el chico, y le da una especie de sermón sobre cómo no se debe de comportar con su hermana. Esto puede durar bastante tiempo. El chico suele estar totalmente pasivo ante estas arengas. En ocasiones extremas ha llegado a desplazarse hasta la casa de la hermana para hablar los tres. Estas "conversaciones" suelen ser a grito pelado, con lloros por parte de todos. (Vicente llora en esta sesión cuando no consigue ser escuchado por el padre). Luego todos hacen las paces, asegurando el padre y la hermana que en realidad no han querido decir lo que dijeron, y hasta la próxima.

A nivel de la historia infantil de Vicente, destaca que toda la familia se metió, por iniciativa del padre, en los Testigos de Jehová. Cuando el padre rompe, hace 12 años, con esta forma de creencia, la hija mayor decide abnegar de la familia, quedándose integrada en la comunidad religiosa. No conocen al nieto y no existe ningún tipo de contacto con su familia. La hermana comenta que el chico nunca ha tenido límites en su vida. "Lo queremos demasiado". Cuando se murió la madre se quedó "casi igual", no lloró, ni le gustaba hacerle visitas en el hospital. "Es frío".

Algunas técnicas terapéuticas empleadas en esta sesión:

1. Joining:

La terapeuta se toma tiempo para conocer a cada uno de los miembros de la familia, como individuo, y en su rol específico. El padre comenta qué mal lo pasó cuando se murió la primera mujer y cuánta suerte ha tenido al encontrar a su actual compañera, que le "devolvió" la vida. La hermana comenta su matrimonio fallido, su relación buena con su hijo, y sus ganas de encontrar trabajo. Vicente explica cómo conduce su moto y qué hace cuando sale con los amigos.

2. Canalización del flujo de comunicación:

Los tres miembros de la familia tienen un estilo de comunicación absolutamente caótico, interrumpen, gritan, insultan... La terapeuta establece reglas de comunicación "para enterarse bien de lo que pasa y de la opinión de todos, ya que si hablan de la manera tan viva como hablan, no lo consigo."

Reglas establecidas: No insultos, mensajes personalizados, sólo habla uno cada vez. La comunicación va a través de la terapeuta.

3. Confrontación:

La terapeuta llama la atención sobre determinados aspectos de mensajes no verbales y verbales y confronta su significado para la interacción familiar. (P. e.: "cada vez que la hermana empieza a especificar realmente todo lo que no hace el chico, el padre interrumpe, apaciguándola y comentando alguna cosa positiva. Cuando el padre inicia el relato negativo, es la hermana la que interrumpe y apacigua.")

4. Connotación positiva de toda la familia y de los individuos:

Al final de la sesión, se les da a la familia un mensaje sobre los elementos positivos que se han podido observar: "Esta familia es una familia que ha sufrido mucho y, sin embargo, es capaz de seguir adelante e incluso de tener valor para cambiar. Se nota una gran carga afectiva, y justo porque no "pasan" el uno del otro hay intensas emociones cuando algo no va bien..."

5. Contrato terapéutico:

Se especifica un contrato terapéutico provisional, que implica tanto la realización de sesiones familiares con diferentes subsistemas de la familia, como sesiones individuales con Vicente para un diagnóstico diferencial adecuado.

Después de esta entrevista, se modifican las hipótesis de la siguiente manera y se elabora un plan terapéutico por parte del equipo terapéutico:

1. El comportamiento desviante del chico sirve de nexo para la familia antigua. Se inician contactos a raíz de los problemas que de otra manera no se realizarían.

2. Padre y hermana parecen estar atrapados entre sentimientos de impotencia, rabia y culpabilidad. Las secuencias interaccionales permiten a todos expresar sentimientos fuertes, tanto negativos como positivos.

3. Existe un abandono emocional y una disgregación familiar. El único de la familia que no tiene a nadie es el chico. Existe una conducta abiertamente autolesiva.

4. El padre ha delegado su autoridad en la hija mayor, quien insiste en reestablecer la jerarquía inicial, con poco éxito duradero.

5. Parece que hay un duelo no resuelto por la madre.

6. Parece haber una amenaza: Todos pueden potencialmente ser abandonados. (Las dos hijas abandonan a sus familiares, la madre "abandona" a través de la muerte, el padre a través de su casamiento. Vicente, ¿lo intenta a través del intento y de su forma acrobática de conducir?)

7. El chico está en la fase de lanzamiento sin que exista una estructura familiar que apoye esta fase. La pareja del padre, en vez de ser un matrimonio experimentado, está en la primera fase (sin hijos, es el 1º matrimonio de la madrastra).

De estas conclusiones se elabora un plan terapéutico, que implica conseguir los mismo fines sin comportamientos sintomáticos por parte del hijo.

1. Explorar la conducta "depresiva" en su intensidad y cualidad.

2. Volver a establecer la jerarquía generacional entre padre e hijos.

3. Establecer contactos regulares a nivel de familia D. (sin madrastra).
4. Establecer límites de comportamiento adecuados a la edad y el estatus de V.
5. Explicar el fantasma del abandono y sus diversas formas, hablar sobre la muerte de la madre y connotar positivamente: algunos abandonos son necesarios pasos de crecimiento.
6. Facilitar una decisión real sobre dónde debe y quiere vivir Vicente.

En la siguiente sesión el padre aparece mucho más abrumado. Preguntado por el efecto de la primera entrevista, comenta: "Me he dado cuenta de que yo como padre tengo la responsabilidad y de que Vicente necesita una disciplina". La sesión ronda alrededor de como materializar estas ideas. Además, se llega a la conclusión de que la hermana necesita urgentemente vacaciones, y que Vicente, por lo tanto, pasará el próximo mes en casa de su padre con su madrastra para implantar mejor los cambios y para dar descanso a la hermana de su rol parentificado.

En este tiempo les está "prohibido" hablar de Vicente a la hermana y al padre. No hay restricciones de visita. Durante el mes, Vicente tendrá 4 visitas individuales con parte del equipo para apoyarlo en su cambio. El padre puede tomar contacto con el equipo a través de cartas sobre el comportamiento de Vicente, que mandará con Vicente.

Algunas técnicas empleadas en estas sesión:

1. Crear interacciones por diadas.

Se invita al padre a que hable con la hermana sobre posibilidades de iniciar el cambio de exigencias en casa de ella. Se invita a Vicente y a la hermana a discutir las conclusiones. El padre le comunica al hijo las conclusiones.

2. Redefinición del problema.

Aprovechando los comentarios iniciales del padre, se redefine el problema de Vicente como probablemente un "problema de mala conducta por falta de autoridad", en vez de dejarle la idea de un posible trastorno mental.

3. Negociación y resolución de conflicto.

Se proporciona a la familia un esquema para la resolución de conflictos, utilizando la queja de la hermana de "ya no poder y querer más".

4. Escenificación.

Vicente y su hermana demuestran lo que pasó antes, durante y después de su última riña fuerte. En vez de hablar "sobre", la terapeuta invita a los hermanos a que le enseñen lo que pasó. El padre observa toda la secuencia.

Después de esta entrevista, el equipo terapéutico tiene plena conciencia de haber provocado una crisis abierta en el sistema. La ambivalencia del padre, con sus lealtades divididas entre mujer e hijo, eran palpables en la sesión. Sin embargo, se considera necesaria una confrontación clara con estas necesidades, para que el padre deje de mandar mensajes contradictorios al hijo y a la hija, creando así expectativas que no se cumplen nunca y obstaculizan un desarrollo más adecuado. El mensaje que manda el padre se podría resumir de la siguiente manera: 1º lo que más valoro es mi

rol de padre, que pertenece a mi vida anterior. Haré todo lo posible para cumplir con mis obligaciones. 2º He empezado una nueva vida. Si no lo hago, me muero. Estos dos mensajes cumplen las características de un mensaje de doble vínculo. (Sluzki, 1976).

Los siguientes 4 contactos son individuales, en presencia de la terapeuta familiar, llevada en parte por otro miembro del equipo. La exploración implica la contestación del HSP-Q (TEA) del STAI (TEA) y de un inventario de refuerzos. Destacan valores altos (PC: A/E 78; PC A/R 77) en ansiedad, valores muy extremos en **Sensibilidad Dura vs Blanda**, **Sereno vs Aprensivo**, y **Ajuste - Ansiedad**, llegando en todas las dimensiones en negrita el extremo máximo de la escala. El inventario de refuerzos revela una capacidad de disfrute mayor de lo esperado, con frecuentes contestaciones de "muy a gusto" y "a gusto". Las sesiones rondan alrededor de expresión de enfado y técnicas de autocontrol y la exploración de su estado actual con épocas anteriores.

"Estaba más contento cuando era más pequeño". Terapeuta: "¿Cuándo era eso?" "Hace 3 años, en el Instituto" (Nota de la autora: coincide con la muerte de la madre). Las sesiones son difíciles, el chico comenta que no le gusta hablar de sus problemas con gente que no son sus amigos. Sin embargo, se pueden trabajar aspectos concretos.

El padre manda dos notas con el chico. La primera a la primera visita individual, nada más cambiar de casa, la segunda una semana más tarde. Cito algunas de las líneas más reveladoras:

Primera nota: "Estoy desde esta mañana triste y preocupado. Tengo miedo de que algo no bueno le pase a mi matrimonio... Me angustia ver que muchos años de amor a mis hijos, uno de ellos Vicente, esté en una situación penosa. Quiero ayudarlo porque es mi obligación y es mi hijo. Sin embargo, después de años tengo miedo que su comportamiento angustie a mi mujer, ya que ella no está acostumbrada a proceder, en casa de mi hijo... No quiero ser injusto con él y deseo verle un hombre normal, pero no tengo demasiada confianza.

Segunda nota: Vicente lleva una semana con nosotros y, en general, ha sido positiva. Su comportamiento ha sido bueno, si bien nadie le ha exigido nada, y se le ha tratado con todo cariño. Mi esposa y yo estamos de acuerdo en la situación, aunque ella tiene momentos débiles que su bondad le ayuda a vencer. Tengo verdadero interés en ver cómo queda la ayuda que se le está dando a Vicente".

Fase de Extensión

Al mes, se reanudan las visitas en familia. En la primera visita después de la pausa, la familia habla de afectos.

Terapeuta: ¿Qué ha sido diferente en este tiempo?"

Padre: He podido expresarle el cariño que siento por él. Ha sido muy diferente a la situación después de mi primera mujer. El me decía entonces: "Tú me quieres volver loco, tú quieres que yo me vaya" y yo le decía "hijo de puta, maricón, cabrón".

Hermana: "He tenido menos trabajo, pero he echado mucho de menos a Vicente".

El tema de la sesión son las relaciones familiares antes de la muerte de la madre. La primera mujer nunca fue aceptada por la familia del padre. No fueron al hospital ni

al entierro. Por una casualidad, se murió la madre (la abuela paterna de Vicente) unos días antes de la visita. El padre hizo las paces con ella y se despidió. La hija mayor y Vicente no quisieron ir al entierro.

Hay un cambio radical en la expresión de sentimientos en la familia. Todos están más distendidos, aunque persisten problemas de conducta de Vicente. Se invita a la madrastra a la próxima sesión: "para conocer su opinión sobre cómo se comporta Vicente. Esta opinión es especialmente valiosa para nosotras, ya que ella no pertenece directamente a la familia".

Técnicas empleadas:

1. Trabajo con la silla vacía.

Si la madre estuviera aquí, en esta silla vacía, qué diría al padre, al hijo, a la hija.

2. Expresión directa de afecto positivo en diadas.

"Dígale a su hijo lo que más ha apreciado en estas últimas semanas"

"Dile a tu padre lo que te ha gustado que te hiciera o te dijera estando en casa".

La sesión con la pareja sola ronda alrededor de lo difícil que es convertirse en madre de un chico adolescente a los 46 años, sin previa experiencia. La pareja ha decidido que el chico vuelva con su hermana a finales del mes. Se llega a un acuerdo sobre contactos regulares del padre con Vicente, que les dejen a los dos tiempo para hablar y estar juntos sin la madrastra. Se decide que las próximas sesiones se realizarán con Vicente y su hermana, para negociar su nueva convivencia.

En las próximas tres sesiones vienen los dos hermanos, en una asiste también el hijo de la hermana. Se negocian entre ambos las obligaciones y privilegios de cada uno, diferentes formas de tratarse, y se logra una identidad de sistema fraternal frente al padre, quien se mantiene al margen de esta fase. Vicente empieza a salir más, asiste lo más imprescindible a la academia para sacar el curso. Se interrumpen las sesiones durante el verano.

Después del verano, viene el padre a la consulta y comenta que Vicente sacó la titulación de Peluquero, que le han ofrecido trabajo "porque lo hace realmente bien" y que está cansadísimo. Se lleva bien con la hermana y no quiere venir más a la consulta porque "ya no es ningún chico raro". No ha tenido ningún accidente. En los controles al 1/2 año y al año, el chico sigue bien.

Epílogo: Es evidente que una descripción de un caso nunca puede reflejar fielmente el clima de las sesiones; es sólo una mínima parte de los datos y técnicas manejados. Para tener una idea de la interacción, habría que transcribir parte de las grabaciones, o ver los vídeos de las sesiones terapéuticas. Una forma más extensa de relato desde luego rompería el marco de este capítulo. Sin embargo me gustaría invitar al lector atento a que mire los objetivos terapéuticos y a que reflexione sobre la estructura inicial de la familia de Vicente antes de la muerte de la madre. ¿Qué hubiera pasado si el tratamiento elegido por el padre no hubiera sido sistémico? Parece que el aislamiento y las pautas de todo o nada casi siempre acompañan historias como las de Vicente. Sin embargo, con la información relacional no costó tanto desmitificar la "enfermedad" del chico y la historia familiar y empezar otro rumbo con relaciones mucho más satisfactorias en un tiempo relativamente corto.

BIBLIOGRAFIA

- Ackerman, N., Jackson, D., et. al. (1970) Teoría y Práctica de la Psicoterapia Familiar. Ed. Proteo.
- Becvar, D. & Becvar, R.J. (1988). Family Therapy: A systemic Integration Boston, Ed. Allyn & Bacon, Inc.
- Bowen, M. (1966) The use of family theory in clinical practice" *Comprehensive Psychiatry*, 7, 345 - 374.
- Boszormenyi - Nagy, I., Spark, G. M. (1983). Lealtades Invisibles. Buenos Aires, Ed. Amorrortu.
- Brock, G.W., Barnard, C.P. (1988) Procedures in Family Therapy. Boston, Ed. Allyn & Bacon, Inc.
- Carter, E., Mc. Goldrick, M. (eds) The Family Life Cycle: a framework for Family Therapy. Nueva York, Ed. Gardner Press.
- Gammer, C. (1989) La Terapia Familiar Fásica. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 12, 10 - 27. Madrid, Stirpe.
- Haley, J. (1973) Terapia No Convencional. Buenos Aires. Ed. Amorrortu.
- Hoffmann, L. et al. (1984). Geschichte der Familientherapie. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Kreuz, A. (1989). La Terapia Familiar Fásica. *Revista Trimestral del Col.legi oficial de Psicòlegs Del País Valencià*, 40:54 - 61.
- Madanes, C. (1984). Terapia Familiar Estratégica. Buenos Aires. Ed. Amorrortu.
- McGoldrick, M. & Gerson, R. (1987) Genogramas en la Evaluación Familiar Buenos Aires, Ed. Gedisa, S.A.
- Minuchin, S. (1986). Calidoscopio Familiar. Barcelona, Ed. Paidós.
- Minuchin, S., & Fishman, H.CH. (1983) Técnicas de Terapia Familiar. Barcelona, Ed. Paidós.
- Satir, V. (1964) Conjoint family therapy: A guide to theory and technique. Palo Alto. Science and Behavior Books. (Versión Castellana: Psicoterapia familiar conjunta, México, La Prensa Médica 1980).
- Selvini, M. Cirillo, S., et. al (1985). El Mago sin Magia. Buenos Aires, Ed. Paidós.
- Sluzki, C.E., & Ransom, D.C. (1976) Double Bind, Nueva York, Ed. Grune & Stratton.
- Sluzki, C.E. (1979). Psicopatología y Psicoterapia de la Pareja. Buenos Aires, Ed. Nueva Visión.
- Wiener, N. (1984). Cybernetics or control and communication in the animal and the machine. Cambridge, Massachusetts Institute Of Technology Press.
- Wiener, N. (1971) Cibernética. Madrid. Guadiana.
- Selvini, M; Boscolo, L. et. al. (1988). Paradoja y Contraparadoja. Barcelona, Ed. Paidós.
- Watzlawick, P. (1980). El lenguaje del Cambio. Barcelona. Ed. Herder.

APROXIMACIÓN A LA GESTALT TERAPIA

Elvira Pérez Aparicio

APROXIMACIÓN A LA GESTALT TERAPIA

Por Elvira Pérez Aparicio

ORIGEN E HISTORIA DE LA GESTALT TERAPIA

La Gestalt Terapia, una de las escuelas de Psicoterapia de más renombre de la época actual, es el resultado de la investigación y el trabajo fraguados por un equipo de intelectuales, filósofos, psicólogos y psiquiatras a comienzos de los años 50; esta tarea inicial ha continuado su desarrollo a lo largo de los años, gracias a la valiosa aportación de numerosos Gestalt-terapeutas.

La idea de la creación de esta nueva escuela de psicoterapia partió del matrimonio Perls, de origen alemán, que emigró de la Alemania de la II guerra mundial, primero hacia África del Sur y posteriormente a Estados Unidos.

Fritz Perls nace en Berlín en 1893. Desde muy joven se siente atraído por los círculos vanguardistas filosóficos, artísticos y culturales de la época, de los que obtiene una rica estimulación intelectual. En ellos conoce a Sigmund Friedlander, cuya concepción sobre la salud del organismo como un proceso de equilibrio entre opuestos, en el que es importante llegar a un "punto cero" o "punto de indiferencia creativa", influencia notablemente las ideas de Fritz sobre la evolución de las personas. Paralelamente estudia la carrera de medicina empezando a practicarla como neuropsiquiatra. Más tarde decide adquirir una formación especializada y empieza a psicoanalizarse con Karen Horney, quien era por aquel entonces una freudiana ortodoxa. A lo largo de los años continúa su análisis personal con diferentes psicoanalistas, utiliza en su consulta el psicoanálisis y se mantiene como freudiano convencido durante mucho tiempo. Así pues, el psicoanálisis sirvió como punto de partida de lo que luego sería la Gestalt Terapia. También sigue un análisis con Wilhelm Reich por quien siente una gran afinidad, valorando enormemente su método basado en la estructura actual del carácter del paciente, en los mecanismos de defensa y en la cristalización de estos últimos en la "armadura muscular". Durante este análisis, Fritz ve confirmadas gran parte de sus intuiciones y descubrimientos sobre el cuerpo y el movimiento y extrae del análisis del carácter reichiano aspectos que posteriormente influenciarán lo que luego sería la terapia Gestalt.

Laura Perls nace en 1905 cerca de Stuttgart. Estudia la carrera de psicología al mismo tiempo que se interesa vivamente por la música y la danza, actividades que practica asiduamente durante varios años y que le proporcionan el desarrollo de una

gran sensibilidad en el campo del lenguaje corporal, de la respiración y del movimiento, aspectos que más tarde tendrán gran importancia en la Gestalt Terapia. Es discípula del gestaltista Kurt Goldstein con quien colabora, en compañía de Fritz, en la investigación de las lesiones cerebrales que sufrían los veteranos de guerra; este baño gestáltico influenciará posteriormente la orientación de la Gestalt Terapia hasta el punto de tomar el nombre de esta escuela de psicología. Transmite a Fritz su enorme interés por la fenomenología y el existencialismo, que serán más tarde utilizados como metodología de base de la Gestalt Terapia.

Durante su época de psicoanalista, Fritz desarrolla la investigación que Laura ya había iniciado sobre las resistencias orales y revisa la teoría freudiana de la naturaleza anal de toda resistencia. Según ellos, antes del estadio anal, existen unas pautas de resistencia relacionadas con la oralidad y en particular con la aparición de los dientes, medio primordial de agresión y de intercambio con el entorno. El matrimonio Perls elabora y amplía estas ideas sobre las resistencias orales, y en 1942 surge un manuscrito, que más tarde se convertirá en su primer libro, escrito en colaboración, titulado "Ego, Hunger and Aggression" (Yo, Hambre y Agresión) concebido y presentado como "una revisión de la teoría de Freud y de su método", y que representa la transición del psicoanálisis ortodoxo hacia una nueva terapia a la que llamaron por entonces terapia de la concentración, en la que ya se vislumbran, de una manera incipiente, algunos de los elementos básicos de lo que luego se llamaría Gestalt Terapia.

Con motivo de su emigración a América, los Perls se relacionan en New York con un grupo de intelectuales: filósofos, escritores y artistas con ideas afines a las suyas. Con ellos forman el llamado "grupo de los siete", que se reúne periódicamente entre 1949 y 1951, por estar interesados en establecer las bases de una nueva terapia integradora de todas las influencias anteriormente citadas. La elaboración de esta nueva síntesis original dará lugar a lo que llamamos actualmente Gestalt Terapia. Entre los miembros de este grupo cabe destacar a Paul Goodman, escritor poeta y pensador de vasta cultura filosófica y psicológica, quien establece las bases filosóficas de la Gestalt Terapia, y que es reconocido por el grupo como su verdadero teorizador. Los encuentros y reflexiones de este equipo marcan el verdadero nacimiento de esta nueva escuela terapéutica que es la Gestalt Terapia. El resultado de estos encuentros fructifica en 1951 con la aparición del libro "Gestalt Therapy" firmado por Perls, Hefferline y Goodman, que recoge en su primer volumen la aplicación práctica que hizo Ralph Hefferline, profesor de universidad, de varios experimentos ideados por Fritz Perls, y en su segundo volumen el aporte teórico concebido y escrito por Paul Goodman sobre las ideas iniciales de los Perls, elaboradas posteriormente por el grupo de los siete.

Así pues, emerge la Gestalt Terapia cuya verdadera línea teórica va de Charcot a Freud, de Freud a Reich y así sucesivamente (Horney, Rank, etc.) aunque tome su nombre de la psicología de la Gestalt por tener conexiones importantes con los descubrimientos de Kohler, Wertheimer y sobre todo de Goldstein. Sus fundadores buscan que esta escuela tenga su propio lugar en la historia de la Psicología y que sea una versión más evolucionada y más completa de las teorías que la influncian. Así surgen institutos de formación de terapeutas en New York y Cleveland donde se continúa una labor investigadora y de consolidación. A finales de los años 60, la Gestalt Terapia alcanza una inmensa popularidad en California gracias al carisma de Fritz Perls y a la genialidad de sus demostraciones prácticas. De esta manera la Gestalt Terapia

ve afirmado y reconocido un lugar especial entre el conjunto de escuelas psicoterapéuticas. Actualmente son numerosísimos en América y en Europa los centros e institutos que aplican esta terapia.

FUNDAMENTOS TEORICOS. PRINCIPIOS BASICOS

Gestalt –en plural gestalten– es una palabra alemana de difícil traducción ya que designa un proceso y no algo fijado; podríamos definirla como totalidad, configuración, plenitud de la forma, relación estructural, conjunto organizado y con significado; hace referencia al proceso de integración de las partes de un todo, cuyo resultado es una totalidad que va más allá de la suma o yuxtaposición individual de sus elementos influenciándolos y determinándolos.

En esta definición vemos, pues, la referencia evidente a uno de los principios básicos de la Gestalt Terapia: el concepto de unidad, el holismo.

Hollismo

Esta palabra procede del griego “holos” que significa completo, total, entero. Según la concepción holística de la realidad, todos los elementos de la naturaleza participan de una totalidad que contiene su propia unificación y coherencia; todos los elementos del universo, tanto orgánicos como inorgánicos, participan juntos en un proceso de actividad coordinadora en continuo cambio, formando un todo interrelacionado y conexo. Cada uno de estos elementos, sea cual sea su grado de evolución –mineral, planta, animal– es en sí mismo un proceso integral coordinado, incrustado en un todo mayor. Aunque estos elementos se presentan bajo formas distintas, participan de la unidad constituida por sus relaciones con otros objetos y acontecimientos.

Así pues, la Gestalt Terapia se centra en el ser humano, considerado como un organismo unificado, como una totalidad en la que se incluyen el funcionamiento del cuerpo, las emociones, los pensamientos, la cultura, las relaciones sociales, etc. Estas funciones están en estrecha interacción, dependiendo las unas de las otras, siendo determinadas por la complejidad de los acontecimientos y de la conducta del individuo.

No es fácil percibir esta totalidad que es el ser humano ya que estamos habituados a comprender utilizando el método científico, el camino del intelecto, que separa y divide los elementos de un todo, captando de esta manera las partes pero no la totalidad; esta disección de la realidad está muy extendida. La complejidad del fenómeno psicológico organizado y sintetizado en totalidades, no puede aprehenderse al enumerar sus elementos; la coordinación sutil de todos ellos, que es la persona, sólo puede captarse con la inteligencia que es sintetizadora y no fragmentadora, percibiendo desde la globalidad. El estudio de la persona debe partir pues de la totalidad e incluir la diferenciación de los aspectos que la forman sin excluir las dimensiones relevantes.

El ser humano opera naturalmente de una manera holística, al organizar los fragmentos que le rodean en “totalidades”: cualquier todo que examina está ligado al resto del universo multiforme, pues todas las cosas existen en relación las unas con las otras y están implicadas en un proceso. Muchas de las propiedades de un todo, de una

gestalt, son “emergentes” según las diferentes interacciones de sus elementos, no son inherentes a una de las partes, sino que se perciben cuando las partes están juntas. Así pues una gestalt implica un proceso y un campo o contexto, es decir, un sistema dinámico según el cual un cambio en cualquiera de las partes afecta a todo el sistema. El proceso, la relación, define lo que es un objeto y cómo es; es decir, que las características de las “cosas” como procesos constituyen su existencia siendo sus rasgos distintivos el cambio, el fluir, la mutabilidad y el devenir.

Para comprender y vivir la totalidad nos hemos de familiarizar con los procesos y con los contextos en los que se manifiestan nuestras interacciones.

La realidad personal del ser humano no es estática sino que es un proceso constante; su experiencia posee la cualidad de ser continua, móvil, siempre cambiante y dispuesta a continuar hacia adelante. Este constante fluir de la experiencia se rige siguiendo el ciclo de satisfacción de necesidades o ciclo homeostático de autorregulación orgánica.

Homeostasis

Es el proceso que rige la vida y la conducta de los organismos permitiendo que cada uno de ellos mantenga un equilibrio y por lo tanto un grado de salud en condiciones variables. Es el principio de autorregulación por el cual cada organismo satisface las múltiples necesidades que requiere para vivir, manteniéndose en una acción constante ya que busca sostener un equilibrio que es alterado continuamente por el deseo de satisfacer las necesidades emergentes, y recuperado por la satisfacción o eliminación de las mismas.

La vida está caracterizada por esta continua interacción de equilibrio y desequilibrio en el organismo; si el desequilibrio dura mucho tiempo y la persona es incapaz de satisfacer sus necesidades, acaba enfermando; cuando falla el proceso homeostático el organismo muere.

Este proceso homeostático de autorregulación es el que utiliza el organismo para interactuar con el entorno.

Relación organismo/entorno

En el contexto de la autorregulación del organismo, la relación de éste con el medio ambiente es un proceso de gran importancia. Ningún organismo es autosuficiente, necesita un entorno para intercambiar con él materiales esenciales, formando ambos una unidad interdependiente y mutuamente influenciable: el campo organismo/entorno.

Para satisfacer sus necesidades –cerrar una gestalt– el organismo tiene que contactar con su entorno y obtener de él aquello que requiere para restablecer el equilibrio alterado por la aparición de la necesidad; para ello se vale de un sistema sensorial de orientación y de un sistema motriz de manipulación; el primero le permite descubrir cuáles son los objetos externos que colmarán sus necesidades, y gracias al segundo se puede movilizar hacia el entorno para conseguir el objeto de sus deseos y poder así recuperar su equilibrio, cerrar la gestalt.

Los seres humanos tienen múltiples necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales. Cuando varias de ellas aparecen simultáneamente, el individuo sano establece lo que podríamos llamar una jerarquía de valores, atendiendo en primer lugar, a la necesidad más dominante, que se convierte en figura o foco de atención, pasando las otras necesidades, al menos temporalmente, al fondo o segundo plano.

Formación figura/fondo

El proceso de la formación figura/fondo es dinámico: cada necesidad no satisfecha, cada situación inacabada, emerge del fondo manifestándose como figura dominante; el organismo moviliza sus sistemas sensorial y motriz para relacionarse con el entorno y obtenerla. Una vez conseguida o asimilada esta necesidad pasa al fondo permitiendo que surja la siguiente figura de interés, la cual a su vez, al ser satisfecha volverá al fondo para dejar paso a una nueva figura y así sucesivamente; dándose un clima de contacto organismo/entorno y completándose así diferentes situaciones vitales, diferentes gestalten.

Este proceso de emergencia y desaparición de necesidades, de formación y disolución de nuevas figuras, de gestalten, está funcionando siempre y es de gran importancia para la supervivencia del individuo.

Contacto y ajuste creativo

La consciencia de este funcionamiento unitario, holístico, organismo/entorno es lo que llamamos contacto; las interacciones entre la persona y su entorno dependen de su percepción –de su darse cuenta– de dicho entorno. La persona con una consciencia apagada o borrosa de su entorno, vivenciará un contacto con la realidad débil, poco claro, desencadenando una menor competencia y efectividad en la consecución de sus necesidades.

Contacto es la formación de una figura de interés que sobresale de un fondo o contexto procedente del campo organismo/entorno. El proceso del contacto es pues, la formación y agudización del contraste entre la figura y el fondo, que se da a través de la atención espontánea y el interés creciente. Contactar con el entorno es formar una gestalt. Para el individuo como ser viviente, el contacto es la realidad fundamental. Del desarrollo de este contacto resulta la asimilación y el crecimiento.

Cada acto de contacto es un conjunto de darse cuenta, respuesta motriz y sentimiento –una cooperación de los sistemas sensorial, muscular y vegetativo– que ocurren en la frontera (interrelación) del campo organismo/entorno. En el darse cuenta la figura (gestalt) es una percepción, imagen o insight brillante, tangible y vital; en la conducta motriz es el movimiento gracioso, energético que tiene un ritmo y lo mantiene; en su aspecto emocional se da un interés, una excitación creciente, una vitalidad. En cualquier caso, la necesidad y energía del organismo y las posibilidades similares del entorno se incorporan y unifican en la figura.

Cuando la figura es floja, confusa, sin gracia, con falta de energía (“gestalt débil”) podemos estar seguros de que el contacto es deficiente, algo en el entorno está bloqueado, alguna necesidad orgánica vital no está siendo expresada; la persona no

está “totalmente en ello”, es decir, todo su campo no puede prestar su urgencia y sus recursos para que se complete la figura.

Contacto es, fundamentalmente, “el darse cuenta de” y la conducta hacia la novedad asimilable y el rechazo de la novedad no asimilable; lo que es difuso, siempre igual o indiferente no es un objeto de contacto. Todo contacto es creativo y dinámico; no puede ser rutinario, estereotipado o conservador ya que debe enfrentarse con lo nuevo, pues sólo lo nuevo es nutritivo.

Cuando una necesidad es satisfecha, la gestalt que ha organizado se completa y ya no ejerce una influencia en el organismo, el cual queda libre para formar nuevas gestalten. Cuando esta formación y disolución de gestalten está bloqueada o se mantiene rígida, cuando las necesidades no son reconocidas ni expresadas, se altera la armonía y fluidez del campo organismo/entorno. Las necesidades no satisfechas forman gestalten incompletas que llaman la atención del individuo y por lo tanto interfieren en la formación de nuevas gestalten.

Este proceso de formación y disolución de gestalten, de acomodación mutua que se da cuando el organismo y el entorno entran en contacto se llama en Gestalt Terapia ajuste creativo. El proceso de ajuste creativo se dirige siempre hacia circunstancias y materiales nuevos ya que es en la asimilación de la novedad donde reside el crecimiento. Para que este proceso se dé, el individuo necesita movilizar su participación activa hacia el entorno –aproximándose, deteniéndose, contactando con él– y alterar o destruir –en el sentido de des-estructurar– las viejas configuraciones. Cuando se forma una nueva gestalt, tanto el antiguo hábito del organismo que contacta, como el estado previo de lo que es contactado, se destruyen en interés del nuevo contacto; si no se da una renovación del contacto en la des-estructuración de lo caduco, cada satisfacción conseguida se convierte pronto en un asunto del pasado y deja de sentirse.

Tanto la formación de gestalten como su disolución son procesos estructurales intrínsecos a la existencia; en el proceso de nuestro vivir, debemos crear y des-estructurar. La formación de una gestalt es un acto de creación, su desaparición un acto de transformación o destrucción.

En Gestalt Terapia, la movilización de energía que se requiere para diferenciar la unidad del campo organismo/entorno en figura y fondo, tiene como desenlace la destrucción de la vieja gestalt y todo ello se reconoce y se valora como un aspecto esencial de la autorregulación del organismo.

Los ajustes creativos del ser humano en el campo organismo/entorno son el objeto de estudio de la psicología ya que los pensamientos, acciones, conducta y emociones constituyen nuestra forma de experimentar y encontrar los acontecimientos que ocurren en dicha zona de contacto. Las alteraciones de este proceso, que se manifiestan a través de inhibiciones o interrupciones en la frontera/contacto del campo organismo/entorno se incluyen en la psicopatología.

Las gestalten persisten mientras colmen o puedan satisfacer la necesidad del organismo por la que han sido creadas; cuando dejan de tener razón de ser, se disuelven y se olvidan. Cuando hablamos de disolución o destrucción de una gestalt, nos referimos a que ya no la podremos encontrar bajo la forma que la definió como una gestalt concreta; sus componentes pueden seguir subsistiendo, pero la figura constitui-

da en un determinado momento como parte de la autorregulación del organismo desaparece. Por ejemplo, cuando se tiene hambre y se consigue la comida que se necesita, la figura creada para poder satisfacer esa hambre se disuelve al ingerir la comida y transformarla en los tejidos del cuerpo.

Sólo gracias a este constante proceso de ajuste creativo entre el organismo y su entorno podemos contactar con la estructura de la situación actual, es decir, con la realidad; en ella el contacto –la formación figura/fondo– está lleno de interés y es acompañado por una excitación creciente, llena de emociones; aquéllo que no es interesante, presente, no es real psicológicamente hablando.

La situación actual: el constante fluir del darse cuenta en el presente

La experiencia de lo actual, la asimilación de lo nuevo, el contacto, requiere un constante despliegue del darse cuenta en el fluir del presente; de ahí la importancia que en Gestalt Terapia damos a la vivencia del momento presente, al “aquí-ahora” ya que la realidad se da en el “aquí” de la formación figura/fondo y en el “ahora” del contacto organismo/entorno. Lo único real es el presente, el pasado ya no existe, su recuerdo puede influenciarnos en el presente bajo la forma de situaciones incompletas, pero la resolución de éstas se da en el presente. Lo que ocurrió en el pasado, si lo hemos asimilado, pasa a formar parte de nosotros mismos y contribuye a enriquecer nuestra vivencia del presente; si no lo hemos asimilado, lo arrastramos como gestalten incompletas y su recuerdo en el presente nos impide percibir la situación actual. El futuro todavía no existe, el planificar sobre él o anticipar fantasías futuristas se hace en el presente, aunque éste se pierde de vista a menudo generándose impaciencia y ansiedad. Tener en cuenta las consecuencias de una acción antes de llevarla a cabo, puede ser un acto sano de nuestra capacidad de discriminación; pero lo que ocurre a menudo cuando se fantasea sobre lo que puede suceder en el futuro es una antelación catastrófica o un intento de consolarnos o de buscar seguridad. Todo ello transcurre en el presente, a pesar de que no estamos en contacto con él, ya que influenciados por las situaciones incompletas, percibimos equivocadamente como realidad el fantasma de un pasado que ya no es y el miedo a un futuro que aún no es. Lo que se recuerda del pasado o se fantasea sobre el futuro son abstracciones, sólo el presente es actual.

Centrarse en el momento presente es inseparable del continuo fluir del darse cuenta; ambos son necesarios para que el organismo pueda funcionar según el principio gestáltico de formación/disolución de gestalten. Focalizar en el darse cuenta momento a momento, nos mantiene absortos en el presente; vivenciar esta actualidad del presente es lo que resulta en un contacto nítido con el entorno real; cuando éste es contactado, la persona es capaz de utilizar su darse cuenta para descubrir lo que necesita y cómo proceder creativamente en relación con sus necesidades.

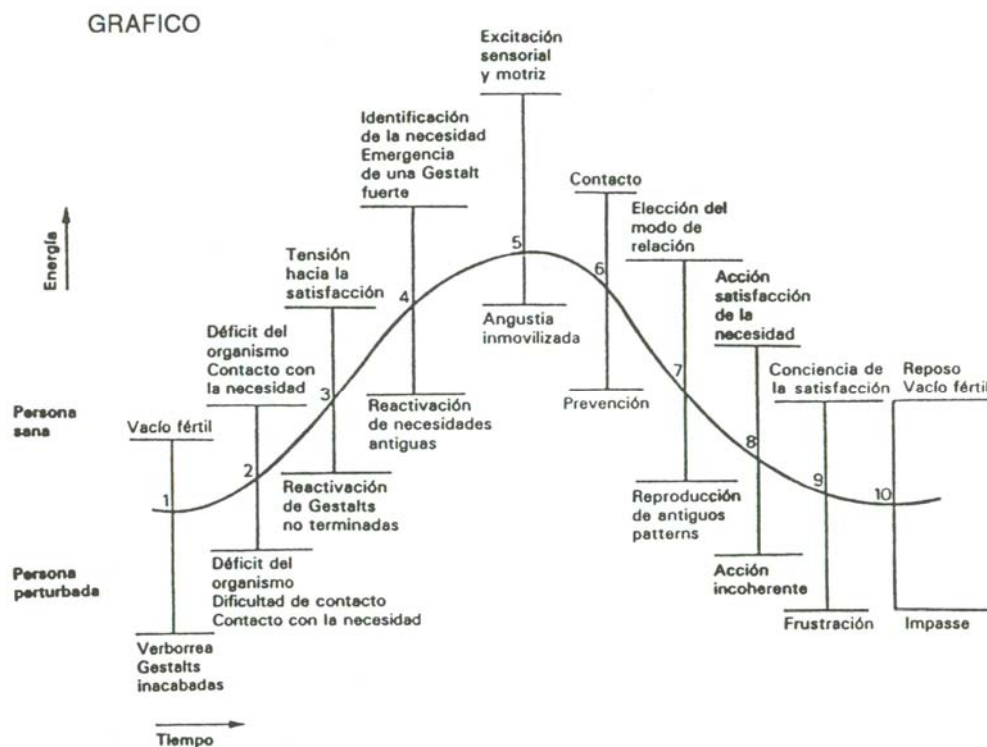
El darse cuenta, tal y como lo consideramos en Gestalt Terapia no es una simple consciencia pasiva, ociosa, de lo que ocurre, sino una fuerza integradora; cuando se inhibe o no se desarrolla plenamente, la formación figura/fondo permanece confusa dando lugar a gestalten incompletas, lo que puede conducir a situaciones patológicas.

Podemos considerar sana a la persona que mantiene un equilibrio activo en su relación con lo que le rodea, siguiendo un proceso fluido de formación/disolución de

gestalten, contactando con la actualidad siempre cambiante del campo organismo/entorno. Por el contrario podemos considerar enferma a la persona que presenta perturbaciones en su proceso homeostático ya sea porque es incapaz de percibir su necesidad dominante o porque se inhibe en su contacto con el entorno para alcanzarla.

Ciclo de formación/disolución de gestalten

Marie Petit en su libro "La Terapia Gestalt" presenta un esquema que resume con claridad y precisión el ciclo de formación y disolución de gestalten.



El eje vertical de este gráfico representa el cambio en la movilización de energía que se manifiesta durante el proceso; el eje horizontal nos informa de su evolución en el tiempo; la línea sinusoidal muestra el desarrollo del ciclo en el tiempo y la intensidad de la energía puesta en juego.

En este ciclo vemos, pues, reflejadas las diferentes etapas por las que pasa el individuo sano y el enfermo o neurótico en sus respectivos procesos de autorregulación orgánica.

Las etapas del proceso sano de homeostasis serían:

1. La persona sana se encuentra en una situación de equilibrio, punto cero, o vacío fértil; en este estado inicial las posibilidades del proceso que va a comenzar están

ya latentes; la persona está abierta a captar del entorno todos los aspectos que se relacionan con la nueva gestalt que va a emerger.

2. Se manifiesta una necesidad, por ejemplo comer.
3. Esta necesidad genera una tensión hacia la satisfacción.
4. Se identifica así una gestalt fuerte, una figura que resalta del campo organismo/entorno.
5. La tensión movilizada genera a su vez una excitación que conduce a buscar en el entorno la satisfacción de la necesidad: identifico aquello que puedo comer y me dirijo hacia ello.
6. Entro en contacto con la comida.
7. Experimento el placer de comer.
8. Satisfago la necesidad.
9. Siento que mi necesidad se ha cubierto, la gestalt se ha completado.
10. Una vez se ha satisfecho la necesidad la persona entra en un período de reposo.

El ciclo patológico se produce como consecuencia de las experiencias del pasado mal asimiladas, de las gestalten incompletas.

1. La persona no puede vivenciar un estado de equilibrio, no puede sumergirse en ese vacío fértil donde hay ausencia de la división sujeto-objeto al mismo tiempo que se abren las posibilidades de contacto con lo nuevo, con lo actual; debido a las gestalten incompletas, la persona se encuentra inmersa en un vacío estéril que intenta llenar con constantes verborreas mentales.

2. La persona tiene dificultades y conflictos a la hora de reconocer la necesidad dominante del momento.

3. Estas dificultades movilizan las gestalten incompletas.

4. Se da así una reactivación de necesidades antiguas no satisfechas.

5. Dicha reactivación produce una sensación de angustia.

6. La tensión dirigida hacia la satisfacción de la necesidad se transforma en ansiedad, la cual conduce a la persona a huir del riesgo implicado en la consecución de la necesidad.

7. La persona reproduce antiguos patrones de conducta que utiliza como mecanismos de prevención que se interpondrán entre la necesidad y su realización.

8. La acción llevada a cabo será incoherente con respecto a la necesidad inicial.

9. La necesidad se mantendrá insatisfecha produciendo un sentimiento de frustración.

10. Todo ello lleva a la persona a un impasse, a una situación en la que el apoyo procedente del exterior o los viejos patrones de conducta ya no sirven para contactar con el entorno ni para satisfacer la necesidad, mientras el auténtico auto-apoyo aún no se ha conseguido.

El proceso de contactos organismo/entorno en su fase de creación/disolución de gestalten es la actividad del ser, del yo o self.

LA TEORIA GESTALTICA DEL SELF

El self –sí mismo– es el individuo ejercitando diferentes sistemas de contactos creativos con el entorno en cada momento. No se trata del self del organismo como tal, visto como algo abstracto, aislado, ni tampoco es el receptor pasivo de un entorno también considerado como una abstracción, sino que es un complicado sistema de contactos, necesario para que se dé el ajuste creativo en el campo organismo/entorno.

El self se manifiesta pues en la frontera/contacto del organismo con su entorno, es la frontera/contacto en acción; sólo cuando hay interacción en dicha frontera que pertenece a ambos, al organismo y al entorno, podemos decir que hay self.

El self es el poder que forma la gestalt en el campo organismo/entorno; su actividad se manifiesta en el proceso de emergencia de figuras y fondos en momentos de contacto y estos contactos son la experiencia estructurada de la situación actual presente en su estado de transitoriedad.

La función esencial del self es el ajuste creativo; creatividad es inventar una nueva solución, es descubrir y plasmar en la práctica una nueva gestalt; el contacto existente en la frontera organismo/entorno, al fluir en su efemeridad nos ofrece continuamente momentos diferentes, potencialmente ricos en novedad que se hacen actualidad al contactar. Esta originalidad en cada nuevo contacto es la actividad del self en crecimiento: el self es el artista de la vida.

El self es el agente del crecimiento; un organismo sólo puede preservarse y no degenerarse gracias a su desarrollo y éste se da en contacto con lo novedoso, destruyendo el equilibrio parcial obtenido previamente, reintegrando y asimilando la nueva experiencia. En el crecimiento, el self se arriesga. Si la persona acepta vivir en el presente, los riesgos van acompañados de excitación; si los riesgos son eludidos durante mucho tiempo, arrastrando muchas gestalten incompletas, el self sufre al tener que destruir prejuicios, introyectos, fijaciones del pasado, falsas seguridades, expectativas, etc.

Como la frontera organismo/entorno está en constante cambio, el self no es una institución fija ni es repetitivo sino que es variado y flexible cambiando según la necesidad orgánica dominante y el correspondiente estímulo procedente del entorno. El self se ajusta cada vez más a dificultades mayores y más intensas en el proceso formativo de figuras y fondos; a medida que la situación incompleta tiende hacia el equilibrio, el sentimiento de self disminuye; así pues cuanto mayor es el conflicto y el contacto, más intensamente se vivencia el self; cuanto más grande es la identificación o equilibrio, menor es la sensación de self.

El self no es una consciencia ociosa que conserva el status quo, no es una simple consciencia de lo que ocurre, sino que es una fuerza integradora, la unidad de síntesis. Es el integrador de las funciones perceptivas, propioceptivas, motrices y musculares, así como de las necesidades del organismo; incluye los aspectos físicos, emocionales y cognoscitivos; cada uno de éstos son manifestaciones diferentes de la actividad del

self. El self es consciente, orienta, agrade y manipula y siente emocionalmente lo apropiado de la adaptación organismo/entorno; esta integración no es pasiva sino que es ajuste creativo.

El self es la actualización del potencial de crecimiento; el presente es una potencialidad que se hace actual a medida que el pasado se dirige hacia el futuro. En el presente, el pasado inmutable se disuelve en múltiples posibilidades, las cuales conforman una nueva figura, emergiendo del fondo de la potencialidad. El self se identifica con algunas de las posibilidades y aliena otras; el futuro es la dirección que toma este proceso desde las diferentes posibilidades hacia la formación de una nueva figura.

El self tiende a realizarse a sí mismo dentro de las circunstancias particulares que le rodean; se esfuerza en completarse, en iniciar y finalizar las gestalten; su fuerza dinámica reside en su compromiso total con el proceso en continuo cambio de la vida; juega el rol crucial de descubrir y construir los significados por los cuales crece.

El self es espontáneo, descubriendo e inventando a medida que la situación evoluciona; es a la vez activo y pasivo presentando una creatividad imparcial o desinteresada. Está implicado en la situación, la vivencia de ésta es inmediata, concreta y presente e incluye integralmente percepción, muscularidad y excitación.

Es difícil que el self pueda operar constantemente tal y como se ha descrito anteriormente. En la mayoría de los casos, el self crea estructuras o estilos especiales en función de ciertos objetivos, de acuerdo con las exigencias de la situación y lo hace suspendiendo o congelando algunos de sus poderes, mientras ejercita libremente el resto. Estas estructuras o aspectos del self que se manifiestan en una situación de ajuste creativo son el ello, el ego y la personalidad.

El ello

En la función ello, el self se encuentra en reposo. Para poder descansar, el self suspende su vivacidad sensorial y afloja el tono medio de los músculos, es decir, inhibe la orientación sensorial y la manipulación motriz. El self sin la posibilidad de contacto parece dispersarse y en verdad está desintegrándose y desvaneciéndose en pura potencialidad; el cuerpo, la sensación corporal, destaca ampliamente ya que al estar suspendidos el raciocinio y la movilidad, las propiocepciones han usurpado el campo. Buscando el descanso, el self no va a movilizar ni a ejecutar el impulso; uno tras otro, los estímulos procedentes del entorno surgen y desaparecen al no ser contactados; el entorno se percibe cada vez con más vaguedad, la iniciativa motriz permanece inhibida; si no se consigue un interés urgente uno se duerme, las imágenes que se dan tienden a ser alucinatorias, los objetos reales e incidentes dramáticos son reducidos y revividos con el menor empleo de esfuerzo.

El ello es el fondo difuso y confuso que se va disolviendo a medida que se contactan y se actualizan sus posibilidades; se manifiesta a través de sensaciones corporales que informan de las necesidades, pulsiones, apetitos y deseos; es una función fisiológica no voluntaria; en los niveles bajos de excitación, el ello aparece como pasivo, disperso e irracional, su contenido es alucinatorio destacando con fuerza las sensaciones corporales.

No se siente responsable de lo que le sucede, más bien “ello” le ocurre; funciona de forma casi automática, como si fuera el ambiente el que le moviera; acepta sin comprometerse, no se siente responsable; su energía procede de situaciones inacabadas que buscan ser satisfechas, limitándose sólo a vivenciar la agitación de la frontera/contacto sin llegar al pleno contacto, de ahí que los sentimientos que resultan del contacto organismo/entorno son incipientes y ténues. Es esta gestalt débil la que le permite una gratificación alucinatoria, ya que si la situación orgánica incompleta fuera urgente, el descanso sería imposible.

Cuando la figura se forma claramente y la excitación del contacto organismo/entorno es fuerte, entonces el ello se manifiesta como un aspecto energético, vital y espontáneo del proceso del self que puede vivenciarse cuando conectamos con las emociones o nos sentimos uno con el entorno.

En Gestalt Terapia consideramos la forma de funcionar del ello como una cualidad sana del self y favorecemos sus rasgos de espontaneidad y desenvoltura, así como la expresión abierta de las emociones por considerarlos aspectos necesarios de una conducta madura.

La función ello nunca se pierde, puede estar perturbada, pero las necesidades siempre existen.

El ego

El ego es el sistema de identificaciones y de alienaciones con respecto a tendencias, deseos, impulsos y experiencias que son necesarios para la gratificación de la necesidad más urgente.

En el proceso de formación de gestalten –actividad del self– el organismo en reposo percibe vagamente las múltiples gestalten posibles, en esos momentos el self, que se manifiesta a través de su función ello, es una gestalt débil. Pronto un interés tomará preponderancia, ciertas imágenes resaltarán con brillo, las fuerzas se movilizarán espontáneamente iniciándose las respuestas motrices; este momento requiere la intervención de la función ego que, al identificarse totalmente con la función ello, se responsabiliza de la situación desarrollando sus capacidades de atención deliberada, selección voluntaria y movilización de los medios y recursos que van a permitir satisfacer la necesidad, al mismo tiempo que rechaza intencionadamente aquellos elementos del organismo o del entorno que no le interesan o que pueden interferir en la formación de la gestalt.

El self es el sistema de contactos y el ego es la identificación de esos contactos; para ello impone limitaciones deliberadas en el funcionamiento total del self, y la identificación y alienación que le caracterizan, proceden de acuerdo con esas reducciones del campo de experiencia. Estos procesos de concentración intencionada, pueden ir acompañados de espontaneidad que procedente del fondo, puede alcanzar el acto creativo de deliberación emergiendo en la excitación creciente de la figura. Cuando la deliberación cesa, en el momento álgido de la excitación, la satisfacción de la necesidad es de nuevo espontánea.

El ego es pues deliberado, voluntarioso, activo, sensorialmente alerta, motrizmente dinámico, agresivo en el sentido de ir hacia, consciente de que se aísla de la situación. Las experiencias de voluntad, lucha y esfuerzo son propias de su funciona-

miento y le permiten focalizar su campo perceptivo y manipular activamente su entorno enfrentándose al ambiente y luchando con él.

El self en su función ego se identifica con el interés más significativo y lo elige; fija y retiene conscientemente determinadas percepciones, propiocepciones, impulsos, excitaciones del campo total, para permitir que otros intereses vayan desarrollándose y resalten como figura. Estos mecanismos producen la sensación de intervenir activamente, la realidad no se contacta de una manera espontánea, permitiendo que la necesidad del momento fluya naturalmente, sino que es seleccionada o excluida en función del interés con que uno se identifica. Los recursos, planes, controles, orientaciones, objetivos procedentes de conocimientos previos, basados en experiencias pasadas parecidas a la actual, adquieren relevancia; el entorno no es contactado como un aspecto con el que se está interactuando, sino que se mantiene a distancia como "mundo externo" y el individuo se considera como un agente que fabrica la situación desde fuera; los sentidos están alertas y se tiene la sensación de utilizar y conquistar, más que de descubrir y responder.

El ego actúa sanamente y se manifiesta como un estadio del funcionamiento del self con influencia positiva en el individuo cuando las identificaciones y alienaciones son fluidas y espontáneas, sin restricciones deliberadas, coincidiendo con las necesidades del organismo como totalidad y finalizando en una actividad integradora. Actúa neuróticamente cuando invade el self a través de deliberaciones continuadas y recurrentes, al estar la persona identificada de una manera inamovible con aspectos parciales de su personalidad, e implicada en satisfacer solamente las necesidades relacionadas con esos aspectos, mientras elude y trata de acallar los efectos de situaciones incompletas que requerirían contactos espontáneos para resolverse y poderlos olvidar. En este caso el ego construye una falsa identificación, limita la experiencia humana y categoriza y solidifica el carácter del individuo.

La función ego, para efectuar creaciones y disoluciones de gestalten, se identifica con aquellas experiencias buenas, correctas o familiares y reconoce las experiencias que le parecen malas, extrañas y discordes. Con este fin establece límites escogiendo lo que formará parte de la experiencia del yo y lo que excluirá de ella como no-yo. Esta categorización y dicotomización de vivencias puede rigidificarse e impedir que el individuo perciba la realidad como fuente de crecimiento; incluso cuando una persona rompe los límites rígidos de su función ego, puede crear otros límites similares a los antiguos que va a etiquetar como correctos, considerando automáticamente erróneo todo aquello que es diferente.

Desde una perspectiva ideal –por lo difícil de permanecer en ella, aunque no sea imposible– el ego deja de funcionar cuando la persona alcanza una sensación de unidad consigo misma y con el mundo. Entonces no hay necesidad de identificaciones ni de alienaciones, cesan los juicios de valor que excluyen o diferencian las vivencias: la persona abraza una percepción holística de la realidad sin comparar, evaluar o juzgar. Pocas personas llegan a este estado de trascendencia del ego durante mucho tiempo ya que el individuo necesita límites y conseguir un contacto satisfactorio con lo "otro", con aquello que es diferente a él.

La personalidad

La identificación y alienación propias de la estructura del ego culminan en la función personalidad, la cual hace referencia a lo que cada uno conoce de sí mismo. Es el resultado de la experiencia adquirida, alude a aquellas características psicológicas y personales con las que uno se identifica y que le sirven de base para explicar y definir su conducta.

Es la figura en la que acaba transformándose el self cuando el individuo asimila la novedad y manifiesta cambios. Podemos considerarla como la réplica verbal del self ya que responde al conjunto de imágenes y representaciones que el individuo se hace de sí mismo en su relación con el entorno. Es aquello por lo que se reconoce y con lo que se presenta a los demás cuando tiene que definir quién es.

La personalidad sana es autónoma, espontánea y responsable. Goza de un entramado de actitudes y roles conocido por uno mismo y del que dispone en todo tipo de relaciones interpersonales. Elige libremente y tiene siempre una sensación de soltura primaria que puede ser seguida de un compromiso; uno se implica y se compromete en función de lo que la personalidad ha llegado a ser. La personalidad neurótica está formada por muchos conceptos erróneos sobre uno mismo, situaciones incompletas, introyectos inflexibles, yo-ideal, máscaras, etc. Teñida por las influencias de crecimientos previos y por las vivencias similares del pasado, no percibe la situación actual como novedosa, sino como un reflejo de lo que en ella espera encontrar, y actuando en función de lo ya conocido se siente falsamente segura.

En circunstancias ideales el self no tiene mucha personalidad, es como el agua que asume la forma del recipiente. Después de un buen contacto, el self encuentra su realidad y reconoce lo que ha asimilado pero inmediatamente lo ve y lo considera como un aspecto más de un campo más amplio.

SALUD Y ENFERMEDAD

Desde la perspectiva gestáltica consideramos salud al proceso de autorregulación orgánica que facilita la formación-destrucción-reconstrucción de gestalten. Llamamos enfermedad al bloqueo, retardamiento, evitación o interrupción de dicho proceso.

Cada ser humano completa las gestalten alcanzando o recibiendo del entorno elementos nutritivos ya sean físicos o psicológicos que necesita para la satisfacción de sus necesidades. Este entorno con el cual estamos en continua relación, no siempre ofrece experiencias satisfactorias o facilitadoras de la conclusión de gestalten y a veces hasta incluso fomenta formas de vida insana. Ante un entorno hostil la persona vivencia una interacción dinámica entre salud y enfermedad.

El objetivo de toda persona sana es actualizar su potencial, para ello la Gestalt Terapia favorece la vivencia de los siguientes aspectos que considera asociados con la salud:

- Vivir el presente, el aquí-ahora, la situación actual inmediata.
- Ser honesto con uno mismo, admitir la verdad de lo que uno es, aceptarse a sí mismo.

- Experimentar lo real, contactar con el entorno e interactuar con él tal y como es, no como uno desearía que fuese.
- Expresarse en términos de lo que uno quiere, piensa y siente en lugar de manipularse a sí mismo y a los demás con racionalizaciones, expectativas, juicios y distorsiones.
- Potenciar el darse cuenta; vivenciar completamente toda la gama de emociones, las desagradables y las agradables.
- Rechazar las demandas externas que van en contra del respeto y lealtad a uno mismo.
- Estar dispuesto a experimentar y contactar con situaciones nuevas.
- Estar abierto al cambio y al crecimiento.

La vivencia de estos aspectos nos conduce a momentos de madurez, responsabilidad, autorrealización y autenticidad, estados considerados como valores necesarios en la evolución sana del individuo.

Madurez

Es ir trascendiendo y abandonando los apoyos del entorno e ir desarrollando el propio autoapoyo; a medida que nos sostenemos física, emocional y psicológicamente sobre nuestro propio apoyo, desarrollamos la sensación de valía personal y utilizamos más eficazmente nuestras capacidades de observación, discernimiento, aprendizaje y comprensión. Ejercitar las facultades de auto-apoyo no significa renunciar a esos momentos en que la ayuda externa es necesaria ni a la capacidad o predisposición de pedirla de una manera directa, sin manipulaciones.

En el proceso de maduración vamos abandonando la seguridad y la protección de situaciones que nos son familiares –aunque sean incómodas– y arriesgamos nuestra vulnerabilidad en terrenos desconocidos; los viejos apoyos y defensas dejan de ser funcionales y la persona tantea balbucientemente aquello que percibe como nuevo y seguramente amenazador.

Cada etapa en este proceso implica la posibilidad de experimentar y desarrollar cada vez más el potencial de cada persona. En nosotros ya existe lo que necesitamos para crecer, desarrollarnos y madurar; estas capacidades están presentes pero no han sido exploradas y nos resultan desconocidas. Cada movimiento hacia experiencias nuevas requiere la movilización de aspectos de la persona que no han sido utilizados antes; a medida que este proceso evoluciona aumentamos la confianza en nosotros mismos y nos sentimos capaces de hacer frente a las situaciones que la vida nos presenta. Este sentimiento de valía personal y esta consciencia de poder confiar en uno mismo van acompañados de un aumento de la sensación de verdadera identidad a medida que la persona evoluciona.

Este proceso de madurez dura toda la vida, impulsando el potencial de cambio y crecimiento para que las nuevas experiencias añadan posibilidades al desarrollo del autoapoyo, al conocimiento personal y a la confianza en uno mismo.

Responsabilidad

Entendemos por “respons-abilidad” la habilidad de responder a las propias expectativas, deseos, fantasías y acciones, así como de poder desprenderse –en el sentido de saber que no es capaz de responder– de la responsabilidad de las conductas, actitudes, sentimientos y expectativas de los demás. Esto no quiere decir que uno no deba interesarse o tenga que eludir el satisfacer las necesidades de otras personas, sino que en definitiva cada ser humano es solamente responsable de sí mismo. Esta responsabilidad procede de la aceptación de uno mismo y del entorno tal como son y de la madurez de percibirse a uno mismo y a los demás desde una perspectiva adecuada.

La perspectiva gestáltica hace pues hincapié en aquellos aspectos que uno crea o con los que elige implicarse, así como en la libertad de elección de respuestas en cualquier circunstancia.

Es difícil ser conscientes de nuestra implicación en las situaciones que nos rodean, pero reconocer dicha responsabilidad y aceptar la libertad de elección que nos corresponde es un proceso sano de crecimiento.

Autorrealización

Se trata de un proceso orgánico que implica el desarrollo gradual del potencial único de cada individuo, a través de la aceptación de lo que uno es y no de la imagen que tiene de sí mismo. Es el reconocimiento de uno mismo tal y como es, no tal y como uno desea ser; esto permite que el individuo se libere de fantasías perfeccionistas y de empeños en conseguir objetivos irreales que van en contra del organismo. Sólo después de este reconocimiento el potencial inherente de cada individuo se realizará.

Autenticidad

La autenticidad es un aspecto importante de la madurez; hace referencia a la presentación congruente de uno mismo. El individuo auténtico está abierto al contenido de su experiencia interna y es capaz de dirigirse al mundo continuamente de una manera que expresa válidamente dicha vivencia interior. Una persona libre de situaciones incompletas del pasado, de expectativas irreales sobre el futuro, consciente de los procesos orgánicos presentes y en contacto con el entorno, expresará su yo auténticamente.

Así como la salud tiene que ver con la acción, el contacto, la elección y la autenticidad, la enfermedad o malestar psicológico tiene que ver con la paralización, la resistencia, el control, la ansiedad. Este malestar indica un desequilibrio y posiblemente un bloqueo o prevención de la asimilación natural de los estímulos procedentes del entorno, que conlleva una inhibición del aprendizaje y del crecimiento.

Una de las fuentes principales de malestar es lo que llamamos en Gestalt Terapia situaciones incompletas, esas experiencias del pasado inacabadas en las que la persona invierte gran cantidad de energía física, mental y emocional, quedándole poca disponibilidad para contactar y asimilar situaciones nuevas. La motivación inicial del organismo se dirige hacia completar la necesidad dominante, cerrar la gestalt, pero la

persona no hace lo que es necesario para concluirlo; por ello la situación incompleta continuará emergiendo y la persona establecerá ciertas formas de control para acomodarse a la sensación de no poder completar la situación. Todo ello conduce a la pérdida de confianza en las propias habilidades para contactar con el entorno, lo cual genera situaciones de ansiedad y de manipulación, utilizando las energías personales en obtener y mantener el apoyo exterior en lugar de generar y desarrollar el auto-apoyo.

En estas situaciones de incomodidad o malestar psicológico, la persona bloquea su funcionamiento sano y acaba negando su experiencia personal; para ello interrumpe las posibilidades de ajuste creativo y de contacto con la actualidad y se deja arrastrar por su "ego" neurótico.

INTERRUPCION DEL PROCESO DE AJUSTE CREATIVO

Cuando la función ego no puede operar sanamente es sustituida por diferentes tipos de interacción, según en qué momento se da la interrupción del contacto organismo/entorno. Todo contacto sano implica el darse cuenta –percepción de la figura/fondo– y excitación –incremento de la movilización de la energía durante el contacto–. En el bloqueo, la energía disponible se dirige a prevenir el contacto; estos mecanismos neuróticos de interrupción son, según la Gestalt Terapia, la confluencia, la introyección, la proyección, la retroflexión y el egotismo.

Confluencia

Es la condición de no-contacto al interrumpir la relación con el entorno antes de que se dé la excitación inicial. La persona en situación de confluencia manipula determinadas situaciones, limita o distorsiona funciones receptoras de tal modo que la relación figura/fondo no se forma, y por lo tanto no puede emerger del campo de una manera diferenciada, de ahí que lo que podría ser figura y fondo fluyen juntos sin poderse distinguir. La energía no se emplea en la excitación de la diferenciación o contacto inicial y esta supresión puede producir dificultades en la respiración acompañadas de ansiedad. En lugar de arriesgarse al nuevo contacto desconocido, el neurótico se retira a una situación de no-contacto, de confluencia con su funcionamiento habitual; al no haber fronteras o límites diferenciadores del sujeto/objeto, no puede haber emergencia y desarrollo de la figura/fondo, ni darse cuenta, ni excitación, ni contacto.

Esta confluencia descrita es patológica ya que aspectos de la personalidad que necesitan diferenciarse y discriminarse son unificados y aislados de experiencias ulteriores, restringiendo y limitando la actividad actual y potencial, de manera que el organismo puede dejar de ser funcional. La confluencia es sana cuando se manifiesta al final de una experiencia que no se ha interrumpido y en la que se ha conseguido un contacto pleno; entonces el self disminuye y el sujeto/objeto son una unidad de identificación, asimilación y crecimiento.

Introyección

Para no deshacer la confluencia en relación con personas significativas o con todo aquello que representa autoridad, la persona acepta indiscriminadamente lo que se

le ofrece sin digerirlo, desestructurarlo o asimilarlo. Los introyectos son pues esas formas de actuar, sentir, evaluar, que uno introduce en su sistema de conducta sin haberlas asimilado. Lo que es asimilado no se engulle entero sino que primero se destruye –en el sentido de des-estructurar– completamente y más tarde se transforma y se absorbe selectivamente en función de las necesidades del organismo.

Los introyectos son situaciones incompletas que necesitan ser asimiladas. Ante una situación conflictiva, en el momento de la excitación, el introyecto provoca una interrupción de la experiencia que es abandonada antes de ser resuelta. La persona siente un impulso a actuar de una determinada manera, que está en contraposición con la normativa de la situación introyectada, y en el momento de contacto, ese impulso se inhibe y abandona el campo siendo reemplazado por el deseo correspondiente de la autoridad coercitiva.

El yo formado por introyectos no funciona de una manera sana, ya que está saturado de conceptos, deberes, pautas, normas y puntos de vista sobre la naturaleza humana impuestos desde el exterior. El yo sano es dinámico, espontáneo y sus funciones y fronteras entre lo que es aceptado y lo que es rechazado son flexibles.

Para eliminar los introyectos de la personalidad, uno necesita ser consciente de lo que no es verdaderamente suyo: conviene que adquiera una actitud crítica y selectiva sobre lo que le ofrece el entorno y sobre todo que desarrolle la habilidad de “morder y masticar” la experiencia con el fin de extraer su aspecto nutritivo.

Proyección

Es el mecanismo por el cual la persona atribuye al entorno determinados aspectos, rasgos, actitudes, sentimientos, etc. de su propia conducta, por no poderlos aceptar como pertenecientes a su personalidad, debido a introyectos contrarios a ellos. La idea de que se le pueda identificar con esos aspectos que tanto teme y rechaza le es insoportable, por lo que prefiere creer que es el exterior quien los tiene y quien los dirige hacia ella a pesar de su “inocencia”, sintiéndose así víctima de las circunstancias. De este modo, ante una situación determinada, la persona que proyecta neuróticamente no puede distinguir satisfactoriamente entre el mundo exterior y el mundo interior, entre lo que es verdadero y objetivamente observable y lo que es su fantasía proyectada, ya que dispone de una gran facilidad para agarrarse a un detalle del exterior, a veces insignificante, y realzarlo y exagerarlo fantásticamente con la ayuda de numerosas racionalizaciones y justificaciones con las que intenta probar que lo que percibe es lo verdadero.

La proyección opera interrumpiendo la excitación creciente que se da en el contacto cuando ya se está interactuando con el entorno y se vivencia la excitación acompañada de emoción. La persona es consciente de la necesidad o impulso y del objeto procedente del entorno, pero no se identifica con la emoción que resulta de la excitación del contacto, por lo que interrumpe la relación organismo/entorno necesaria para la satisfacción, rehusando reconocer y expresar dicho impulso como propio, así pierde la sensación de que está sintiendo el impulso y lo vivencia como si estuviera fuera de las fronteras del yo y como si, procedente del entorno, fuera dirigido hacia ella.

Al expeler sus impulsos indeseados, la persona puede sentirse liberada temporalmente pero acaba siendo privada de las funciones del ego relacionadas con la identificación y la responsabilidad, alienando aspectos de la personalidad que bien utilizados serían fuente de riqueza psicológica y de crecimiento. Como no se vivencia a sí misma en acción, declina la responsabilidad que le atañe e intenta olvidar, esconder o proyectar los impulsos. El sentimiento rechazado puede ser proyectado pero no eliminado; la única manera de trascenderlo es aceptarlo, expresarlo y transformarlo, sirviéndose del proceso de ajuste creativo.

Para el neurótico, la realidad es sólo una pantalla conveniente para sus proyecciones: descifra, comprende y explica el entorno en función de su propia conducta; se esfuerza en buscar pruebas para conseguir que dichas proyecciones se acoplen con lo observado y hace montañas de un grano de arena, distorsionando su perspectiva de la realidad.

Retroflexión

Es el mecanismo por el cual la persona dirige incisivamente hacia sí misma actitudes y rasgos de su personalidad que debería dirigir hacia el entorno. Reprime la expresión de aquellas intervenciones que le permitirían manipular y cambiar su alrededor para poder satisfacer sus necesidades; reconduce la actividad hacia dentro y se coloca ella misma en lugar del entorno como blanco de su propia conducta.

Ya en la niñez, el entorno que podría contribuir a satisfacer sus necesidades, se presenta hostil a sus esfuerzos. El niño frustrado y castigado en un contexto desigual, percibe el entorno como más fuerte y está seguro de perder. Para evitar el dolor y el peligro, antes de intentar de nuevo la interacción, abandona; el entorno le impone sus propias exigencias a expensas de sus deseos.

En la retroflexión, el individuo utiliza sus habilidades de orientación y manipulación y está completamente implicado en la relación con el entorno, pero en el momento del conflicto y destrucción, percibe el entorno como si le estuviera presentando una oposición insuperable a la que no se puede enfrentar. Es entonces cuando interrumpe la excitación propia del contacto; tiene miedo de herir (destruir) o ser herido; va a ser frustrado, entonces dirige sus energías contra el único objeto del campo que le ofrece seguridad: él mismo, su propio cuerpo y su personalidad.

La retroflexión del impulso no aniquila la necesidad, sino que retiene las respuestas por las que uno teme ser castigado. El deseo permanece tan fuerte como siempre y al no ser satisfecho favorece la movilización del aparato motriz: posturas y movimientos incipientes buscan la expresión abierta de la necesidad. Al no poderse dar dicha expresión por miedo al castigo o rechazo, la persona actúa hacia su propio impulso tal y como actuó el entorno: se esfuerza en suprimirlo. De esta manera se divide en dos: por un lado se inclina a satisfacer su deseo inicial, por otro retrofecta para contener los aspectos de su personalidad que tienden a salir. Esta retención se consigue tensando los músculos antagonistas a los implicados al expresar el impulso punible. Lo que empezó siendo un conflicto con el entorno, acaba siendo un conflicto interno entre dos partes de la personalidad que forcejean luchando en direcciones diametralmente opuestas. Si la persona acepta y se identifica con las dos partes del conflicto y puede.

encontrar una nueva integración por la cual ambas partes obtienen una expresión abierta, su salud y su relación con el entorno mejorarán.

Cuando la persona elige conscientemente suprimir determinadas respuestas hacia el entorno cuya expresión sería desventajosa para ella, entonces la retroflexión es apropiada. Es patológica cuando no se da temporalmente ni como medida de emergencia en espera de una ocasión más propicia, sino que se perpetúa en la personalidad haciéndose habitual, crónica, fuera de control y lejos del alcance del darse cuenta.

Egotismo

Es el mecanismo que contribuye a interrumpir la excitación propia del contacto final, antes de comprometerse con el entorno, por miedo a lo desconocido. En lugar de ejecutar la acción que la situación demanda y ponerle fin, cuando todo está preparado para el contacto final, la persona se retrae en el momento de vivenciar la conducta que le puede ayudar a crecer, retardando e inhibiendo la espontaneidad y favoreciendo la introspección deliberada, la circunspección, el control y la vigilancia para poder asegurarse de que no hay amenaza de peligro o sorpresa. En situación de egotismo, la persona se interesa mucho más por su propio yo e identidad que por aquello que contacta. Para evitar las sorpresas que el entorno le puede presentar, se aísla considerándose la única realidad; de esta manera se hace cargo del entorno, lo hace suyo, lo introduce en su esfera de acción y de poder.

El egotismo es sano y necesario cuando se utiliza para poder asimilar procesos que requieren una elaboración complicada y una larga maduración. Es neurótico cuando se trata de una confluencia con un control y un darse cuenta deliberados, que anula la espontaneidad e intenta aniquilar lo que por ser sorprendente y desconocido no puede ser controlado.

Todos estos mecanismos de interrupción del proceso creativo están engarzados e interrelacionados funcionalmente. Pueden ser útiles y sanos cuando se elige emplearlos temporalmente en circunstancias particulares: por ejemplo, la proyección puede ser el comienzo de la creatividad, las actividades de planear y anticipar son necesarias en determinados momentos; a veces, ante un examen, es inevitable el tener que "tragar" un material aburrido y sin interés, etc. Lo que les convierte en neuróticos es que sean inapropiados y crónicos, que tiendan a fijar y a aislar la situación al inclinarse hacia objetos imposibles o inexistentes, que impliquen una pérdida del darse cuenta, que favorezcan la existencia de confluencias aisladas, y que incrementen el bloqueo de la integración.

APLICACION PRACTICA DE LA GESTALT TERAPIA

En el trabajo psicoterapéutico tratamos la urgencia de las situaciones incompletas en el momento presente, y favorecemos el llegar a alcanzar una mejor integración, utilizando la experimentación extraída de las actitudes y materiales de la situación terapéutica, para promover el poder creativo del paciente y que pueda así integrar las partes disociadas de su personalidad.

La terapia consiste en analizar la estructura interna de la experiencia actual, y en particular el grado de contacto que tiene, dando preferencia al proceso, al cómo, sobre el contenido: la expresión facial, el tono de voz, la postura, el afecto, las omisiones, etc. Explorando la unidad y la incoherencia de esta estructura de la experiencia "aquí-ahora" buscamos reconstruir las relaciones dinámicas de la figura y el fondo para que el contacto sea realizado, el darse cuenta avivado y la conducta energetizada.

Transcripción de una sesión terapéutica

(La cliente habla de la relación actual con su madre, que ha enviudado recientemente y que vive a muchos Km. de distancia de su hija.)

Cliente.-Quiero tratar la relación con mi madre y el que me pide ayuda.

Terapeuta.-Así que tu madre te llama para que la ayudes.

C.-Sí, sí, pero total ¡eh!

T.-¿Cómo te expresa su necesidad de ayuda?

C.-La percibo en lo que dice; no la percibo directamente, no me dice: ayúdame que estoy muy mala, me siento muy sola o tengo problemas. No, así no me lo dice, o bueno, puede ser que en cierto momento lo pueda decir pero... noto que con el tono de la voz y con todo me está diciendo ¡ayúdame! Yo la quiero ayudar, la estoy intentando animar, estoy desviviéndome por animarla, es como si la estuviera aportando fuerza ¿no? Le estoy dando mi fuerza, toda la fuerza que yo puedo darle se la estoy dando, y llega, veo que la fuerza llega a ella, o bueno yo lo percibo así y de repente coge un poco pero dice: "no" y se cierra y se acabó y entonces me dice "bueno vamos a dejarlo que estoy muy cansada", esto por teléfono y va y me cuelga y yo digo: yo que estaba en el trance de animarla por completo me siento pues... chafada porque digo, bueno de qué estoy aquí yo, tanto dando el rollo y tanto desviviéndome si luego es que resulta que me siento más rechazada que yo qué sé. Y, no sé, luego yo digo: no merece la pena, o es que yo espero que reaccione, entonces es que no la acepto tampoco como es...

T.-(Asiente con un gesto y un sonido.)

C.-No, no la he aceptado, yo quiero que ella intente ver que yo la estoy ayudando y que ella capte mi ayuda ¿no? y que ella se moleste, en el sentido de que diga: pues sí, tengo que animarme mira, porque me están animando y tengo que animarme, pero ella no se anima, no, ella sigue en su papel de no querer animarse y sigue en su papel de tocarme las narices, porque yo noto que entonces lo que me quiere es pinchar nada más, porque luego resulta que yo cuando la atiendo no me quiere, entonces ¿qué es eso? Quiere jugar conmigo yo siento que luego juega conmigo, porque yo ya no sé qué hacerle, no sé qué hacerle, no sé si decirle: mira, vamos a dejarlo o si la atiendo, ¡luego si la atiendo no me hace caso! Es como diciendo: si le hablo mal y si no le hablo mal también, es decir que al final no voy a conseguir nada.

T.-Buscas conseguir algo.

C.-Sí, yo busco que por lo menos se anime ya que busca en mí una ayuda, que se anime, que por lo menos tenga la confianza en ella o yo qué sé, aportarle algo ¿sabes?

T.-(Asiente con un sonido.)

C.-Algo, no sé de qué forma ni manera, pero yo lo intento hacer de la forma que mejor pienso yo que podría ser, pero no, para nada. Entonces yo lo que consigo es que estoy superpreocupada y veo que no consigo nada, no consigo nada, y nada, y bueno.

(La terapeuta introduce un experimento: el de imaginar que puede hablar directamente con su madre en ese momento, con ello busca favorecer la expresión de emociones que puedan estar bloqueadas.)

T.-Háblale a ella de lo que te gustaría conseguir.

C.-Yo quiero que estés tranquila, quiero que estés animada, quiero que estés bien, yo te quiero mucho. Se lo expreso totalmente, ella sabe que todo esto que yo le digo es así y ella me dice que sí y que también, que ella lo entiende y tal, pero nada más, dice que, no sé... yo no encuentro una respuesta que es a lo que voy ¿no?

T.-(Asiente con un sonido.)

C.-Tal vez no la debiera de esperar entonces, pero no sé es que si me están pidiendo una ayuda yo lógicamente, no sé, es como si me tuvieran que, no es que me tuvieran ¿no? pero yo sentiría si mi ayuda es válida o no, yo me sentiría reconfortada por ejemplo; yo me sentiría de otra forma, está claro, no me sentiría frustrada, sin embargo me siento frustrada y mal y muy enrabada porque luego no consigo nada.

T.-¿Cómo sabes que no consigues nada?

C.-Bueno yo, yo me baso en lo que siento.

T.-Te basas en lo que sientes.

C.-Sí, exacto.

T.-¿Y qué sientes?

C.-Yo no siento que esté consiguiendo nada, es más, estoy sintiendo que estoy harta, harta de este, este, de seguir esta línea, lo que no puedo hacer es seguir por esta línea porque no estoy consiguiendo nada.

T.-Sigues insistiendo en que no consigues nada.

C.-Creo que está jugando conmigo más que otra cosa ¿sabes?

T.-Díselo a ella.

C.-(Sonriendo) Sí, se lo podría decir, pero yo creo, yo, mira ¿sabes de lo que me he dado cuenta? de que después de hablarle mucho siempre caigo en lo mismo, en animarla un montón y en estar muy bien con ella, al final me acaba enfadando, porque veo que no me hace nada de caso, entonces yo se lo estoy diciendo y estoy intentando que le llegue, pero yo creo que es que no le llega.

T.-A ver, dile todo esto a ella como si estuviera aquí-ahora.

C.-Sí, sí, sí, mira, te digo esto, te digo ánimate, estate tranquila, estate bien, intenta ¡no sé! intenta no preocuparte por las cosas porque no merece la pena, además las cosas al final se arreglan, se arreglan ellas siempre y no merece la pena; es lógico que estemos preocupados siempre por algo ¿no? pero va pasando el tiempo y las cosas

se van arreglando y además los días hacen que cambien, que en cada momento cambien las cosas, yo le digo: no te puedes preocupar.

T.–Díselo.

C.–No te puedes preocupar por una cosa tanto, porque es obsesivo a veces ¿eh? no te puedes preocupar por una cosa tanto que, que es que va a cambiar, a lo mejor cambia el día de mañana y, no sé, ya no hay ese problema ¿no?. “Sí, sí, sí, bueno, bueno, pero yo estoy muy mal, muy mal” y eso es lo que me dice.

T.–¿Cómo te sientes después de haber dicho todo esto?

C.–Yo me siento con fuerza.

T.–Sientes y lo dices con fuerza.

C.–Sí, total. Es que me tendría que hacer caso, porque lo digo con una convicción tan buena que es que yo me estoy convenciendo también, bueno sí, yo estoy convencida ya. Sí, yo estoy convencida de que las cosas son así.

T.–Pero no es fácil cambiar los viejos hábitos.

C.–¡Claro, claro, claro, ahí está, ahí está el problema! ¡El problema para mí es de aceptación! (lo dice exclamativamente y sonriendo como contactando con un ¡aha!, como realizando algo).

T.–¿Y qué ocurre que sonrías cuando dices esto?

C.–(Se ríe en voz alta) ¡Es eso, es eso, que yo quiero que ella cambie, yo, me gustaría que no fuera así, me gustaría que fuera de otra forma, entonces pues hago lo mismo, sí eso ya lo sé.

T.–Estamos pues en una situación en la que tú le pides a tu madre que te haga caso y te escuche y ella no puede hacerlo y tú no la puedes aceptar.

C.–¡Sí, sí, sí, claro! yo si la entiendo pero no la acepto.

T.–Se trata de una interacción mutua de no aceptación, de entendimiento parcial.

C.–Entonces a mí me encantaría saber lo que puedo hacer para poder aceptarla y llevo mucho tiempo intentándolo pero no lo consigo.

T.–Pues mira, te voy a decir lo que puedes hacer para poder aceptarla y es empezar aceptando que no la aceptas. Díselo, dile que no la aceptas.

C.–No, pero si es que lo digo claramente, si lo he dicho siempre: que no la acepto.

T.–Díselo a ella como si estuviera aquí-ahora y dile todo aquello por lo que no la aceptas.

C.–Es que decirle que no la acepto me parece un poco fuerte, ¿no?

T.–De eso se trata, de que te expreses con fuerza, si quieres aceptarla a ella empieza aceptando ese aspecto de ti que rechazas.

C.–Es que es un poco duro decirle “no te acepto”.

T.–Eso es, si tú lo dices con tu dureza y con tu fuerza algo pasará, vamos a

explorar... después de todo aquí, en estas circunstancias, ella no está y no va a sufrir por ello.

C.–Da igual, pero sufro yo (se ríe), en ese sentido yo sufro por ella.

T.–Y...

C.–Sufro por ella porque yo me estoy imaginando que yo le digo que “no te acepto” y es como si se me derrumbara el mundo.

T.–Pues deja que se te derrumbe el mundo, porque sólo así podrás aceptarla. Dile no te acepto con toda tu fuerza y con toda tu dureza, díselo.

C.–Me cuesta.

(Silencio.)

T.–Porque estamos ante una paradoja: sólo aceptando totalmente que no la aceptas podrás aceptarla, entonces vamos a explorarlo, dile no te acepto con toda tu dureza y con toda tu fuerza y hazlo como si estuviera realmente aquí, ahora.

C.–(Silencio largo) No te acepto... no te acepto casi nada, vaya... nada, no sé... (dirigiéndose al terapeuta) pero de todas formas es que ¿sabes?...

T.–(Interrumpe la frase del C.) Sigue, sigue, no te detengas, sigue hablando con ella.

C.–Pero es que es como si estuviera juzgando; (gritando) ¡y yo no puedo juzgarla! pero es que no puedo juzgarla porque...

T.–La estás juzgando, no te engañes.

C.–Pues la juzgo, pero no debería de, no, no tendría que juzgarla.

T.–Esta es una buena ocasión para hacerlo.

C.–(Suspira profundamente) (Silencio) Es que tendría tantas cosas que criticarle que, no sé. No me gusta la cobardía que tiene ante la vida ¿no?

T.–Díselo, díselo.

C.–(Tensa las mandíbulas, no acaba de soltarse) No me gusta tu cobardía ante la vida, no me gusta que te apoyes en los demás, no sé, que no te valgas por ti misma ¿no? y que juegues, es que juegas un montón con nosotros, nos manejas que da gusto; (silencio largo) y me parece que es abusona.

T.–Eres abusona. No acabas de implicarte del todo.

C.–Eres abusona.

T.–No acabas de entrar (C. se ríe un poco nerviosa) hablas de ella pero no te implicas del todo; imagino una rabia muy fuerte dispuesta a morder.

C.–Sí, pero ahora no sale, no sale pero la tengo.

T.–¿Cómo estás impidiendo que salga? ¿Qué haces para impedir que salga esa rabia?

C.–No sé, es que estoy intentando pensar en las cosas y no me salen, en las

cosas que yo la quiero criticar, aprovechando digo, bueno, a ver en qué la quiero criticar, pero no me salen las cosas ahora, mmm, en cierta medida es que se me olvidan también ¡eh! porque... sí, algo he aceptado pero muy poco... lo que ocurre es que por ejemplo en esta situación mmm, lo que me da rabia también y lo que no acepto para nada es... que sea yo más madre ahora yo de ella que ella de mí, es decir que no la veo sería en ese sentido, es decir que soy yo la que la tengo que animar y ella no, ella es la que se deja animar pero que...

T.-¿Y qué pasó cuando tú eras pequeña? ¿Te animaba ella?

C.-No, no, tampoco, no, no, ella va mucho a la suya, entonces cuando necesita de los demás, entonces sí que da el toque, pero si no pasa, pasa total, ella no apoya a nadie tampoco.

T.-Podrías reprocharle eso.

C.-Sí, yo no me siento apoyada por ti, ni me he sentido apoyada.

T.-No me he sentido apoyada por ti y ahora me pides que te apoye.

C.-Exacto, sí es verdad, ahí siento cierto rencor porque yo lo he pasado muy mal a veces y me he sentido muy sola y ella no me ha apoyado.

T.-Díselo a ella: no me has apoyado cuando me he sentido sola.

C.-{Con indignación} Yo no me he sentido nada apoyada por ti, nada, y ahora me toca apoyarte. Hasta cierto punto me alegra porque me siento necesitada y me gusta ayudar a la gente, por otra parte siento un poco de celos, de rabia por decir... ves lo que pasaba o mira ves esto que estás pasando tú, yo ya lo he pasado; entonces me gusta ayudarte porque ya lo he pasado y sé lo que estás pasando pero en aquellos momentos yo necesitaba tu ayuda y no me la diste... claro que hasta cierto punto lo entiendo eso también.

T.-Dices que lo entiendes y ¿cómo lo vivencias desde las emociones?

C.-Desde las emociones no, desde las emociones me siento mal, no me siento correspondida.

T.-Desde las emociones no te sientes correspondida.

C.-No... eso siento, que ahora ella me pide, yo le doy porque tengo que darle, bueno no porque tenga que darle, porque siento que quiero darle, porque sé la situación que está, entonces la comprendo. Pero por otra parte me siento mal por eso no...

T.-Te sientes mal porque...

C.-Por eso porque yo la tengo que dar y ella no me ha dado nunca a mí nada.

T.-Díselo, nunca me has dado nada.

C.-No, nunca me has dado nada.

T.-¿Qué sientes? Noto tus ojos emocionados, como acuosos, brillantes.

C.-Me siento triste, tengo mucha tristeza desde hace un poco de tiempo. Sobre todo tengo bastante tristeza, conecto con eso también, con la tristeza, con una tristeza

profunda por la falta de cariño de mi madre, pero tristeza profunda, de ésta que hace llorar por dentro, yo lo que digo es que lloro mucho por dentro.

T.–Tú lloras por dentro ¿verdad?

C.–Sí, muchísimo, ves ahora ya estoy emocionada, me falta el amor, me falta el amor de ella.

T.–Díselo a ella: me falta tu amor.

C.–(Con mucho sentimiento) Me falta tu amor... me falta tu amor... y me falta tu amor... ¡Pero es que nunca lo he tenido!

T.–¿Crees que te lo puede dar todavía?

C.–Lo más probable es que no. (Dirigiéndose a la madre) Yo voy a recibir amor a través tuyo pero porque yo te lo doy nada más y yo eso lo acepto, lo acepto pero me da mucha tristeza.

T.–Lo acepto parcialmente, lo acepto racionalmente, pero emocionalmente...

C.–Sí racionalmente lo acepto, racionalmente lo acepto, pero me da mucha tristeza, me da una tristeza pero terrible, y sigo esperando algo, sigo esperando...

T.–Emocionalmente esperas que te siga queriendo.

C.–Sí, lo espero y me siento triste por eso.

T.–El aceptarlo racionalmente ya es un paso hacia la aceptación total.

(...)

En esta sesión podemos ver cómo el entorno –en este caso la madre– estimula, y la cliente conecta con la necesidad de estar en paz y sin sentimientos de culpa en la relación con su madre, por lo que busca lo mejor que sabe el bienestar y felicidad de ésta, ya que aún se siente, en cierto modo, responsable de ella.

La cliente confluye doblemente con la situación en la que se encuentra: por un lado no es consciente de que está confluyendo con un introyecto de la madre –expresado en la demanda de ayuda– que podríamos resumir con la frase “eres mi hija y tienes que solucionar las cosas”, y por otro lado con la agresión indirecta de la madre hacia ella, que podríamos sintetizar con la frase “te voy a hacer sentir culpable por estar lejos de mí”. De esta manera la cliente intenta ayudarla lo mejor que puede y sabe, para encontrarse con su rechazo; de ahí la sensación de culpa, expresada a través de mecanismos retroreflectivos como la superpreocupación, la frustración, la sensación de incompetencia, la impotencia, etc.

La terapeuta busca –a lo largo de la sesión– deshacer el mecanismo retroreflectivo y le pide a la cliente que exprese directamente a la madre –el entorno frustrante– su necesidad de sentir que su ayuda es válida; la cliente lo hace y conecta con su propia fuerza; la terapeuta favorece la “recuperación” de este poder de la cliente. Desde esta perspectiva, la cliente contacta con un “aha” o insight que adquiere fuerza en el contexto de la sesión: “¡Claro, claro, claro ahí está el problema. El problema para mí es de aceptación!” Aunque al principio ya comenta que no acepta a la madre, es en este momento de la sesión cuando lo vivencia de una manera global, integradora, manifes-

tándolo en su expresión de sorpresa y alegría. Este “aha” abre para ella una gestalt con brillo: la de poder aceptar a la madre como es y consecuentemente asimilar la madre introyectada. Para ello tendrá que desgarrar, morder, triturar, des-estructurar los introyectos tragados y seguir dirigiendo la agresión retroflectada hacia el exterior, dentro de la situación terapéutica, valiéndose del entorno de seguridad que ésta le ofrece: “Díselo, dile a tu madre que no la aceptas”. Esta des-estructuración de la vieja gestalt de no aceptación, no puede hacerse sin sufrimiento; la cliente para evitarlo utilizará sus mecanismos habituales de interrupción del ajuste creativo, y así podemos observar confluencia –con el introyecto de que no debe juzgar, criticar, etc.– cuando dice: “estoy intentando pensar en las cosas y no me salen... en cierta medida es que se me olvidan”; introyección: “no debería, no tendría que juzgarla”; proyección: al criticar proyectamos en los demás aspectos de nosotros mismos que rechazamos y que alienamos; retroflexión: “yo sufro por ella”; egotismo: en alguna ocasión, cuando el contacto con el entorno, a través de la expresión de la crítica, parece que se va a dar de una manera total, la cliente no acaba de soltarse, no acaba de implicarse del todo.

La terapeuta favorece, a lo largo de la sesión, la expresión de la agresión –manifestada a través de los matices de crítica, reproches, rechazo– lo que permitiría disolver los viejos introyectos y retroflexiones; para ello contribuye a que la cliente amplíe los límites de su campo de consciencia, de su darse cuenta, incrementando el contacto con el material introyectado y retroflectado, y desarrolle las posibilidades de reconstruir una nueva gestalt: “si yo le digo ‘no te acepto’ es como si se me derrumbara el mundo”. Esta nueva gestalt pasa por la aceptación de la tristeza, de la tristeza de la no aceptación, del desamor, y se encamina hacia el amor respetuoso por uno mismo y por los demás que nace de la alegría subyacente propia del conocimiento y aceptación del mundo tal y como es.

BIBLIOGRAFIA

- Fagan, J., and Shepherd, I. **Gestalt therapy now**. New York. Harper and Row, edit., 1971. Traducido al castellano con el título **Teoría y técnica de la terapia gestáltica**. Buenos aires. Amorrortu, edit. 1973.
- Jacks, A. **Historique de la Gestalt-Thérapie**, artículo incluido en el monográfico **Histoire de la Gestalt-Thérapie**, publicado por l’Institut de Gestalt de Bordeaux.
- Latner, J. **El libro de la terapia Gestalt**, México. Diana edit. 1978.
- Perls, F. S. **Ego, hunger and aggression**, New York, Random House edit. 1969. Traducido al castellano con el título **Yo, hambre y agresión**, México, Fondo de Cultura Económica, 1975.
- Perls, F. S.; Hefferline, R. F., and Goodman, P. **Gestalt Therapy: excitement and growth in the human personality**, New York, 1951. London, 1976.
- Perls, F. S. **The Gestalt approach and eye witness to therapy**, New York, Bantam edit. 1976. Traducido al castellano con el título **El enfoque gestáltico. Testimonios de terapia**, Santiago de Chile.
- Perls, F. S. **Gestalt therapy verbatim**, New York, Bantam edit. 1969. Traducido al castellano con el título **Sueños y existencia**, Santiago de Chile, Cuatro Vientos edit. 1974.

Petit, M. **La terapia Gestalt**, Barcelona, Cairós edit. 1987.

Polster, E., and Polster, M. **Gestalt therapy integrated**, New York, Vintage Books edit. 1974. Traducido al castellano con el título **Terapia Gestáltica**, Buenos Aires, Amorrortu edit. 1985.

Robine, J. M. **Formes pour la Gestalt-Thérapie**, colección de artículos impresos por l'Institut de Gestalt de Bordeaux, 1989. Traducido al castellano con el título **Formas para la Gestalt-Terapia**, impreso por el centro de Gestalt terapia de Valencia.

Van de Reit, V. D.; Korb, M. P., and Gorrell, J. J. **Gestalt therapy: an introduction**, New York, Pergamon edit. 1980.

LA ORGONTERAPIA CARACTEROANALÍTICA
DESDE UNA PERSPECTIVA POST-REICHIANA

Xavier Serrano Hortelano

“LA ORGONTERAPIA CARACTEROANALÍTICA DESDE UNA PERSPECTIVA POST-REICHIANA”

Autor: Xavier Serrano Hortelano

- Psicólogo clínico, PV-141. Psicoterapeuta.
- Orgonoterapeuta Didacta y Trainer de Vegetoterapia caracteroanalítica de la Scuola Europea di Orgonomía (S.E.Or.).
- Director y Didacta de la Escuela Española de Terapia Reichiana (Es. Te. R.).
- Director de la revista semestral “Energía, Carácter y Sociedad”.

INDICE:

- A) Aproximación histórica.
- B) Parámetros teóricos fundamentales.
- C) Praxis clínica.
- D) Anexo, 1: “Sistemática de la vegetoterapia caracteroanalítica de grupo”
- E) Anexo, 2: “Dos casos de Anorexia nerviosa como ejemplo de la forma de abordaje con la orgonoterapia caracteroanalítica”.
- F) Bibliografía básica.

A) APROXIMACIÓN HISTÓRICA

El doctor Wilhelm Reich (1897-1957), Ex-psicoanalista Didacta, pionero de la sexología, de la psiquiatría social y de la medicina psicosomática, desarrolló a lo largo de su vida una labor clínica específica distanciándose de la ortodoxia analítica freudiana. Definiéndola progresivamente como economía sexual, vegetoterapia caracteroanalítica, para finalmente denominarla orgonoterapia caracteroanalítica (1945).

La metodología clínica de la orgonoterapia se inicia con Reich partiendo del psicoanálisis, y -en la “acepción freudiana”- se ha construido desde una práctica clínica. Reich no partió de un paradigma, sino que lo fue creando de lo que escuchaba de sus pacientes, es decir, creó los presupuestos de la nueva disciplina mientras la estaba desarrollando, para dar respuestas a los problemas técnicos que dificultaban el proceso terapéutico y para que los límites de la propia técnica no impidieran que se beneficiasen del proceso sujetos que en base a su diagnóstico se excluían del psicoanálisis. Con esta posición, a partir de la lógica de la investigación misma efectuada con un rigor científ-

fico admirable, se abre una posibilidad de acceso metodológico a la dimensión de la "subjetividad" del sujeto, dimensión oculta por el empirismo-experimentalismo de las ciencias positivas que se centran exclusivamente en la dimensión objetiva del sujeto.

Reich, desde su posición de responsable didacta en Viena, contribuyó a la construcción del corpus técnico del movimiento psicoanalítico, aportando especialmente, "El Análisis del Carácter" (1933), como metodología técnica de análisis de las "resistencias caracterológicas" que se producen en la transferencia (transferencia de resistencias de Ana Freud) y que puedan dar lugar a la denominación "reacción terapéutica negativa", al no tenerse en cuenta la "transferencia negativa latente". Reich introdujo el trabajo con el "cuerpo real" del sujeto como vía de acceso al inconsciente, a diferencia de los psicoanalistas que sólo trabajan el cuerpo como representación o contenido ideacional (cuerpo imaginario). Reich encontró en el sistema nervioso neurovegetativo el sustrato somático de la instancia del ello psicoanalítico. La articulación del inconsciente no es debida al efecto de la represión de la representación sino al de la represión al efecto. En su última etapa el descubrimiento de la energía orgónica llevó a Reich a incluirla en los procesos terapéuticos, con unas indicaciones diferentes en base al diagnóstico diferencial de la estructura del sujeto analizado y al momento del proceso". (García, 1990).

Así, junto a sus aportaciones a la teoría y técnica analítica y su introducción del concepto de "Potencia Orgástica" en 1927, que modificó las bases de la naciente sexología, fue introduciendo paulatinamente variables neurovegetativas y del cuerpo somático y energético en el análisis del psiquismo. Siendo en unos experimentos realizados en 1939 en Noruega sobre "el potencial bioeléctrico de la piel en los fenómenos del placer y la angustia" y la observación del movimiento interno de la sustancia viva, donde descubrió una nueva radiación que definió como orgónica. A partir del descubrimiento de algunas de sus leyes básicas, la identificó como la energía vital, siendo la energía sexual su máxima expresión y manifestación regulador de la misma en el organismo vivo, diferenciándola de la energía metabólica.

Esta evolución profesional supuso un cambio estructural en su abordaje clínico al observar como la persona enferma sufre un desequilibrio energético fruto de su incapacidad de adecuada pulsación y regulación producido por la coraza caracteromuscular, por las tensiones crónicas musculares, por la inspiración respiratoria crónica y por la incapacidad de abandono orgástico. Todo esta crea una "Estructura de Carácter" que busca mecanismos de regulación secundarios para mantener un equilibrio dentro del desequilibrio. De ahí que Reich distinguiera entre la "Neurosis Caracterial", en la cual el síntoma es el propio carácter y la "Neurosis Clínica", en la cual los síntomas patológicos son la señal del desbordamiento del "equilibrio" caracterial. Pero no por ello ambos dejan de ser neuróticos, pues ambos limitan la capacidad de placer y de regulación energética del animal humano.

Reich puso los cimientos para el desarrollo de la metodología clínica que definió como Vegetoterapia Caracteroanalítica y junto a las técnicas propiamente energéticas, como el "acumulador de energía orgónica (Or.Ac)" o el "Dor Buster", formaban un todo que describió como Orgoterapia. Tanto en Europa como en Estados Unidos, Reich estuvo rodeado de profesionales que siguieron su trabajo, creándose así el movimiento Post-Reichiano, que tiene vigencia en la actualidad.

Dicho movimiento hay que diferenciarlo del movimiento Neo-Reichiano, al cual

pertenece diversas técnicas o terapéuticas psico-corporales, como el análisis bioenergético de A. Lowen, la core-energética de Pierrakos, el rolfing de I. Rolf, el grito primal de A. Janov, la biosíntesis de A. Boadella ... El Neo-Reichianismo si bien retoma elementos técnicos del trabajo de Wilhelm Reich se aparta de su praxis y de sus conceptos básicos, como son su visión Biosicosocial; el concepto de orgón; de orgasmo; el funcionalismo orgonómico, creando sus propias teorías.

Al interior del movimiento Post-Reichiano se encuentra la Escuela Europea de Organomía (S.E.Or.) fundada por Federico Navarro, neuropsiquiatra italiano, bajo el auspicio y formación de Ola Raknes, colaborador directo de W. Reich. En nuestro Estado existe la Escuela Española de Terapia Reichiana (Es. Te. R.).

Nuestra Escuela, al interior del movimiento Post-Reichiano, contempla el discurso de W. Reich como un paradigma multidisciplinario y como tal, abierto y en continua evolución, desarrollando su praxis a tres niveles fundamentales:

- El clínico.
- El de la investigación.
- El de la acción social, cultural, formativa y de profilaxis de la enfermedad.

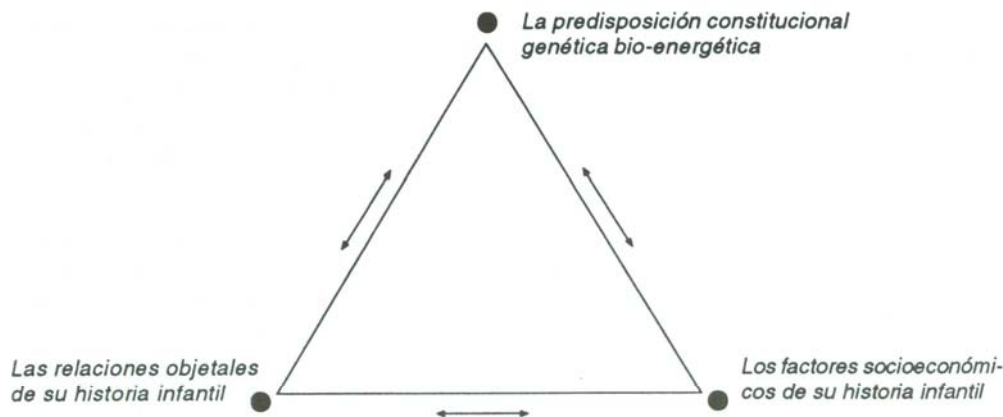
Dentro del campo clínico, la S.E.Or.-Es.Te.R. ha aportado elementos que han enriquecido el trabajo de W. Reich y el de sus colaboradores históricos, entre ellos, destacan la estructuración de una metodología clínica, que permite utilizar, en base al diagnóstico diferencial estructural (D.I.D.E)* la Vegetoterapia caracteranalítica,** vinculando las bases neurofisiológicas y neuromusculares con la historia individual de la persona, respetando su ritmo y trabajando con el cuerpo; así como la incorporación de la vegetoterapia de grupo*** que favorece el desarrollo de la terapéutica individual y, finalmente, el proyecto de sistematización y aplicación clínica individualizado de la vegetoterapia con técnicas energéticas específicas, como el acumulador de energía orgónica (Or.Ac), el Dor Buster, la audiosicofonología, las pruebas de sangre **** todo ello realizado en un equipo de salud pluridisciplinario tomando como marco teórico el "funcionalismo orgonómico de W. Reich.

B) PARÁMETROS TEÓRICOS FUNDAMENTALES

El organismo vivo contiene energía orgónica en cada una de sus células y como consecuencia del potencial entre la carga tisular y la energía externa al organismo, le rodea un campo orgonómico cuyo alcance varía según la motilidad vegetativa del individuo y que Reich visualizó mucho antes que lo hiciera el matrimonio Kyrlian y que definieron como aura.

La Organomía parte de una concepción bio-psicosocial de la persona y de la enfermedad y la salud, teniendo en su punto de mira tres factores, interrelacionados como en un triángulo:

* (Ver X. Serrano, 1990)
** (Ver F. Navarro, 1990)
*** (Ver X. Serrano, 1990)
**** (Ver M. Redón, M. García, 1990)



La salud consistirá en la capacidad de integrar todas las funciones corporales en un sistema unitario y, en cuanto que es la pulsación bio-energética (contracción-expansión) protoplasmática lo que facilita la vida, va a existir un funcionamiento metabólico energético específico de energía orgón, con un intercambio continuo de la misma. Este metabolismo bioenergético facilita desde el momento de la concepción, el proceso de formación y estructuración de funciones orgánicas en continua relación con el ecosistema. Si no hay disturbio, desarrolla su proceso de estructuración de forma unitaria, de las funciones menos complejas a las más especializadas, (motricidad-lenguaje); bajo una dinámica cefalocaudal de las funciones del primer segmento (telorreceptores) a las funciones del séptimo segmento (bipedestación y sexualidad genital) a través de la maduración de la función sexual, utilizando diversos medios hasta alcanzar la capacidad de abrazo genital (fase oral primitiva, primaria, secundaria, fase genital infantil, fase genital adulta, tal como he descrito en otros artículos). Siendo mediador de esta pulsación biológica plasmática el sistema nervioso autónomo, el sistema diencefálico-hipofisario puente entre el sistema nervioso vegetativo y el sistema nervioso central -con las correlaciones neurohormonales consiguientes-, y conocedores de que es el sistema hipotalámico hipofisario-pineal quien modula el mundo afectivo y emocional, podemos evidenciar la siguiente secuencia:

- El disturbio aparece con la alteración en el metabolismo de orgón que se produce cuando el biosistema en proceso de estructuración y desarrollo siente Miedo (angustia visceral) que es la emoción primaria primitiva -que está en el origen de todos los trastornos- porque su ecosistema (útero-materno - organismo materno - núcleo familiar - núcleo social), o bien por falta de respuesta emocional bioenergética, o por represión de la expansión -consecuencia de la búsqueda de la satisfacción libidinal emocional- no satisface las demandas necesarias, teniendo, según la época del individuo en que se produce, unas consecuencias diferentes.* Esto ocasiona la creación de una coraza defensiva caracteromuscular que se manifiesta, tanto por las tensiones musculares crónicas mantenidas por la influencia del sistema nervioso simpático para contener la angustia y las emociones reprimidas -con la consiguiente pérdida de "contacto" con los propios

* (Ver autores actuales como M. Laborit, A. Selye, A.C. Zeeman)

deseos y necesidades- como por las tensiones psicológicas defensivas que se conocen como elementos caracteriales que facilitan la imposición del "rol" sobre la "función". La coraza se va formando -siguiendo la lógica historia- del segmento ocular (ojos, oído, nariz) hacia el segmento pélvico (genitales, piernas), de lo pre-édipico a lo edípico. Esta coraza caracteromuscular ocasiona, con el tiempo o por determinadas circunstancias, -según la Estructura de Carácter de la persona- enfermedades, síntomas, dolencias, que se manifiestan tanto a niveles psíquicos como en manifestaciones somática.

No puede darse un estado de salud completo en una sociedad antisexual, represora y desconocedora de las necesidades reales del embrión, del feto, del neonato, del niño o de la niña, del adolescente y por tanto, la enfermedad -que es ese estado crónico de las personas que vivimos en esa sociedad- será lo habitual, si bien, en momentos, no se manifiesta en forma de síntoma aunque sí en forma de sensación de vacío existencial, de insatisfacción caracterial e incapacidad de placer; una eficaz labor para evitar ese estado de cosas es la dedicación a la profilaxis infantil y la información y la toma de contacto de la persona adulta con la realidad y con el funcionamiento de los procesos libres de la natura, en conexión con esta labor preventiva. En nuestra labor clínica, al trabajar con la función viva en sí misma, con el núcleo protoplasmático, con la profundidad biológica, tenemos que seguir una metodología adecuada que permita realmente favorecer al individuo y no disturbar más su precario equilibrio. Porque en el fondo, toda enfermedad es un equilibrio basado en la huida de un desequilibrio todavía mayor. Por eso la visión mecanicista de anular focalmente el síntoma es, en ocasiones, nociva. Porque al no partir de una concepción holística, la evitación de un eccema puede provocar un asma, por ejemplo. Tampoco somos partidarios de atacar directamente la coraza caracteromuscular o de provocar violencia en el sujeto forzando su ritmo biológico con hiperventilaciones fortuitas en pro de no sabemos qué experiencias vivenciales, siendo de nuevo el sujeto agredido por algo externo que viene de fuera. Como observamos en otras sicoterapias corporales. La Orgonterapia busca el cambio desde dentro, desde el núcleo; **por ello se parte de dos premisas básicas:**

1. Al trabajar con el campo energético, con el cuerpo como vibración energética con funciones sicosomáticas, si la capacidad perceptiva del terapeuta está limitada por su propia coraza caracteromuscular, no podrá contactar con los movimientos expresivos, con el significado real de lo que muestra ese cuerpo, esos gestos, esos sonidos, ese aura ... Por eso, durante el training, el candidato debe realizar una orgonterapia (vegetoterapia) personal que le permita recuperar su capacidad perceptiva y la posibilidad de receptividad a través de su campo energético (empatía), en cuanto que es éste el instrumento por el cual, a través de la respuesta protoplasmática, reaccionan los telorreceptores teniendo una respuesta sensitiva. Como vemos, esta visión es evidente en la clínica y cada vez se tiene más en cuenta en el "Nuevo paradigma". En el fondo supone el cuestionamiento de la importancia que tiene el experimentador para el resultado del experimento, que desde hace años maneja la física cuántica.

2. Es necesario en el trabajo con la Orgonterapia, abordar la enfermedad desde una óptica multidisciplinaria que se concreta en los equipos funcionales interdisciplinarios, donde diversos especialistas con una base teórica y metodológica común, unifican esfuerzos para una acción unitaria.

C) PRAXIS CLÍNICA

A partir de estas premisas, con la praxis de la Orgonterapia caracteroanalítica desde la perspectiva Post-Reichiana, nuestros objetivos son: el desbloqueo de los siete segmentos de la coraza caracteromuscular, recuperar el equilibrio del sistema nervioso vegetativo, la libre capacidad de pulsación y circulación bioenergética y la potencia orgástica, señal de que existe un carácter flexible y armónico en contacto con la natura y con capacidad de autorregulación. Carácter definido por Reich como Genital. Y con ello buscamos conducir al organismo a la integración unitaria de las funciones múltiples, rompiendo así la división psique-soma, la separación entre cultura y natura. Todos estos objetivos están al interior de una realidad social que condiciona y marca unos límites.

Para acercarnos lo más posible a la consecución de estos logros, abordamos al paciente o la paciente en terapia o análisis individual (al cabo de unos meses acompañado de terapia de grupo), con una metodología y una sistemática que respaldará coherentemente las diversas herramientas que utilizamos según el diagnóstico diferencial-estructural de cada paciente. Este nos permite, fundamentalmente, saber qué estructura biofísica energética tiene esa persona. Lo que nos indicará la lógica de su carácter, de su forma de percibir el mundo, de amar, de odiar, de vivir el sexo y la lógica de sus síntomas, diferenciando la Estructura de carácter neurótica, la Estructura de carácter borderline y la Estructura psicótica.

D) DIFERENCIAL ESTRUCTURAL

A partir del D.I.D.E. (Diagnóstico Estructural), continúa la relación terapéutica en un espacio donde con el "diván reichiano" facilitamos el "Vínculo" o "Neurosis Transferencial", según los casos y la persona reactualiza su historia infantil integrándola con su realidad presente, y su cambiante percepción del mundo en constante interacción con el o la terapeuta. Esto va acompañado de respuestas emocionales espontáneas (abreacciones), expresión de sus afectos infantiles bloqueados, los cuales -respetando siempre el ritmo individual- se experimentan a través de la realización de ciertos "actings" o ejercicios neuromusculares que se van realizando a lo largo de los siete segmentos de la coraza muscular, entendiendo por segmento corporal la suma de músculos que tienen una función específica, a saber: Segmento ocular, oral, cervical, torácico, diafragmático, abdominal y pélvico.

Estos movimientos neuromusculares se realizan durante un tiempo concreto, favoreciendo la asociación libre a partir de los recuerdos e imágenes surgidas, junto a la experiencia emocional. El bloqueo de un segmento mantiene una lógica histórica determinada. Así observamos que:

El primer segmento muscular comprende los telerreceptores, es decir, ojos, oídos, nariz -que hace de puente con el segmento oral-, y la piel en general, siendo por tanto donde se producen los mecanismos perceptivos en vinculación con el diafragma, el núcleo existencial y la correlación entre los tres encéfalos, a saber, cerebro cortical, límbico y visceral (siguiendo el esquema de Maclean). Es el más primitivo junto con el

diafragma, y empieza a hacerse notar a partir de los fenómenos traumáticos producidos durante la vida intrauterina, fetal, el parto y los primeros días de vida.

En continua interrelación con el primero, está el segundo segmento (boca, labios, lengua, órganos de fonación, base occipital), vinculado a la fase oral, con una fuerte conexión con la pelvis, en cuanto segmento sexual por autonomasia. Se tensiona y estructura fundamentalmente durante los dos primeros años de vida.

El tercer segmento, el cuello, con su musculatura, puente entre la boca y el tórax, es para F. Navarro, el bloqueo clásico en esta sociedad, base del factor narcisista y de control, de primer censor o autocontrol, cuna de la ambivalencia por lo que está tan vinculado al tórax. Tiene su origen durante la etapa anal, y como reactividad a la insatisfacción y frustración de la fase oral, desde el primero al tercer año de vida.

El cuarto segmento es el torácico, que agrupa toda la musculatura vinculada al pecho anterior y posterior, puente entre el cervical y el diafragmático y base de la ambivalencia en conexión con el masoquismo. Se inhibe la respiración torácica como forma de autocontrol y por tanto de evitación del castigo si se abandona a sus impulsos. Tiene su origen alrededor del segundo año y se va estructurando el tercero en adelante vinculado a los fenómenos de contacto con el propio cuerpo, con el mundo y con el Otro.

El quinto segmento o diafragmático, es el núcleo vital y más importante, pues es el canalizador de la pulsación vital de la circulación energética al regular los fenómenos principales neurovegetativos y estar vinculado a los principales órganos vitales, así como ser regulador de la respiración. Si hay bloqueo es hiperorgonótico (exceso de carga energética) se remonta al momento edípico, y a toda la angustia de castración, alrededor de los tres a cinco años y se estructura en la adolescencia.

El sexto segmento o abdominal constituye el puente entre el diafragma y la pelvis siendo fundamentalmente un evitador de las sensaciones pélvicas - genitales.

El séptimo segmento o pélvico aglutina toda la musculatura de la pelvis, así como las piernas y los pies, con todo el problema de asentamiento y arraigamiento al suelo, vinculado al tema de la propia identidad sexual y a la capacidad de definición o seguridad ontológica. Es donde facilita la descarga energética y por tanto el ciclo vital, a través de la función o "abrazo genital" en el orgasmo. Base del placer, la tensión y el bloqueo hacen su aparición en el momento edípico, (masturbación, juegos sexuales), y se estructura en la adolescencia al estar negada dicha capacidad de placer y para evitar la angustia consiguiente.

Al mismo tiempo hay un desplazamiento de estos afectos a la figura del o la terapeuta, lo cual va permitiendo la elaboración analítica y por tanto la evolución del proceso. Con la reactivación y la abreacción emocional (miedo, tristeza, rabia...) junto al empleo de técnicas orgonómicas específicas, se facilita la circulación energética, y con el asentamiento de la experiencia a través de la elaboración verbal, la transformación psíquica. Y así, a lo largo de los siete segmentos con una secuencia histórica ordenada desde el segmento ocular al pélvico, que es lo que permite el desarrollo y la evolución del análisis de forma adecuada. De lo pre-genital a lo genital; de lo prenatal, pasando por lo neonatal, a lo edípico. Del segmento ocular al segmento pélvico.

Contando con un diagnóstico y unas herramientas clínicas precisas:

I) Medios de diagnóstico diferencial estructural (D.I.D.E.) pluridisciplinario

a) **Anamnesis** del paciente con una dinámica interrelacional, aproximándonos al conocimiento del “cómo” de las relaciones objetales en la biografía del paciente, los factores constitucionales y actuales que perturban su dinámica pulsatoria biológica. Sin una consecuencia ordenada en las preguntas y “estando” con el paciente, para favorecer desde el primer encuentro la RELACIÓN TERAPÉUTICA como cosa de dos con sus funciones y no “sujeto” y “objeto”.

b) **Masaje Reichiano** para localizar las tensiones musculares crónicas, defensivas y reactivas, que estructuran la coraza caracterial, teniendo presente la diferencia entre tensión crónica y bloqueo muscular, pues este supone la anulación casi completa de la función de dicho segmento. Así como las diferencias de temperatura, color de la piel, tono general, etc., que nos acercan a un pronóstico neurovegetativo. Incluyendo asimismo la percepción del cuerpo aúrico o del campo energético.

c) **La propia respuesta energética, emocional y neurovegetativa del organoterapeuta** ante el paciente, es decir, lo que en términos psicoanalíticos se conoce como Contratrtransferencia, llevándolo al terreno de la empatía energética o “contacto orgonómico”. (Konia, 1982).

d) **Pruebas de sangre de W. Reich “T”** para comprobar la capacidad pulsatoria de la célula, el tiempo de desintegración biónica y su predisposición degenerativa.

e) En casos necesarios utilizamos **test proyectivos**, el “Test de Escucha” y **las respuestas del paciente en el uso del acumulador de energía orgónica** ú Or. Ac. Así como la realización de ciertos ejercicios o “actings” **funcionales** para ver la alteración de una función en particular (respuesta oral, narcisista, capacidad de agresión...).

Todas estas herramientas de Diagnóstico tienen una finalidad diferencial inicial: comprender la **Estructura global** del paciente en tres posibles modalidades que marcan **diferencias epistemológicas** y de pronóstico terapéutico sustanciales, a saber: **Estructura Sicótica, Estructura de Carácter Borderline y Estructura de Carácter Neurótica**.

La Estructura Sicótica se caracterizará por un bajo nivel de absorción energética y de capacidad pulsátil con una baja densidad orgonótica. Una hiporrespiración y un tono muscular inmaduro con un bloqueo principal ocular y bloqueo primitivo diafragmático, ambos hipoorgonóticos* como describe el Dr. Navarro a partir de los postulados de W. Reich. En el aparato psíquico, una clara sensación de “yo” escindido (Laing), de tener conciencia de sí a partir de la referencia del otro, con una patente necesidad de crear ambientes mimético-referenciales con los que poder suplir esa carencia energética nuclear fruto de un miedo intrauterino y fetal fundamental en base a una madre hipoorgonótica, y un padre “presente-ausente” como marco referencial general, sin carácter estructurado.

La Estructura de Carácter Borderline con una “hiperorgonia disorgonótica -mala distribución de la energía que se encuentra en exceso en ciertas zonas musculares creando una fuerte situación de D.O.R. (Deadly Orgone Energy) o energía letal-. Fuerte

* Bajo nivel de carga ENERGÉTICA y de pulsación vital. Debilidad nuclear.

bloqueo ocular hiperorgonóticos** y oral hiper, o hipo (núcleo depresivo psicótico) y tensión generalizada con aparente estructuración caracterial pero que oculta un núcleo depresivo importante que se plasmará en síntomas de depresión orgánica o en crisis depresivas ante la pérdida del punto referencial con el que mantiene una relación afectiva vinculante fruto del desplazamiento del objeto primitivo materno a esta figura actual. Según la cobertura caracterial desarrollada en base a la estructura familiar concreta, la apariencia será diferente, pero siempre existe una fuerte falta de contacto con sus necesidades, un fuerte miedo al porvenir, una hiperactividad para no "sentirse-con-él-mismo" y fuertes elementos de relación cosificante con el otro. Todo ello consecuencia del miedo neonatal como fijación inicial y prevalente, con el consiguiente vacío existencial pero con una fuerte carga de rabia y una base simpaticotónica.

La Estructura de Carácter Neurótica, con una estructuración de la coraza, pero con una rigidez mantenida en base a determinadas zonas de mayor tensión, sobre todo cuello-diafragma y pelvis provocan una situación energética de mala distribución funcional o segmentos más bloqueados. El momento de prevalencia patógena se da con mayor fuerza en la dinámica edípica familiar, con fuertes conflictos de identificación con la autoridad y de sometimiento a la misma, donde el elemento fálico-genital condiciona cualquier actividad. Podemos observar fundamentalmente los siguientes caracteres; masoquista; paranoide; narcisista; fálico-narcisista e histérico. La formación del carácter se desarrolla en la fase del desarrollo del psiquismo desde el año hasta los seis años aproximadamente, pero con una marcada influencia de la dinámica vivida a nivel biofísico durante la vida intrauterina y la fase oral primaria. Pero la situación de miedo y de contracción en este primer periodo nunca habrá sido decisiva en esta estructura, siendo el momento edípico el que gestará la estructuración definitiva del carácter.

En base al diagnóstico diferencial de estas estructuras, la actuación terapéutica será diversa, aunque se utilice dentro de la misma óptica teórica y de la misma metodología. Así por ejemplo, con la Estructura Sicótica insistiremos en elementos que faciliten la carga del núcleo: Acumulador de energía orgónica, Audiosicofonología y Vegetoterapia con una actuación del terapeuta que facilite el vínculo intrauterino. Y con la Estructura de Carácter Neurótica trabajaremos con la Auriculoterapia, la dieta y la Vegetoterapia, insistiendo en el análisis de las resistencias y del carácter tomando como referencia las bases técnicas sicoanalíticas implícitas en la vegetoterapia y el trabajo ordenado de desbloqueo de los siete segmentos.

II) Herramientas terapéuticas

1. Vegetoterapia caracterioanalítica

a) Espacio Terapéutico: El lugar donde se realiza el proceso terapéutico pasa a tener un significado, inconsciente para el paciente, muy importante, teniendo en cuenta que en este espacio, no sólo está la "decoración mobiliaria" sino **también el terapeuta**. Es a partir de la posibilidad progresiva de la creación de una "relación terapéutica"- "dicotónica y funcional", que el paciente va a estar activamente receptivo

** Excesiva tensión superficial reactiva.

a los medios técnicos que el terapeuta le posibilite, siendo la propia relación, en cuanto "ESTAR" de dos campos energéticos, un medio transformador, teniendo presente el terapeuta la estructura del paciente y conociendo y elaborando analíticamente el "contrato terapéutico", la "alianza terapéutica", la "neurosis de transferencia", la "psicosis de transferencia" o "vínculo transferencial" -como yo prefiero llamarla- y la "contratransferencia"; y es en el interior de la relación terapéutico-analítica en sesiones individuales donde el paciente permanece tumbado en un diván a la vista del terapeuta **combinándolo con sesiones de grupo mixtos y coterapéuticos***, como el orgo-terapeuta -respetando en todo momento el ritmo biológico del paciente y asumiendo su función profesional deontológica-, empleará los medios adecuados para cada caso en particular.

b) Empleo sistemático de los "Actings" a lo largo de los siete segmentos:

Siguiendo a Reich cuando escribía: "La disposición segmentada en el acorazado, es la manifestación de la rigidez de partes concretas en el espacio de la Onda... Al proceder a disolver la coraza se procede siempre partiendo de la extremidad de la punta o cabeza, continuando hacia la extremidad de la cola o pelvis, desarrollándose en el propio sentido bioenergético". Y aplicando la sistemática realizada por F. Navarro, empleamos "Actings" o movimientos neuromusculares que tienen una funcionalidad neurovegetativa e histórica en los siete segmentos descritos de la coraza caracteromuscular. La memoria muscular retiene el impacto emocional. Según el momento histórico de dicho impacto se fijará en el segmento cuya funcionalidad histórica prevalezca (así la frustración o carencia oral-segmento oral...).

Con estos movimientos que favorecen la emergencia del material y favorecen la "libre asociación", respetamos el ritmo biológico del paciente al seguir una lógica neurofisiológica que favorece la aparición ordenada de los afectos desde la vida intrauterina hasta la fase genital, contando siempre con las particularidades de cada individuo y con el aquí y ahora del mismo. Así la manipulación corporal sobre el cuerpo del sujeto es mínima y se realiza sólo en ciertos momentos como forma de contacto o de ayuda a la expresión de una emoción ya manifiesta. A nosotros nos interesa facilitar el libre movimiento plasmático y a partir de la reproducción de los "Actings", que supone trabajar con el sujeto y no sobre el sujeto, obtendremos la siguiente ecuación: Movimiento muscular emocional, estimulación del campo energético, córtex, formación reticular, tálamo, hipotálamo, centros vegetativos, movimiento expresivo vagotónico, hiperrespiración espontánea, aparición del recuerdo olvidado, vivencia del recuerdo conocido o abreacción emocional espontánea pero consciente, desde dentro del biosistema hacia fuera, inundando todo el cuerpo y conectando la experiencia histórica con el aquí y ahora en el espacio terapéutico. Es esta abreacción terapéutica emocional y ordenada la que va permitiendo la movilización energética, cambiando la lógica que mantiene la tensión muscular con las consiguientes repercusiones positivas neurovegetativas y neurohormonales. Facilitando la recuperación de la respiración completa, base fisiológica de la pulsación celular.

Así, por ejemplo, en el primer segmento indicamos al sujeto que siga atentamente y activamente el movimiento de una linternita de bolsillo que el terapeuta sitúa detrás, a la altura de los ojos del paciente. Mirar la luz fija permite la reproducción de una acción que en el período postnatal fue decisiva: la exploración focalizada del objeto en el

* Ver anexo 1.

proceso de diferenciación del objeto parcial al total, y el pasaje del yo al no-yo. Además estamos estimulando directamente la glándula pineal, inhibiendo la producción de vasitocina y melatonina cuyo predominio se observa en las alucinaciones esquizofrénicas. Por otra parte hacemos un trabajo neuromuscular al participar activamente el paciente en la focalización (músculos oculares). Este "acting" -que es el más simple- sigue una secuencia que continúa hasta la reproducción del acting más complejo, tal como ocurre en la formación y estructuración de funciones organísmicas. Así el más complejo es el acting de la "Medusa" donde participa todo el cuerpo, y que reproduce la expresión de abandono al placer sexual con un movimiento respiratorio acompañado de vocalización. En el segmento oral indicaremos al paciente, entre otros actings, la reproducción del gesto de succión que en la fase oral tuvo una función afectivo-sexual básica. En el segmento torácico le indicaremos al paciente que verbalice la palabra YO acompañada del gesto de bajar los brazos rectos contra el diván, reproduciendo una función autoafirmativa. Y así sucesivamente. Estos movimientos se desarrollan a lo largo del trabajo de los siete segmentos. Pero denotando una fuerte interrelación entre los anillos de la coraza, pues en el fondo quien se retrae, quien se contrae es la función plasmática, es decir, el núcleo del biosistema y por tanto todas las funciones se ven más o menos alteradas.

c) Integración verbal y elaboración analítica: A partir del uso del "acting", la rabia, la tristeza, el anhelo, la nostalgia, la envidia, el calor, el frío, el miedo vivido durante el tiempo del mismo, se verbalizan con el o la terapeuta, realizándose el trabajo analítico tomando como referencia la forma en que se ha realizado el acting (forma como expresión individual ligada al carácter), las asociaciones obtenidas a partir del mismo, la forma respiratoria y las sensaciones en el paciente en resistencias características. Todo ello permite integrar adecuadamente la experiencia y situar al paciente en el aquí y ahora. Teniendo también muy presente las manifestaciones de su vida actual a todos los niveles, incluido lo onírico.

2. Técnicas energéticas orgonómicas

Siempre dentro de la necesidad individual del paciente, en base a su diagnóstico y como técnicas de aplicación puntual y focal, empleamos:

a) **El Or. Ac.**, acumulador de energía orgónica: A partir de la ley observable de que el material orgánico acumula energía orgónica y que el material inorgánico lo atrae y lo repele, el acumulador es un habitáculo construido con capas de materia orgánica e inorgánica en forma de cubo, donde se sienta el paciente rozando las paredes internas del acumulador. -Al haber mayor carga que en el exterior se produce un potencial orgonómico entre el campo energético del paciente y el del aparato, secuestrando energía el organismo más cargado -el cuerpo vivo- y obteniendo un efecto parasimpaticotónico general que le facilita el aumento de carga y la movilización de la energía letal. Cada paciente necesita un tiempo de estancia, según también el momento de la terapia en que se encuentra.

b) **El Dor Buster:** Es un aparato construido con tubos de materia inorgánica que terminan en el agua y que permiten la metabolización de la energía letal o D.O.R. (Deadly Orgone Energy) elemento fundamental en los procesos biopáticos*. Se utiliza en las biopatías hipercargadas.

c) Junto a estas técnicas propias de la Orgonomía, aplicaremos en aquellos casos que lo creamos necesario, sobre todo en el abordaje de crisis agudas y procesos biopáticos degenerativos y según el diagnóstico, aquellas que proviniendo de otras corrientes sicoterapéuticas o médicas puedan favorecer el bienestar integral y unitario del paciente. Fundamentalmente la Audiosicofonología del Dr. Tomattis, la dieta individualizada, la acupuntura, los oligoelementos... Pero siempre al interior de la sistemática orgonterapéutica.

Como Orgonterapeutas, es decir como profesionales de la Salud que empleamos unas herramientas técnicas reichianas buscando el bienestar de la persona, no podemos olvidar los límites sociales y culturales que marcan el estigma y la impronta caracterial que limita la potencialidad individual de su (de nuestra) capacidad de placer, de expansión de creatividad, de crecimiento. Es por ello que en nuestro trabajo clínico, comprometido con el momento actual, somos sujetos de cambio, **al facilitar unos medios** que ponen a la persona en contacto con su realidad y con la realidad que le circunda siendo más consciente de aquello que le ha llevado a enfermar, de aquello que limita su alegría de vivir, de aquello que le aboca el vacío existencial, por tanto de los elementos sociales, educativos, culturales, económicos que limitan nuestra existencia produciendo en la persona una tendencia a la resignación, a la depresión enmascarada, fruto de esta insatisfacción. Pero tengamos en cuenta que la responsabilidad de nuestro trabajo es tal, que pensamos **debe de ir** acompañada de una continua revisión personal, de un permanente reciclaje didáctico, de una labor de crítica de equipo constructiva y reflexiva y de la aceptación y cumplimiento del Código Deontológico*. Elementos todos ellos que facilitan una tranquilidad a la persona que se abandona en nuestro diván porque le da una mínima garantía de que buscamos su bienestar, no la satisfacción de intereses o necesidades individuales no conscientes o camufladas bajo discursos ideológicos.

Conscientes, por otra parte, de los límites sociales, sabemos que en la consecución de los objetivos terapéuticos esto se va a reflejar buscando alcanzar lo posible en cada persona, tomando como referencia los objetivos de Salud desde la óptica Reichiana. De ahí la importancia que para nosotros tiene la profilaxis y el trabajo preventivo de la patología emocional desde la vida intrauterina.

La Orgonterapia aborda con eficacia, en principio, los principales disturbios síquicos, como los estados depresivos, las fobias, las crisis de angustia, los trastornos sexo-genitales, los estados sicóticos, y los disturbios sicosomáticos o somatosíquicos funcionales, definidos por Reich como Biopatías, como la hipertensión, las úlceras, el asma, el cáncer... Así como en general, las Neurosis caracteriales o situaciones normalizadas donde la persona puede encontrar al finalizar el proceso un conocimiento de sus propios procesos sicocorporales, un "contacto" consigo mismo y con el exterior, la alegría de vivir y la posibilidad de vivir una mayor capacidad de placer a todos los niveles, así como la fuerza necesaria para buscar las fuentes del mismo. Teniendo en cuenta la situación particular, el proceso puede durar desde unos meses, -en el caso de un abordaje focal desde la óptica de la sicoterapia reichiana que he redefinido como

* Biopatía: Enfermedad sin causas determinadas ni localizadas que va afectando a todo el biosistema, progresivamente, o dañando nuclearmente un subsistema orgánico: úlcera, hipertensión, cáncer...

* Elementos todos ellos que motivan la existencia y el mantenimiento de instituciones como nuestra Escuela.

“Psicoterapia breve de orientación caracterounalítica” (P.B.C.)*, con unos objetivos más puntuales y recomendando en espacios terapéuticos con una limitación infraestructural, hasta dos, tres, cinco años desde la óptica de la Orgonterapia estricto senso, teniendo de 1 a 3 sesiones semanales.

“Cuando al principio de este último párrafo escribía, “en principio” -me refería a la evolución del proceso no sólo depende de la metodología técnica que se emplee, sino de otros factores, que paso a describir, y mediante lo cual me aproximo a ciertos parámetros de la teoría cognitiva y sistemática, pero que se contemplan desde la óptica del funcionalismo orgonómico post-reichiano. La suma de todos estos factores dará como resultado un desarrollo terapéutico u otro. Son elementos, por tanto, fundamentales para tener en cuenta en el diagnóstico-pronóstico para favorecer que confluyan positivamente los más posibles, consiguiendo así los objetivos de la metodología, en este caso de la Orgonterapia caracterounalítica.



VARIABLES A TENER EN CUENTA PARA CONTEMPLAR EL RESULTADO FINAL DE LA ORGONTERAPIA Y A TENER PRESENTE PROFILÁCTICAMENTE EN EL TIEMPO DE DIAGNÓSTICO-INICIO DEL ANÁLISIS

* Ver X. Serrano (1992).

ANEXO 1

“SISTEMÁTICA DE LA VEGETOTERAPIA CARACTEROANALÍTICA DE GRUPO”

A) APROXIMACIÓN HISTÓRICA

W. Reich en su trabajo clínico no utilizó el grupo. Tampoco hizo mención de esta modalidad terapéutica en sus escritos, si bien es cierto que la terapia de grupo comienza a conocerse y extenderse en EEUU por los años 50, década en la que Reich estaba centrado fundamentalmente en su trabajo de profilaxis y de investigación orgonómica (1).

Posteriormente, con la “explosión” del movimiento de “psicología humanista y del potencial humano” de California y tomando como referencia a Esalen y otros centros donde se trabajaba en grupo, combinando la palabra con técnicas de catarsis emocional, masajes, juegos relacionales... se extiende esta modalidad terapéutica como alternativa a los grupos de corte psicoanalítico y psicodinámico donde se empleaba la palabra como única modalidad analítica. Lowen y Pierrakos comienzan a desarrollar el análisis bioenergético y de ahí surge la denominada por Pierrakos, posteriormente, Core-energética. Donde se trabaja fundamentalmente en grupos con frecuencia bastante masivos y sin llevar los asistentes una relación terapéutica individual la mayoría de las veces. Buscando sobre todo la catarsis emocional y la reactualización de episodios históricos semidirigidos por el monitor y facilitado por el ambiente grupal como medio de expresión. Con este objetivo se emplean técnicas de respiración e hiperventilación dirigidas, con “psicodramas” directos y dirigidos descargando emociones hacia figuras parentales y con la intervención principalmente sobre los segmentos diafragmático-torácico y pélvico. Sin una sistemática cefalo-caudal, estimulando el estrés muscular y sin una integración analítica verbal adecuada de lo vivido. Insistiendo más en la rabia y la tristeza que en el contacto con la emoción primitiva, el miedo. Progresivamente, en la década de los 70 aumentan en los Estados Unidos, Europa e incluso Japón este tipo de experiencias catárticas, que muchos terapeutas fusionarán después con técnicas de Renacimiento (hiperventilación forzada y dirigida); ensueños dirigidos y otras técnicas gestálticas; danzas chamánicas y sufís, cruzar el fuego... y todo un sinfín de “actividades” que parecen más estar encaminadas a ocupar las funciones de una guardería de adultos que a ejercer una actividad terapéutica clínica.

Dentro ya del movimiento post-reichiano, continuando la tesis formulada por W. Reich de que era fundamental facilitar la motilidad y la expresión emocional del cuerpo en la clínica, intentando reactivar este objetivo con más medios, se introduce el trabajo con el grupo teniendo como referencia la experiencia “neoreichiana” en sus orígenes, a la que hemos hecho referencia.

(1) Curiosamente fue Martín Grotjahn, de la misma generación de psicoanalistas que Reich junto con Fenichel Deutsch... uno de los pioneros del “Group analysis” en U.S.A.

Esta labor la han desarrollado -que yo conozca- (2) algunos orgonterapeutas al interior de la Scuola Europea di Orgonomia (S.E.Or.).

Es Piero Borrelli, neuropsiquiatra napolitano, discípulo de Ola Rakne, conocedor por experiencia propia del trabajo de Lowen y miembro fundador de la S.E.Or. quien comienza a trabajar con el grupo como elemento terapéutico, intentando seguir su visión clínica de la vegetoterapia, escribiendo en un artículo: "Debo observar que todas las terapias que no vayan sostenidas por una terapia de grupo corren el riesgo de ser incompletas y de permitir, una buena supervivencia en "soledad", pero difícilmente puede desbloquear completamente la dificultad de la inserción del sujeto con el mundo "hostil". Así, no considero nunca terminada una terapia si el sujeto no participa en un grupo terapéutico... no siendo válida dicha terapia de grupo si no actúa sobre las tensiones musculares reproduciendo emotivamente la primitiva relación frustrante. (Borrelli, 1979).

Conservo un recuerdo de grupo con Piero Borrelli durante la última parte de mi vegetoterapia personal con R. Sassone y durante el tiempo que duró mi análisis de control, que también realicé con P. Borrelli. Fueron, él -en la terminación del control- y mi supervisor didacta Federico Navarro, posteriormente, quienes me animaron a combinar el trabajo de la vegetoterapia individual con la acción agrupal. Comenzando mi primer grupo terapéutico con la vegetoterapia (conociendo lo que eran los grupos de bioenergética y similares, por mi experiencia personal y profesional en tiempos anteriores a mi contacto con la S.E.Or.), cuando se dieron las condiciones infraestructurales necesarias (número de pacientes, momento adecuado del análisis) en 1982. Desde entonces no he dejado de trabajar con grupos. Al principio estando como terapeuta único en éstos y desde 1986 participando como coterapeuta Maite S. Pinuaga y otras terapeutas.

Por motivos personales Borrelli dejó la S.E.Or. hace unos años, limitándose nuestra relación fundamentalmente por motivos geográficos. No teniendo muchas oportunidades para transmitirle ampliamente la evolución en mi trabajo como vegetoterapeuta de grupo. Trabajo que tiene una clara influencia de mi experiencia con él, de sus indicaciones y sugerencias personales y de lo poco que tiene escrito. Otros terapeutas de la S.E.Or. han seguido también la labor de Borrelli.

Voy a mostrar sucintamente la sistemática de la vegetoterapia de grupo, que he elaborado en estos años, siéndome de gran ayuda las sugerencias e intercambios profesionales clínicos mantenidos con Maite S. Pinuaga, tanto a nivel teórico, como en la práctica común como coterapeutas, y que es la actual referencia clínica general en la ES. TE.R. (ESCUELA ESPAÑOLA DE TERAPIA REICHIANA).

B) OBJETIVOS

Sin poder separar el trabajo de la vegetoterapia de grupo con el de la vegetoterapia individual al interior de la Orgonomía post-reichiana, podemos con su praxis,

(2) Si bien David Boadella ha utilizado alguna vez el nombre de vegetoterapia en su práctica clínica, desde hace unos años la denomina BIOSÍNTESIS, lo cual como su nombre indica, utiliza una estrategia y una actuación terapéutica propia.

alcanzar mayor eficacia y mejores resultados en ciertos aspectos desarrollados durante el proceso analítico, así:

- Reactiva la experiencia histórica reprimida vinculada al grupo social, como entidad (institución familiar, escuela, pandillas...).

- Siguiendo a Borrelli, "facilita el afianzamiento del individuo en el encuentro con el círculo social más amplio... resolviendo los episodios de SOCIOSIS (3). (Borrelli, 1979).

- También, según Borrelli, facilita "la disponibilidad al contacto, a la humanización del sujeto, reinsertándose en el mundo que rechazaba y del cual se sentía rechazado". (Borrelli, 1979). Sin que esto suponga una adaptación neurótica y sumisa al medio social, sino que al tener una identidad propia y poder estar con el otro, puede contactar y comprender aquello que impide la funcionalidad en el sistema grupal o social.

- Así, facilita un encuentro con el Otro, distinto al terapeuta, pero dentro del "espacio terapéutico": éste se amplía al grupo con todas sus consecuencias, evidenciando situaciones clave en un determinado momento con la interiorización de que "hay otras formas de vivir la terapia distinta a la mía".

- Dinamiza conflictos internos vinculados sobre todo al super-yo social.

- Permite elaborar con mayor fluidez conflictos de identidad sexual e intersexual.

- Permite una mayor elaboración de la comunicación emisor-receptor: yo-otro en su vertiente existencial, fenomenológica y se abre el posible círculo cerrado del paciente-terapeuta. Sobre todo cuando se trabaja con dos terapeutas.

- Al terapeuta le sirve como otra referencia de diagnóstico y de evolución del-la paciente.

- Se dinamiza el trabajo neuromuscular, emocional y de motilidad energética con el trabajo ordenado en los siete segmentos, combinados con técnicas de otras terapias de grupo (sicodrama, análisis sistémico, gualterapia, bioenergética), pero con una dinámica integradora propia.

Veamos ahora la praxis terapéutica:

C) ENCUADRE. Espacio terapéutico

- Pensamos que es preferible el trabajo de coterapeutas mixtos.

- Se puede realizar en sesiones de 2 horas semanales o una sesión mensual de 4-5 horas según las posibilidades estructurales.

- Preferiblemente los participantes del grupo deben ser pacientes en vegetoterapia individual de los terapeutas de grupo.

En caso de que haya pacientes de otros terapeutas debe existir una gran sincronía entre los terapeutas individual y de grupo para evitar dispersiones y acting-out

(3) Sociosis: Término acuñado por Borrelli que hace referencia a la angustia a la socialización de muchas personas y a la grave dificultad de relación social.

que se escapen al análisis y siempre con pacientes que han realizado ya un trabajo individual importante.

- La participación en el grupo se produce cuando en su terapia individual se han elaborado favorablemente el material analítico surgido durante el trabajo con los dos o tres primeros segmentos, excepto casos excepcionales controlados por el terapeuta individual. Su participación es voluntaria y por indicación del terapeuta individual, favoreciendo la "alianza terapéutica" con los terapeutas de grupo y con los participantes del mismo.

- El número ideal de participantes para dos coterapeutas son de un mínimo de 8 y un máximo de 14, de ambos sexos. Existiendo la posibilidad de que participe eventualmente alguna persona en una, dos o varias sesiones del grupo, pero conociendo previamente los participantes, que dicha persona no tiene un compromiso grupal.

- No existe la "regla de abstinencia" entre los pacientes respecto a posibles encuentros fuera del grupo. Pero sí debe ser un material analítico sobre todo en relación a posibles acting-out.

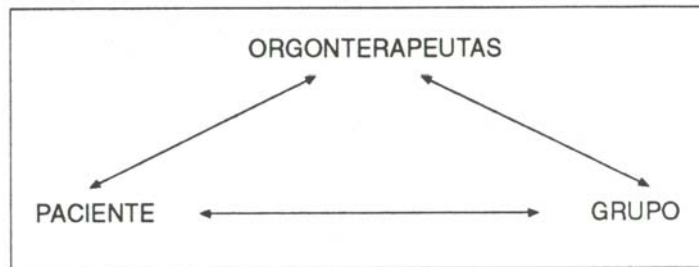
- Es preferible que en el contrato grupal, la duración del mismo, tenga un comienzo y un final marcado. Tiempo durante el cual se trabaja para conseguir unos objetivos grupales, según el ritmo de cada cual. Pues la elaboración individual, con objetivos individuales se realiza en el eje central y básico de su proceso analítico, la vegetoterapia individual. La medida indicada como ideal es de dos años. Posteriormente si el análisis continúa se puede integrar en otro grupo de terapia. El alargar mucho o indefinidamente la vegetoterapia de grupo supone un encuadre que lo separa de sus objetivos.

- Existe un compromiso de cada participante con el grupo, tanto de secreto profesional como en la asistencia, en respetar el tiempo de duración del grupo.

RESPECTO A LA RELACIÓN TERAPÉUTICA: Recordemos que el eje pivote se produce en el análisis individual. Es ese el medio y el lugar para elaborar la relación terapéutica de forma adecuada (vínculo, neurosis de transferencia, resistencia transference). Por ello en el grupo el terapeuta busca potenciar la relación inter-grupal. El terapeuta ESTÁ en el grupo, pero no "ES" grupo. Debe poner medios para facilitar la interrelación y la autonomía entre el grupo. Coincidiendo con Borrelli en que es un medio importante para terminar la vegetoterapia individual, facilitaremos la implicación inter-grupal. Su participación comunicacional e incluso analítica, sintiéndose parte de Otro, responsable del Otro, sin perder la propia identidad, sabiendo "Estar-Estando con el Otro". Para ello no facilitamos con nuestra intervención posibles desplazamientos afectivos transferenciales, sino que haremos de escudo reflector para que eso se produzca entre los miembros del grupo. Y las reacciones transferenciales o desplazamientos de afecto puntuales que se produzcan deben dinamizarse y elaborarse tanto en la terapia individual como en el propio grupo, siendo algo que progresivamente se vive unificado con funciones distintas. El terapeuta fundamentalmente recoge y ordena el material intergrupal y lo devuelve dinamizándolo, pero no debe ser centro de atención ni monopolizar el "conocimiento" grupal.

Por ello es muy importante prestar atención especial a la contratransferencia del terapeuta en el grupo o de la posible contraindicación proyectiva (Grinberg) donde se

puede observar la tendencia a recrear papeles de líder, de poder, de deseo, cuando no puede vivirlos el terapeuta en otros grupos reales.



A través del cuestionamiento del terapeuta por el grupo, se trabajan los problemas de autoridad, los roles, los conflictos con las figuras parentales, la diferencia entre el rol y la función; la autoridad y el autoritarismo; el odio y la plaga-emocional; el deseo-la necesidad y la libertad de elección...

El principio fundamental será el de la tranquilidad existencial del terapeuta frente a las movilizaciones grupales, pero estando implicado en la angustia, la destructividad, el deseo y el miedo, que de forma tan fuerte y muchas veces oculta se vive al principio del grupo. Por ello el trabajo del terapeuta del grupo exige una supervisión adecuada y unas capacidades personales específicas.

D) LAS TRES FASES TERAPÉUTICAS

Analizando el grupo desde una perspectiva energético-funcional (sistémica), observamos tres fases terapéuticas en el desarrollo de la vegetoterapia de grupo:

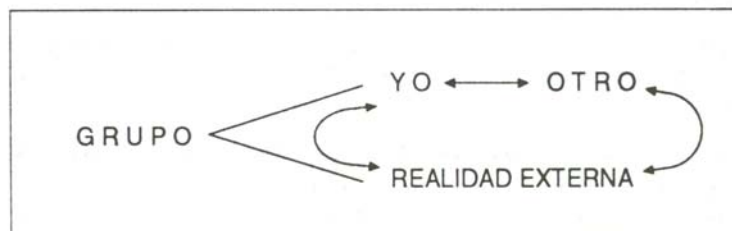
1) Un primer período donde impera un sistema con subsistemas cerrados, con poca circulación energética intersistémica, siendo la base emocional el Miedo al otro y la respuesta individualista narcisista paranoide así el objetivo terapéutico durante este primer período, que ocupa 6-7 meses, se centrará en poner medios que faciliten el acceso y la receptividad al otro, con la ruptura narcisista cuestionando al fantasma. Es lo que Borrelli describe como "los encuentros iniciales con estructuras cerradas, dentro de las cuales está un individuo frustrado, incapaz de transmitir y recibir, inmobilizado en el miedo de ver el propio cuerpo y el de los otros, cerrado en el propio egoísmo y en la propia incapacidad de contactar. (Borrelli, 1979). Por eso, siguiendo a Borrelli, los primeros movimientos que se indican al grupo son "con los ojos y las manos enseñando al sujeto a mirar a los otros seres humanos que le rodean... dándose cuenta de que existen otras entidades humanas que viven y sufren como él". (Borrelli, 1979). En esta etapa existe la tendencia defensiva a buscar la alianza individual con el terapeuta (regresión a la madre) o la alianza del grupo contra el terapeuta (reactividad contra la autoridad persecutoria). Coincide con el trabajo con los dos primeros segmentos de la coraza caracteromuscular.

2) Una segunda etapa con una mayor motilidad energética y una mayor situación expansiva y de abandono emocional, con un aumento de la interrelación grupal, produciéndose desplazamientos de afectos, proyecciones, actuaciones narcisistas, sa-

domasquistas, remarcando los roles entre los miembros del grupo. Coincide con el trabajo neuromuscular del tercer y cuarto segmento. Se debe hacer hincapié en la elaboración diferencial entre el rol y función; el respeto al ritmo individual; la diferencia entre crítica y censura o juicio y la posibilidad de reconocer al otro sin dejar de sentirme, teniendo presentes las "reacciones transferenciales". Coincide con los momentos de expresar con la voz -mirando al otro y con las palabras no! y yo!, como luego veremos.

3) Fase de autonomía grupal, con movilidad energética intergrupal, capacidad de contacto y expresión de sentimientos en una atmósfera de respeto y colaboración constructiva. Hay un aumento del deseo de relacionarse con el exterior, de ampliar amistades. Se vive la participación en el grupo con placer. Coincidiendo todo ello con el trabajo neuromuscular del segmento diafragmático-abdomen-pelvis (quinto a séptimo). Durante este período surge la elaboración de la censura y la culpa y la integración de funciones.

Aparecen frecuentes actings-out como medio de resistencia para vivir fuera del grupo lo que no se atreve a realizar en el deseo sexual, situaciones agresivas... Facilitando la posibilidad de gestionar primero al interior del espacio terapéutico y a partir de ahí potenciar la acción fuera del grupo y "llevar fuera de éste tales conquistas, para unificar los momentos de crecimiento en el grupo y en la vida cotidiana. Sólo entonces estaremos seguros de que se ha iniciado la fase final de la terapia: cuando él sepa mirar y ser mirado, acariciar y ser capaz de abandonarse a la caricia..." (Borrelli, 1979). Todo ello se resume en el reconocimiento del otro sin dejar de sentirse y sin perder la realidad del sistema grupal, que es lo que facilita una circulación energética sistémica:



Así, por ejemplo, "puedo desear al otro y sentir que el otro también me desea, pero al mismo tiempo, siento y tomo conciencia del lugar donde estoy para gestionar de la mejor forma esa situación. Por último tiene que darse un reconocimiento de los propios límites y de los límites de los otros".

La consecución de estos objetivos y el proceso de estas tres fases no se produce en todos los miembros del grupo, lógicamente, pues ello está en función del ritmo individual en base al proceso individual. Pero la experiencia grupal enriquece el crecimiento de cada sistema individual y quien no haya concluido su trabajo puede integrarse o comenzar otro compromiso grupal, siendo siempre esta segunda experiencia distinta y entre otras cosas un comprobante tanto para el terapeuta como para el sujeto de la evolución.

E) EL "ACTING" Y LA EXPRESIÓN EMOCIONAL

A partir de la reproducción de los "ACTINGS" que se indican, -la mayoría de ellos similares a los realizados en la vegetoterapia caracteranalítica individual (ver Navarro, 1990), realizándose, individualmente en-el-grupo: en-pareja-en-el-grupo; o entre todo el grupo-, se facilita el sentir el "aquí y ahora", y la elaboración con la palabra permite integrar la vivencia con los elementos del entonces (carácter-resistencias), pero teniendo el presente que, más que en ningún otro sitio en el grupo, puede ser una resistencia a la emoción, al contacto del aquí y ahora grupal. Debemos dar el paso a lo vivido (influencia histórica de W. Reich), pero sin banalizar la vivencia y con la adecuada integración analítica posterior. Tanto en el grupo como en el análisis individual. Teniendo clara la diferencia entre "catarsis histeriforme y la abreacción neuromuscular" (Serrano, 1986).

Paso ahora a detallar los principales actings que utilizamos como medio dinamizador neuromuscular y energéticamente hablando tanto para el sistema individual como para el grupal. Son pocos, pero con la lógica funcional y tal como ocurre en el análisis individual daremos tiempo para que con la reproducción continuada de los mismos surja la abreacción emocional:

- La reproducción de los actings se realiza estando tumbados, sentados y en ocasiones de pie. El estar de pie nos puede recordar a la postura de "grounding" de Lowen, pero hay dos diferencias considerables:

1. La persona se sitúa de pie frente al otro, en grupo solamente, siguiendo la lógica funcional de adoptar una actitud corporal-social, sin buscar el stress postural, estando simplemente de pie y no en "grounding".

2. Se sitúa dentro de un encuadre clínico distinto al emplear una sistemática cefalo-caudal y situar el tiempo grupal al interior de la vegetoterapia individual en el diván reichiano.

El "acting" supone un medio indicativo para el o la paciente, pero la forma de realizarlo es subjetiva y estará condicionado por su "carácter", sus tensiones y fluctuación del movimiento en base a lo que la realización del mismo le sugiera a niveles efectivos. Todo esto es material analítico. Generalmente, se combina, un primer tiempo de trabajo individual en el grupo, donde todos hacen el mismo acting, pero permaneciendo en sus sensaciones, posteriormente hay un pasaje a lo grupal, a continuación un tiempo individual en el grupo, combinando un tiempo dedicado a los actings con un tiempo para verbalizar e integrar lo vivido.

Dos primeros segmentos (ocular-oral):

Contactar con la respiración y profundizar en la misma, de pie, estando el grupo en círculo y mirando a cada persona del grupo.

Tumbados en círculo, cada asistente está un tiempo mirando un punto fijo con la boca abierta. Después cada uno anda por la habitación mirando al otro y aproximándose a los miembros del grupo, siempre receptivo a sus propias sensaciones y a las que le produce el otro en dicho encuentro. Se eligen parejas y de pie, uno frente al otro, se alejan unos metros mientras focalizamos la punta de la nariz de la otra persona y nos acercamos despacio mirando los ojos.

- Volvemos a pasear encontrándonos con la gente del grupo, dándonos tiempo para sentir y contactando con nuestro estado muscular y emocional...
- Tumbado en círculo, boca abierta, brazos en alto con las palmas de las manos abiertas, cuando transcurre un tiempo se cogen los brazos de las personas que hay a su lado.
- Movimiento alternativo de mirar un punto en el techo y la punta de la nariz coordinándolo con el movimiento de los labios del "pez".
- Tiempo para permanecer con los ojos cerrados en contacto con las sensaciones corporales, teniendo presente que se está en grupo. Posteriormente indicamos que cada uno adopte la postura que su cuerpo le indique, permaneciendo solo o buscando a alguien.
- Vuelta al paseo por el espacio grupal.
- Tumbados mirar a derecha e izquierda sin mover la cabeza, tomando como referencia las personas que tenemos a los lados.
- De pie, andando, encontrándose con la gente del grupo manteniendo la postura de mostrar los dientes y abriendo y cerrando las manos.
- Aquí incluimos un acting de Borrelli para trabajar los tele-receptores, excepto el ocular: estando cada uno en una zona de la habitación se cierran los ojos, e intentando seguir los movimientos de los demás que el terapeuta indica en voz alta, sigue los propios que también le indica el terapeuta, que consiste en buscar y reconocer con los sentidos a la persona del grupo que le indicó.
- Tumbados, giro con los ojos y volvemos a encontrarnos con los asistentes del grupo.

Tercer y cuarto segmento: (Cuello-Tórax)

- Respiración en círculo, mirarse en círculo atendiendo a la respiración.
- Trabajo individual en el grupo: Tumbados en círculo levantar el cuello mirando al resto de los miembros del grupo y diciendo sus nombres en voz alta. Respetando siempre la acción individual y no forzando el ritmo como si de gimnasia se tratara. Lo importante es ir tomando conciencia de la tensión y de su significado.
- Mover el cuello a derecha e izquierda, diciendo NO y mirando a las personas que tenemos al lado. De la misma forma decimos papá-mamá! alternativamente.
- De pie, en círculo, se deja girar el cuello, hasta que sintamos perder el equilibrio,dejándonos caer.
- Andando por la estancia, encuentro entre los participantes manteniendo los brazos un poco adelantados y abriendo y cerrando las manos.
- Por pareja y con la misma compostura con los brazos vamos diciendo YO, mirando al otro.
- Con la misma dinámica se dicen las palabras VEN y VETE!
- En parejas se trabaja el dejarse caer de espaldas siendo recogidos por el otro.

- Respiración adelantando y retrocediendo los brazos con fuerza acompañado de los movimientos respiratorios (acción dinámica).

- Tienen funcionalidad en este momento las técnicas del "Role playing" y algunos actings donde el paciente se encuentra con su ambivalencia a la hora de vivir y manifestar su necesidad de pedir-dar al otro.

Quinto, sexto y séptimo segmento, (diafragma-abdomen-pelvis):

- En este período, último de la terapia, utilizamos de nuevo actings de segmentos anteriores que integramos con otros más unitarios y además:

- Respiración tumbados con la vocalización de la AH! De pie, se realizan diversos actings donde se combinan la respiración vocalizada con movimientos corporales unificando funciones ("la rana", el "felino", "el simio", "el homo sapiens").

- Tumbados, mover las caderas a derecha e izquierda.

- Dejarse caer desde una determinada altura de espaldas siendo recogidos por los brazos de todos los miembros del grupo.

- En parejas, una persona tumbada con las piernas dobladas, la otra de rodillas frente a él o ella, le cierra las piernas y se las abre oponiendo la otra persona resistencia o abandonándose al movimiento en cuestión.

En esta última fase se realizan episodios de sicodrama, sobre todo de reproducción del universo familiar, existiendo una implicación emocional grupal muy fuerte.

- Se invita al abandono durante la ejecución del giro corporal (movimiento "sufi") con los ojos abiertos en modalidad individual, en parejas y en grupos pequeños.

- Masaje intergrupal sensitivo, epidérmico y aúrico. Se facilita la receptividad a sentir los movimientos y la circulación energética grupal e intergrupal.

- Durante este período las sesiones deben terminar siempre con actings de interiorización de las sensaciones acompañados de la música o de ciertos mantras, aprovechando la capacidad de unificación de funciones, estando receptivos a la circulación energética unitaria, previo a la verbalización.

- Acting de la "medusa", participando todo el cuerpo en un movimiento unitario con la respiración.

Junto a estos actings básicos cuyo tiempo y forma de emplearlos se basará en la propia y específica dinámica intergrupal, tomando como referencia los objetivos a alcanzar y la propia situación grupal, puede utilizarse ciertas técnicas puntuales para facilitar la expresión de ciertos afectos y la canalización de las mismas, siempre instando al sujeto a la acción espontánea, vegetativa, pero estando consciente, "dándose cuenta". Así por ejemplo, se puede dar un trapo para ser mordido, tiras de caucho para golpear...

Para finalizar, insisto en que la vegetoterapia de grupo es una herramienta muy útil situándola al interior del proceso terapéutico de la vegetoterapia individual y con esa relación terapéutica como eje central de todo posible cambio. Estando de acuerdo con Borrelli en que una forma de finalizar una persona su vegetoterapia es permaneciendo en un grupo de vegetoterapia hasta su término, habiendo realizado previamente su

última sesión individual. A sabiendas de que para trabajar como orgonterapeuta con la vegetoterapia en grupo, junto a las condiciones a las que he hecho referencia en el artículo, será necesario nuestra propia experiencia personal como paciente grupal y una adecuada supervisión posterior, junto al proceso de formación del orgonterapeuta.

ANEXO 2

DOS CASOS DE ANOREXIA NERVIOSA COMO EJEMPLO DE LA FORMA DE ABORDAJE CLÍNICO CON LA ORGONTERAPIA CARACTEROANALÍTICA

He comentado en otros artículos que un mismo síntoma puede observarse en diferentes estructuras de carácter, y tener unos parámetros y una lógica diferente. La anorexia nerviosa es uno de esos síntomas. Y si bien desde la perspectiva de la vegetoterapia caracteroanalítica su patogénesis se vincula a la fase oral, las diferencias del ambiente intrauterino, relación objetal, y el entorno familiar posterior ocasiona que la anorexia responda a diferentes postulados.

INTRODUCCIÓN

Los criterios del D.S.M.III (American Psychiatric Association 1980) para el diagnóstico de la anorexia son:

A) Intenso temor de hacerse obeso, que no disminuye a medida que desciende el peso.

B) Trastorno de la imagen corporal ("me siento grueso", aún estando demacrado).

C) Pérdida de peso de al menos 25% del peso corporal original.

D) Negativa a mantener el peso corporal por encima de un peso mínimo normal para la edad y la altura.

E) No existe enfermedad física conocida que explique la pérdida de peso.

Feighner y cols. en 1972 exponen sus criterios de diagnósticos para la anorexia nerviosa, manifestando 2 factores más que la D.S.M.III, a saber:

1. No hay trastorno siquiátrico conocido con particular referencia a trastornos afectivos primarios, neurosis obsesiva-compulsiva y esquizofrenia (se supone que, aún cuando el rechazo del alimento puede resultar fóbico u obsesivo por sí solo no es suficiente para calificar una enfermedad obsesiva-compulsiva o fóbica).

2. Que se den al menos dos manifestaciones siguientes:

1. Amenorrea.
2. Lanugo
3. Bradicardia (pulso en reposo de 60 o menos).
4. Períodos de hiperactividad.
5. Episodios de bulimia.
6. Vómitos (pueden ser autoinducidos).

En los dos casos que voy a exponer, se dan las características para el diagnóstico de Anorexia nerviosa. Pero, la Vegetoterapia caracteroanalítica, junto al síntoma hay que analizar la estructura de carácter de quien desarrolla el síntoma, no haciendo una clasificación nosológica de tipo psiquiátrico basado en el síntoma sino en base a la suma de rasgos de carácter y a la estructura biofísica general.

CASO 1

Anorexia nerviosa en una estructura de carácter neurótica. Concretamente, una estructura histero-narcisista.

Raquel, 26 años. Viene a la consulta porque se encuentra muy ansiosa, con insomnio, dolores de cabeza, vómitos unidos a sensación de angustia, miedo a la muerte, tendencia a la soledad y al aislamiento. Tiene un trabajo remunerado que le permite vivir sola, pero está empezando a tener miedo a la soledad y temores nocturnos. Uno de los motivos del aislamiento social es que no le apetece comer, y cuando come en público no sabe qué pedir e incluso en muchas ocasiones le surge la angustia y el vómito. Su aspecto físico es agradable, pero excesivamente delgada, aunque ella dice "sentirse llenita". Suele utilizar ropa provocativa y de buen gusto. Siendo general su aspecto físico cuidado. Presenta bradicardia y alterna episodios de astenia con hiperactividad, sin resultar patológicos, aunque sin motivo aparente. No tiene relaciones sexuales desde hace 2 años, que comenzaron los síntomas, a partir de que se separa de su marido. Según ella porque la situación había llegado a un extremo insostenible de humillación y sometimiento. Afirma masturbarse con cierto placer. En las últimas relaciones con marido no había descarga sexual, aunque a pesar de su distancia e incluso cierta violencia por parte del marido, sí había excitación. En el examen corporal presenta tensión ocular, torácica y diafragmática. Durante el primer período de la vegetoterapia se agudizaron los síntomas de la anorexia, llegando a límites de peso alarmantes, y con algún episodio bulímico con vómito posterior. Esto iba a la par del trabajo de los primeros segmentos. Cuando empezó a realizar el acting de morder y mirar a derecha e izquierda, empezó a tener episodios de vómito en las sesiones, angustia al morder el trapo y progresivamente una fuerte rabia que le lleva a contactar con el sentimiento de tristeza asociándolo a su madre. Siempre me había hablado de su padre, y de lo "bueno" que era, y lo que la "mimaba", pero sin casi tiempo para estar con ella. Y su madre era la dominante, y la que no le dejaba hacer nada. A partir de estas sesiones empieza a sentir la rabia hacia su madre y la sensación verbalizada, -después de unas sesiones de *impass* por la resistencia latente- de que no le hago suficiente caso y le obligo a hacer los actings. Conforme vamos elaborando este tema de la rabia oral vinculada a la transferencia y comenzamos a trabajar la respiración y el tercer seg-

mento, sin dejar de prestar atención al segmento ocular y oral, surge la sensación de inferioridad que tiene hacia las otras pacientes mías, y a través de esto hay un cambio en su imagen corporal pues comienza a verse delgada y esquelética (tal y como estaba). Al mismo tiempo la posibilidad de expresar la rabia vinculada a su madre como elemento histórico y a su marido, buscando al padre edípico con semejanza física, pero con un comportamiento dominante y absorbente como su madre) empieza a haber cambios en su actitud con la comida, y en su relación con el otro y conmigo, adoptando una postura más seductora y más genitalizada. Se reduce la ansiedad y el miedo a estar sola en casa, así como los vómitos y los accesos de bulimia. Esto le hace sentirse más segura y tranquila. Pero se hace más fuerte su elemento narcisista competitivo en relación al trabajo con el tercer segmento con un fuerte impedimento para realizar el acting de decir ¡no! al mismo tiempo que mueve el cuello.

Aparecen recuerdos de sus "luchas" con su madre y hermana (3 años mayor que ella), y después con sus amigas para conseguir lo que quería, llegando a la conclusión que lo que quería era la mayor atención del padre, y a nivel transferencial, la mía en cuanto terapeuta, perdiendo el contacto con su ritmo y teniendo como meta superar el ritmo de su madre (independencia económica, logros sexuales, etc.).

E incluso, superar mi propio ritmo sugiriendo la posibilidad de dejar la terapia porque ya se encontraba bien y no me necesitaba.

Esto ocultaba su temor a mostrar su necesidad, su deseo de ser querida, de ser acogida y mimada encaminada siempre con la cobertura de la educación sexual, pero en el fondo buscando el cariño y la atención de la madre. A esta conclusión llegamos tanto con el trabajo del tercer segmento como con la elaboración de la transferencia, en cuanto que fui analizando sus intentos de coquetería al mismo tiempo que había una negativa de mi ayuda, queriendo investirme de figura-paterno-masculina, pero para defenderse de su necesidad de afecto materno, siendo esto último más duro para ella por su elemento narcisista-competitivo.

La Vegetoterapia siguió su curso terminando con buen fin, con un total de 340 sesiones individuales y 30 de grupo, alcanzando un grado de genitalidad bastante positivo, situando la figura del padre como la del acceso fácil por la propia seducción de éste que le había servido para huir del conflicto con su madre (conflicto oral) que se había agudizado en el período edípico al vivirla a ella como la que le impedía el acceso al padre y a su sexualidad. Pero descubriendo, con el trabajo de desbloqueo de los segmentos diafragma-pelvis y tras un período de semi-depresión reactiva, cómo su ansiedad y su hipercarga sexual estaba vinculada a la provocación del padre sin posibilidad de canalización del deseo.

Sin entrar en más detalles, lo importante en este caso es observar cómo el conflicto oral condiciona la relación edípica y la formación del carácter. Resumamos los puntos de interés:

El embarazo de Raquel fue deseado, el parto en casa y una relación en el pecho de su madre convencional y "clásica", pero con un destete también "convencional" hacia los 8 ó 9 meses, impuesto por la madre a base de ponerse una sustancia de mal sabor en el pecho cuando su hija pedía el pecho. Posteriormente no hay grandes traumas educacionales, pues en la familia había un ambiente "normal", pero la madre era la fi-

gura absorbente, posesiva y centro de la dinámica familiar. Todo era controlado por ella, siendo el padre un personaje poco presente, pero siempre "bueno", que Raquel idealiza e intenta ganarlo para combatir a la madre.

El padre se deja hacer, pero sin definirse y asumiendo la dinámica maternal. Bajo estos parámetros observamos: un bloqueo primitivo oral-cervical; un bloqueo secundario-Pelvis. Hay dos factores importantes. La madre era bastante obsesiva con el tema de la comida-gordura y el padre era un moralista que en el período de pubertad de Raquel le impedía salir con vestidos cortos de casa, y llegar más tarde de las 10, verla con chicos. Situación que duró hasta que a los 16 años se fue a estudiar a otra ciudad.

Durante esos años adopta una postura promiscua, con base reactiva y buscando una salida a su hipercarga sexual y energética en general, a pesar de su aspecto corporal frágil. Tanto a nivel oral como una punición que impide la descarga.

Cuando conoce a su futuro marido se queda "colgada" de él porque desplaza la figura del padre por su semejanza con éste, y le es fiel y se casan, buscando su seducción. Pero al encontrar que su carácter es el fiel reflejo del de su madre: absorbente, posesivo, celoso, controlador, dominante... sufre una fuerte crisis confusional, que le lleva a tomar la decisión de romper con él. Pero esta ruptura -con lo que de frustración conlleva- reactiva las frustraciones históricas de tipo oral, y empieza un proceso autopunitivo tomando como medio el aislamiento sexual-social (no a ser castigada por su placer), con la crisis narcisista-histórica (soy fea y estoy gorda) y la actitud de llenarse de leche-comida ansiosamente y en forma de ataque (bulimia) alternándolo con vómitos y negación de la leche-pecho comida.

Es decir, la imposibilidad de resolución edípica en la figura del marido, y por la actitud y ruptura-frustración con éste, se hipercarga el segmento diafragmático y oral con la reactivación de episodios orales latentes en forma de los síntomas descritos.

Vemos pues, cómo en este caso, la anorexia nerviosa tiene una función de respuesta reactiva neurótica vinculada a la reactivación de los conflictos orales latentes. Estando en el marco de la somatización disorganóica, siguiendo la terminología de F. Navarro.

CASO 2

Anorexia nerviosa en una estructura de carácter borderline. Concretamente con una cobertura histero-depresiva y un núcleo depresivo-sicótico.

Matilde, 22 años. Viene a la consulta acompañada de su madre. Está diagnosticada de anorexia nerviosa por la sección de psiquiatría del hospital clínico de Valencia, donde ha sido atendida en régimen de ambulatorio durante 1 año. Tratada con ciproheptadina (antianoréxico) y amitriptilina (antidepresivo), acompañado de sesiones periódicas de psicoterapia. También ha visitado a otro psiquiatra privado con tratamiento similar. Los síntomas no han remitido. Los más alarmantes son la actitud depresiva e inmovilista (no sale de casa), el rechazo a la comida con episodios de bulimia a escondidas (cuando se van los padres se comen todo lo que hay en la nevera) y de vómitos inducidos, acompañado de una alterada imagen corporal, pues con su preocupante poco peso, se siente gorda y con continuo deseo de adelgazar. Asimismo

hay amenorrea y estreñimiento. Es ella, no obstante, la que ha buscado otra alternativa terapéutica y ha conseguido mi dirección por una amiga ex-paciente mía. Su actitud es cooperadora, pero escéptica a la vez, influida por los resultados terapéuticos de este período anterior. Su aspecto está cuidado y es agradable. Habla como con miedo a abrir los labios, pero con soltura y tranquilidad. No es muy consciente de su problema anoréxico, sin embargo, lo que le preocupa es su situación depresiva, su aislamiento social, su sensación de vacío existencial y de incompreensión, que es contrario a su forma de ser anterior, jovial, extrovertida con muchas amigas y amigos, emprendedora e independiente. Yo tampoco me centro en el problema anoréxico, y de todos los detalles que giran en torno a ello me entero por un par de entrevistas con los padres (sabiéndolo Matilde), que empleo para conocer el ambiente familiar y recoger datos históricos y sintomáticos de ella.

En el examen corporal hay un claro bloqueo ocular y oral (de tipo hipoorgonótico) así como tensión cervical, hiporrespiración y tensión abdomen-pelvis.

Los datos que recojo de la historia que interese mencionar son: Embarazo deseado, parto en casa "normal", pero no le puede dar el pecho porque su madre no tiene bastante leche. La crían con biberones, pero con bastante atención de la madre, pues ésta es ama de casa y su hijo tiene ya 5 años. Madre de aspecto dulce e infantil. Padre compulsivo y familiar, con comportamiento "familiar" basado en el orden, en la armonía y la "tranquilidad familiar". Impera en el ambiente familiar el bloqueo afectivo. Nunca pasa nada particular. Matilde me decía en una sesión: "No tengo motivos para estar mal en mi casa, ni nada que echarles en cara, pero los odio en muchas ocasiones".

La crisis ocurre a partir de una frustración amorosa con un chico con el que salía desde hacía unos meses. El le dijo que ya no le gustaba y se fue con otra chica. A partir de ahí empieza a no salir de casa, a contar mentiras para no quedar ni con las amigas, a sentirse inútil relacionándose con la gente, y a desarrollar la anorexia, con el consiguiente estado de alarma de los padres, que no saben "que han hecho mal" y que provoca un estar más pendientes de la hija que antes, hostigándola con preguntas, de algo que ni ella misma entiende, pero al mismo tiempo reduciendo la importancia de lo que ocurría. "No es nada. Es la edad...". Desde que dejó de salir con ese chico no ha tenido relaciones sexuales, ni se masturba; no se siente excitada.

Desde el comienzo del análisis deja la medicación, comienza tratamiento con el Or. Ac.*

En el trabajo con los dos primeros segmentos, observo su falta de percepción corporal vinculada a ese bloqueo afectivo escondido bajo ese aparente estado jovial y delicado que se va cayendo por momentos para dar paso a un estado depresivo vinculado a su debilidad física y a su incompreensión de lo que sucede. Busco crear un vínculo terapéutico fuerte que permita un "maternage", al intuir que toda su situación es reflejo de una reactivación del conflicto borderline de la ambivalencia oral, con la consiguiente actitud de bloqueo afectivo y semidepresivo para no sentir la angustia biofísica de la carencia y la necesidad. Conforme se va facilitando dicho vínculo, y empieza a tomar más contacto consigo mismo y con el hecho de que "yo-estoy-con-ella" y "no-me-voy-a-ir", va adquiriendo una mayor aclaración de lo que le ocurre, pero aumenta su

*Or. Ac.: Acumulador de Orgón. (W. Reich).

estado depresivo. Conforme va desapareciendo su bloqueo afectivo (no estructurado, y por tanto débil) emerge el miedo a sentir que vamos compensando con el vínculo creado conmigo. Lo más importante es la tendencia que aparece a regredir el útero, huyendo de la angustia de la carencia oral. Esto se denota tanto en sus sueños (vive en una cálida cueva dentro del mar, de la que es sacada por una fuerte explosión y que le hace aterrizar en un lugar lleno de cosas, pero frío), como en las vivencias emocionales en las sesiones, trabajando el primer segmento, sintiendo miedo a mirar la linterna después de estar muy placenteramente con el contacto de mis manos en sus oídos. Asimismo, el pánico a que a mí me suceda algo o me marche -que apoya el hecho del vínculo- va cada vez más unido a la abreacción de su miedo y a sentir su vacío existencial y su soledad, acompañado de frío, incluso tapada con la manta. El reconocimiento del objeto vincular (mi figura), acompañado de la verbalización de su deseo de que la proteja y la abraza da comienzo a una nueva fase. El proceso de *maternage*; la posibilidad de ir viviendo progresivamente la necesidad y la rabia por la carencia sin que "pase nada"; el aumento de su propia percepción (al trabajar el segmento ocular y la respiración-nariz con el gato) que le hace cambiar su imagen corporal alterada y la progresiva recuperación de un cierto placer oral (con el acting del "pez") va ocasionando un cambio en la sintomatología. Al mismo tiempo ordeno a la familia que no le "limiten" la comida (cuando se iban no dejaban comida en la nevera, sólo lo justo), y que intenten darle un trato normal, no de enferma incomprensible. Empieza a vestirse juvenilmente, a quedar con alguna amiga y salir por la noche, sigue con los estudios y va remitiendo la anorexia y los síntomas físicos más alarmantes de este síndrome: la amenorrea, el estreñimiento y la falta de apetito. Deja el tratamiento farmacológico y comienza a llevar progresivamente una vida normal. En este caso he observado el desarrollo de la etapa esquizo-paranoide y depresiva de M.Klein descrita por M. Origlia (1984). En mi experiencia esta reactivación la he visto a pacientes con esta estructura *Bordeline* o en la Estructura *Sicótica*.

En la actualidad continua la terapia, después de 110 sesiones, trabajando el tercer y cuarto segmentos, reestructurando su sistema defensivo y facilitándole una identidad yoica, y un aumento de carga energética. No han vuelto los síntomas de la anorexia, y el ir comprendiendo su proceso le ha permitido implicarse más y tomar una postura más activa e independiente en el análisis.

Brevemente resumo el caso:

Sicopatológicamente hablando, el miedo neonatal, la ambivalencia oral y la presencia familiar bajo una actuación compulsiva y de bloqueo afectivo provoca una estructura *bordeline*, que presenta esta paciente. Desde una lectura corporal existe un bloqueo primitivo ocular, un bloqueo principal oral y un bloqueo secundario diafragmático. Y desde una lectura energética nos encontramos ante una "hiperorgonía disorgonótica". (Navarro, 1988).

La frustración amorosa "actual", en un momento histórico-cronológico de apertura sexual y afectiva al hombre y de deseo de integración social, utilizando rasgos *histero-narcisistas*, le ocasiona una herida que la sitúa en una situación de angustia. "La perspectiva energética de la angustia nos indica que ella es, en realidad, una contracción contra la expansión (la contracción por sí misma no produce angustia)". (Ferri, 1985), que intenta mantener con su retirada del mundo y su búsqueda uterina

(deja las relaciones y se encierra en casa) en cuanto que el mundo la puede destruir (e incluso se encierra en su habitación, porque su madre forma parte cercana de ese mundo). Y el comer refleja en este momento la asimilación o "devorar el objeto amado". (Navarro, 1987), y la posibilidad de destrucción al mismo tiempo. De ahí sus episodios de bulimia a escondidas y sus vómitos inducidos. Al mismo tiempo es una forma de mostrar su rabia utilizando un medio que a la compulsividad familiar hace daño" el "desorden oral". También la hipertensión del diafragma provoca un aumento de tensión ocular y de ahí su alteración de su imagen corporal, y sus episodios esquizoparanoides trabajando el primer segmento, así como su momento de aumento de la depresión al contactar con la realidad de la carencia. El ambiente vinculante que con la vegetoterapia debe darse en estos casos facilita el reencuentro con el objeto y la organización energética que permite superar esta ambivalencia oral y por tanto la superación del síntoma anoréxico.

Vemos pues, la diferencia entre los dos casos, tanto desde la patogénesis como en la lógica funcional del síntoma. Siendo, por ello, nuestra actuación terapéutica también diferente para favorecer el proceso.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- BAKER, Elsworth: -"Orgone Therapy" JO (Vol. 12, nº 1, 2. 1978).
-"Man in the trap" (libro traducido al italiano). Macmillan, N.Y.1967.
- BOADELLA, David: -"Wilhelm Reich, the revolution of his Work", Recopilación de D. Boadella. Edit. Visión Press, Londres, 1973.
- BORRELLI, Piero: -"Apuntes sobre la vegetoterapia de grupo". ECS (Vol. 1, nº 1. 1983). (Energía, carácter y sociedad - Valencia).
- CASTILLO, Javier: -"El uso de la palabra en la vegetoterapia". ECS (Vol. 8, nº 1. 1990).
- DADOUN, Roger: -"Cien flores para W. Reich". Edit. Anagrama, 1979.
- DEW, Robert: -"The biopathic diathesis". JO (Vol. 2, nº 2, 1968).
- FRANK, Walter: -"La vegetoterapia" I.J.O.R. (Vol. 1,1. 1939). N.Y.
- GARCÍA, M.: -"La formación del orgonoterapeuta". ECS, Vol. 8 (2). 1990.
- KONIA, Charles: -"The schizophrens biopathy". JO (Vol. 15, nº 1. 1981).
-"Orgon therapy. Energetic consirerations". JO (Vol. 20, nº 1. 1986).
-"Orgon therapy. The aplication of fuctional thinking in medical practique". JO (Vol. 22-23, 1988, 1989).
- KRIZ, : -"Corrientes fundamentales en psicoterapia. Edit. Amorrortu, 1991.
- MARCHI, Luigie di: -"Wilhelm Reich. Biografía de una idea". Edti. Península. 1974.
- NAVARRO, Federico: -"La vegetoterapia caracteroanalítica, un funcionamiento natural". ECS. (Vol. 1, nº 1. 1983).
-"La vegetoterapia caracteroanalítica" ECS. Vol. 8 (1). 1990.
-"La somatosicodinámica". Pub. Orgón. Valencia. 1989.
- PINUAGA, Maite: -"Estudio clínico de la percepción a partir del modelo del funcionalismo orgonómico" ECS. (Vol. 4, nº 1 y 2. 1986).

- RAPHAEL, Ch.: -"Einige fragen und Antworten zur Orgontherapie". Emotion, 5. 1985. Berlín.
- RAKNES, Ola: -"An introduction to orgone therapy" JO (Vol. 12, nº 1. 1968).
 -"Un tratamiento breve con orgonoterapia". ECS. (Vol. 3, nº 1. 1985).
 -"W. Reich y la Orgonomía". Public. Orgón. Valencia, 1991.
- REDON, M.: -"Bibliografía de Orgonoterapia después de W. Reich". ECS. (Vol. 8, nº 2. 1990).
- REICH, Eva: -"Primeros auxilios emocionales". ECS. (Vol. 1, nº 1. 1983).
- REICH, Wilhelm: -"Reich habla de Freud". Edit. Anagrama. 1970.
 -"Psicología de masas del fascismo". Edición íntegra de Edit. Bruguera, colección "Pensadores y temas de hoy". Barcelona. 1980.
 -"El análisis del carácter". Edit. Paidós. Barcelona. 1980.
 -"La función del orgasmo". Edit. Paidós. Barcelona. 1980.
 -"La biopatía del cáncer". Edit. Nueva Visión, Argentina. 1985.
 -"Genitality". Early Writings, Vol. II. Farrar. Straus and Giroux.
 -"The character impulsive and other writings". New American Librars.
 -"The Bioelectrical, Investigation of sexuality and anxiety". Farrar, Straus and Giroux.
 -"Children of the future. On the prevention of sexual pattology". Farrar, Straus and Giroux. New York. 1983.
- SERRANO, Xavier: -"Estructuración energética corporal. Fases sexuales y vegetoterapia". ECS. (Vol. 2, nº 1. 1984).
 -"Abreacción neuromuscular versus catarsis histeriforme". ECS. (Vol. 2, nº 1. 1984).
 -"Disfunciones sexuales o disfunción del orgasmo a partir de W. Reich". Información Psicológica nº 38. 1989. Valencia.
 -"La Vegetoterapia caracterooanalítica de la depresión". Información Psicológica, nº 40. 1989. Valencia.
 -"La anorexia nerviosa desde la vegetoterapia caracterooanalítica". ECS. (Vol. 7, nº 1. 1989).
 -"La paranoia y las actitudes paranoides". ECS. (Vol. 7, nº 2. 1989).
 -"La orgonoterapia y su proceso profiláctico desde una óptica post-reichiana". ECS. (Vol. 8, nº 1. 1990).
 -"El diagnóstico inicial y diferencial en la orgonoterapia desde una perspectiva post-reichiana". ECS. (Vol. 8, nº 2. 1990).
 -"Sistemática de la vegetoterapia caracterooanalítica de grupo". ECS. (Vol. 8, nº 2. 1990).
 - "La psicoterapia breve de orientación caracterooanalítica (reichiana)". Revista E.C.S. Vol. 10, 1992.
- SCHARAF, M.: -"Fury or Earth, a biographs of Wilhelm Reich". St. Martin's Press, Marek, New York. 1983.
 -"The articulation of psychological knowledge withing orgonomic paradigm". J.O. (Vol. 21, nº 1. 1986).

ABREVIATURAS:

ECS: "Energía, Carácter y Sociedad" (C/ Serpis, 36, 34ª, 46022 Valencia).

JO: Journal of Orgonomy (P.O. Box 565 Ansoni Station New Yor, 10023).

I.J.O.R.: International Journal Orgone Research (W. Reich 1949-52).