



Mi Universidad

LIBRO

MODELOS DE INTERVENCIÓN EN PSICOTERAPIA

Psicología

Séptimo Cuatrimestre

SEPTIEMBRE - DICIEMBRE

Marco Estratégico de Referencia

Antecedentes históricos

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor Manuel Albores Salazar con la idea de traer educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tardes.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en julio de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró en la docencia en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de cobranza en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los

jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

Misión

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Visión

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra plataforma virtual tener una cobertura global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

Valores

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

Escudo



El escudo del Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

Eslogan

“Mi Universidad”

ALBORES



Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

MODELOS DE INTERVENCION EN PSICOTERAPIA

OBJETIVO GENERAL

Dentro de la práctica clínica del psicólogo, es imprescindible que conozca, domine y ejecute las diferentes técnicas de intervención psicoterapéutica con sus correspondientes modalidades derivadas de los principios y conceptos fundamentales de las escuelas psicológicas, tomando como punto de referencia la conducta problema o situación aquejante, en el marco de la sanidad y equilibrio emocional, conductual y cognitivo.

INDICE

UNIDAD I

INTRODUCCIÓN Y GENERALIDADES DE LA PSICOTERAPIA

- I.1. Definición de psicoterapia.
- I.2. Antecedentes de la psicoterapia.
- I.3. Niveles de intervención (individual, pareja, familia, grupo, comunidad).
- I.4. La relación terapéutica: consideraciones éticas de la intervención clínica.
- I.5. Evaluación del caso para la elección del tratamiento.
 - I.5.1. El eclecticismo en la intervención
- I.6. Fin de la relación psicoterapéutica.
- I.7. Plan de seguimiento.

UNIDAD II

MODELOS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA.

- 2.1. Definición e importancia de los modelos de intervención.

- 2.2. MODELO PSICOANALÍTICO CLÁSICO.
 - 2.2.1. Metas y objetivos del tratamiento psicoanalítico.
 - 2.2.2. Técnicas de tratamiento psicoanalítico: interpretación de sueños, análisis de las resistencias, análisis de las transferencias, asociación libre, interpretación de los actos fallidos, abreacción, confrontación e interpretación.
 - 2.2.3. Aplicación práctica del modelo psicoanalítico.

- 2.3. MODELO COGNÍTIVO CONDUCTUAL O DEL APRENDIZAJE SOCIAL.
 - 2.3.1. Desensibilización sistemática
 - 2.3.2. Terapia de exposición.
 - 2.3.3. Técnica de autocastigo.

2.3.4. Reestructuración cognitiva.

2.3.5. Técnica de extinción.

2.3.6. Economía de fichas.

2.3.7. Modelamiento.

2.3.8. Aplicación práctica del modelo cognitivo conductual o del aprendizaje social.

2.4. MODELOS FENOMENOLÓGICOS.

2.4.1. Terapia centrada en el cliente del Carl Rogers.

2.4.2. Terapia Gestalt.

2.4.3. Aplicación práctica del modelo fenomenológico.

2.5. TERAPIA FAMILIAR.

2.5.1. Técnicas de intervención familiar de Salvador Minuchin y Fishman.

2.5.2. Técnicas de intervención familiar de Virginia Satir.

2.5.3. Terapia familiar sistémica.

2.5.4. Aplicación práctica del modelo de terapia familiar.

UNIDAD I

INTRODUCCIÓN Y GENERALIDADES DE LA PSICOTERAPIA

I.1. Definición de psicoterapia.

La traducción literal de psicoterapia sería "tratamiento de la psique". A pesar de que en verdad ésta no es una definición suficiente de la actividad, sí sugiere una variedad de connotaciones que ayudan para comprender los elementos fundamentales de la psicoterapia.

La Psicoterapia goza de una reputación especial entre el público. Se percibe como un tratamiento algo misterioso que es lo suficientemente poderoso como para corregir la conducta más aberrante. La Psicoterapia, vista parcialmente como un arte y una ciencia, se beneficia de la mística que rodea a ambos campos.

Los clientes que inician una psicoterapia a menudo lo hacen creyendo que están a punto de ocuparse en una experiencia única, poderosa y casi irresistible que conducirá un experto que tiene suficientes habilidades y entrenamiento como para hacer milagros. El poder que muchos adjudican a la psicoterapia se ha magnificado por el hecho de que por lo general los clientes acuden a la psicoterapia después de que se han debatido por un tiempo considerable si en verdad "necesitan" tratamiento.

Cuando esta discusión interna se resuelve a favor de buscar ayuda, el cliente ya hizo una inversión emocional enorme junto con la convicción de que obtendrá lo que más pueda de un tratamiento que percibe con una mezcla de miedo, esperanza y alivio.

Ahora podemos regresar a la pregunta: "¿Qué es la psicoterapia?" La respuesta que aquí se ofrece (para obtener otras, consúltese Frank, 1973, y Harper, 1959) acentúa la importancia de las siguientes cualidades:

1. La Psicoterapia consiste en una relación interpersonal entre por lo menos dos participantes, uno de los cuales (el terapeuta) tiene un entrenamiento y experiencia especial en el manejo de los problemas psicológicos.
2. El otro participante es un cliente que experimenta algún problema en su ajuste emocional, conductual o interpersonal y ha ingresado a la relación con el fin de resolver su problema.
3. La relación psicoterapéutica es una alianza de apoyo pero con propósitos bien definidos en la cual se utilizan varios métodos, en su mayor parte de naturaleza psicológica, con el objeto de provocar los cambios que el cliente desea y el terapeuta aprueba.
4. Estos métodos se basan en alguna teoría formal acerca de los problemas psicológicos en general y de la queja específica del cliente en particular.
5. Independientemente de las inclinaciones teóricas, la mayoría de los terapeutas emplean varias técnicas de intervención: fomentar el "insight", reducir el sufrimiento emocional, fomentar la catarsis, proporcionar información nueva, designar tareas fuera de la terapia, y aumentar la fe de los clientes y sus expectativas de lograr cambios.

Los participantes.

Cuando se habla del "tratamiento de las psiques" se implica que existen psiques o personalidades en un estado de sufrimiento o insatisfacción. El grado hasta el cual los pensamientos o sentimientos de una persona estén perturbados, puede variar enormemente. En algunos casos, la perturbación es tan grande que produce una incapacidad por cumplir con las exigencias mínimas de la vida cotidiana. Es posible que se deje el empleo, se intente un suicidio y se llegue a la hospitalización. En otros casos, la perturbación puede ser menos extrema, pero de todas maneras sumamente molesta. Un matrimonio infeliz, una falta de seguridad en uno mismo, un temor insistente, un sentimiento general de que uno y las cosas no valen la pena, una crisis de identidad, la depresión, los problemas sexuales y el insomnio son algunos de los problemas que a menudo motivan a las personas a entrar a psicoterapia. El

elemento esencial es que se ha perturbado tanto algún aspecto del funcionamiento de la persona que decide buscar la ayuda de algún profesional. Expresado en palabras sencillas, el individuo sufre. Sus propios recursos, la ayuda de amistades, las vacaciones ansiadas y la comprensión familiar ya no son suficientes antídotos para el sufrimiento que experimenta la persona. Cuando se llega al punto en el que se define que el problema requiere de la intervención de un profesional, se tiene al primer participante de la psicoterapia: el cliente.

El segundo participante de la psicoterapia es el terapeuta. El terapeuta es alguien que a través de un entrenamiento y experiencia especializados tiene una preparación para ayudar a que el cliente supere la molestia que ha motivado el deseo del tratamiento. El terapeuta debe poseer aquellas habilidades que le permitan comprender la perturbación del cliente y luego interactuar con él de tal forma que aprenda a manejar sus problemas actuales de una manera más eficiente.

Además de que haya recibido alguna forma de entrenamiento avanzado, se espera que el psicoterapeuta posea algunas características personales que contribuyan al efecto de la psicoterapia. La habilidad para escuchar a los clientes y comunicarles una sensación de comprensión y sensibilidad sin estarlos enjuiciando es una cualidad muy importante del terapeuta. La capacidad de combinar la calidez y el apoyo para los clientes que tienen problemas con una decisión de confrontarlos con su propia responsabilidad por lograr cambiar es otro atributo vital. El terapeuta también debe comunicar una sensación de confianza al cliente.

Otra manera de expresar lo anterior es decir que el terapeuta debe creer que la psicoterapia será efectiva. Muchos clínicos citan que es necesario que el terapeuta proyecte autenticidad, empatía y respeto positivo incondicional. Estas se llaman cualidades rogerianas debido a que Carl Rogers declaró que son las condiciones necesarias y suficientes para provocar el cambio terapéutico.

Este acento en las características personales en algunas ocasiones ha provocado la sugerencia de que las "experiencias cotidianas" o la "habilidad natural" son elementos más importantes que el entrenamiento profesional de un buen psicoterapeuta. Algunos terapeutas se confían en su carisma o "personalidad curandera" para alcanzar sus metas y descartan cualquier

teoría de la terapia que sea consistente y esté bien desarrollada. Hasta entre las diferentes corrientes de la psicología, algunas aproximaciones psicoterapéuticas (por ejemplo, algunas formas de la terapia fenomenológica) tienden a acentuar el entrenamiento profesional extenso mucho menos que otras (por ejemplo, el psicoanálisis).

Así como existe una gran variedad de literatura acerca de la importancia de las cualidades de un "buen" terapeuta (por ejemplo, Gurman y Razin, 1977; Meltzoff y Kornreich, 1970) también se ha dado mucha importancia a las características de un "buen" cliente de psicoterapia. Se considera que el tipo de persona que más probablemente obtendrá beneficios de la psicoterapia es el individuo verbal, inteligente, que está motivado para el cambio, hasta quizá que tenga una ansiedad moderada acerca de su necesidad de cambiar, que tenga una buena capacidad para comunicarse con el terapeuta, y con una "mente psicológica", una característica que solamente significa que la persona debe apreciar la importancia de los factores psicológicos para la determinación del comportamiento. Como les gusta señalar a algunos clínicos, el cliente ideal de la psicoterapia es alguien que probablemente continuará logrando el éxito sin importar que reciba terapia o no. Esta crítica es injusta en gran medida debido a que ignora el hecho de que rara vez se practica la psicoterapia en condiciones que impliquen el cliente ideal o el terapeuta ideal.

El interés por las características del terapeuta y del cliente ha avanzado hasta el grado en que ya no se centra en los atributos aislados del terapeuta o del cliente. Actualmente existe una consideración por su cualidad interaccional. A partir de esta perspectiva ha surgido el concepto de unión (matching) entre el terapeuta y el cliente, que Berzins define como "la idea acerca de que ciertas combinaciones de terapeutas y pacientes son más deseables que otras. El desglose empírico de este problema requiere una comprensión de las condiciones bajo las cuales, sin importar las características de los terapeutas y pacientes consideradas por separado, la interacción de estas características se demuestra como un factor decisivo para los procesos o resultados de la psicoterapia" (p. 222).

1.2. Antecedentes de la psicoterapia.

El primer tratamiento de un trastorno mental del que tenemos noticia se practicó en la Edad de Piedra hace medio millón de años. Los primeros brujos de la tribu trataban ciertos tipos de trastornos mentales (probablemente fuertes dolores de cabeza acompañados de ataques convulsivos) mediante una operación que conocemos como trepanación.

Esta operación se realizaba con instrumentos de piedra y consistía en romper una zona circular del cráneo. Esta abertura, denominada trépano, aparentemente permitía escapar al espíritu diabólico que se pensaba era el causante de los problemas del individuo. En algunos casos se han encontrado cráneos trepanados y vueltos a soldar, lo que indica que el paciente sobrevivió a la operación y continuó viviendo al menos durante varios años (Selling, 1943).

Aunque la vida humana parece haber aparecido en la tierra hace más o menos tres millones de años, sólo disponemos de registros escritos desde hace unos cuantos miles de años. Por esa razón el conocimiento que tenemos de nuestros primeros antepasados es muy limitado. Dos papiros egipcios que datan del siglo XVI antes de Cristo nos han proporcionado algunas pistas sobre los primeros tratamientos de las enfermedades y los trastornos de conducta (Okasha y Okasha, 2000). El papiro Edwin Smith (denominado así en honor de su descubridor) contiene detalladas descripciones del tratamiento que se hacía de las heridas así como otras operaciones quirúrgicas. Encontramos, quizá por primera vez en la historia, una descripción del cerebro, que se reconoce como el lugar donde se ubican las funciones mentales. El papiro Ebers ofrece otra perspectiva sobre el tratamiento de enfermedades. Se refiere a la medicina interna y al sistema circulatorio, aunque está más orientado hacia encantamientos y fórmulas mágicas para poder explicar explicar y curar ciertas enfermedades producidas por causas desconocidas. Así pues, aunque se utilizaban técnicas quirúrgicas, probablemente venían acompañadas de oraciones e invocaciones mágicas, lo que pone de manifiesto la perspectiva predominante sobre el origen de los trastornos de conducta.

Demonios, dioses y magia.

Las referencias a la conducta anormal que aparecen en los primeros escritos encontrados ponen de manifiesto que los chinos, egipcios, hebreos y griegos atribuían esas conductas a demonios o a dioses que habían tomado posesión de la persona. El hecho de que la «posesión» se atribuyera a un dios o a un demonio dependía generalmente de los síntomas del individuo. Si el lenguaje o la conducta de la persona parecían tener un significado religioso o místico, se pensaba que había sido poseído por un espíritu bueno o un dios. En consecuencia esas personas eran tratadas con gran deferencia y respeto, ya que se creía que tenían poderes sobrenaturales.

Sin embargo, la mayoría de las posesiones se consideraba que procedían de un dios irritado o de un espíritu maligno, sobre todo cuando la persona se mostraba muy excitada e hiperactiva, y realizaba conductas contrarias a las normas religiosas. Por ejemplo, entre los antiguos hebreos, se pensaba que este tipo de posesión representaba un castigo divino. Moisés dice en la Biblia «El señor te golpeará con la locura». Aparentemente este castigo consistía en la retirada de la protección divina, con lo que la persona quedaba abandonada a las fuerzas del mal. En estos casos, lo que se intentaba era liberar a la persona del espíritu diabólico. Jesús curó a un hombre que tenía «un espíritu sucio» trasladando los demonios de su cuerpo a una manada de cerdos, que quedaron poseídos y «salieron corriendo hasta caer al mar desde un acantilado» (Marcos 5:1-13).

El primer tipo de tratamiento específico para la posesión diabólica fue el exorcismo, que incluye diversas técnicas para expulsar al diablo del interior de la persona poseída. Dichas técnicas varían de manera considerable, pero generalmente incluyen la magia, las oraciones, encantamientos, sonidos, y la utilización de diferentes brebajes de horrible sabor, como purgantes elaborados a base de vino y excrementos de oveja.

Primeras concepciones médicas de Hipócrates

Los templos griegos dedicados a sanar enfermos aparecen durante la edad de oro de Grecia bajo el mandato de Pericles (461-429 antes de Cristo). Durante este periodo asistimos a un

enorme progreso en la comprensión y el tratamiento de los trastornos mentales, a pesar del hecho de que los griegos de la época consideraban sagrado al cuerpo humano, por lo que apenas tenían ocasión de aprender anatomía o fisiología humanas. Durante este periodo vivió el médico griego Hipócrates (460-377 antes de Cristo), a quien se considera el padre de la medicina moderna.

Hipócrates no creía que los demonios y las deidades interviniesen en el desarrollo de la enfermedad, e insistía en que los trastornos mentales, como cualquier otra enfermedad, tenían causas naturales y eran susceptibles de ser tratados.

Consideraba que el cerebro era el órgano principal de la actividad intelectual y que los trastornos mentales se debían a una patología del mismo. También destacaba la importancia de la herencia y de las predisposiciones, y señalaba que los golpes en la cabeza podrían llegar a causar trastornos sensoriales y motores.

Hipócrates clasificó los trastornos mentales en tres categorías generales —manía, melancolía, y frenitis (fiebre cerebral)— y ofreció descripciones clínicas muy detalladas de alguno de los trastornos incluidos en cada categoría. Confiaba mucho en la observación clínica, y sus descripciones, que estaban basadas en registros clínicos diarios de sus pacientes, resultan sorprendentemente minuciosas.

Maher y Maher (1994) han señalado que el más conocido de los primeros paradigmas para explicar la personalidad o el temperamento es la doctrina de los cuatro humores, asociada con el nombre de Hipócrates y posteriormente con el del médico romano Galeno. Se pensaba que el mundo estaba compuesto por cuatro elementos materiales que eran tierra, aire, fuego y agua, y cuyas cualidades eran respectivamente calor, frío, sequedad y humedad. La combinación de estos elementos dio lugar a los cuatro fluidos esenciales del cuerpo: sangre (sanguíneo), flema (flemático), bilis (colérico) y bilis negra (melancólico). Estos fluidos podrían combinarse en diferente proporción en diferentes individuos, con lo que el temperamento de una persona dependía de cuál de esos humores era el predominante. De aquí procede una de las primeras y más arraigadas tipologías de la conducta humana: el sanguíneo, el flemático, el colérico y el melancólico. Cada uno de esos «tipos» viene asociado

a un conjunto de atributos de personalidad. Por ejemplo, la persona con un temperamento sanguíneo es optimista, amistosa y valerosa.

Hipócrates creía que los sueños eran muy importantes para comprender la personalidad de un paciente. Así pues, fue un precursor de un concepto básico de la moderna psicoterapia psicoanalítica. Los tratamientos defendidos por Hipócrates estaban muy lejos de las prácticas exorcistas propias de la época. Por ejemplo, para tratar la melancolía, rescribía una vida tranquila, sobriedad y abstinencia de cualquier exceso, una dieta rica en vegetales, celibato, ejercicio moderado, y una sangría si se consideraba necesaria. También reconocía la importancia del entorno, y a menudo separaba a los pacientes de sus familias.

El énfasis de Hipócrates sobre las causas naturales de la enfermedad, sobre la observación clínica y sobre la patología cerebral, como causas principales de los trastornos mentales fue auténticamente revolucionario. Sin embargo, igual que sus contemporáneos, Hipócrates sabía muy poco de fisiología. Creía que la histeria (la aparición de una enfermedad física en ausencia de una patología orgánica) era exclusiva de las mujeres, y estaba provocada por el vagabundeo del útero por diversas partes del cuerpo. Contra esta «enfermedad», Hipócrates recomendaba el matrimonio como el mejor remedio.

Exorcismo y brujería.

Durante la Edad Media europea, eran los sacerdotes quienes se encargaban de las personas con trastornos mentales. Los monasterios hicieron las veces de refugio y lugar de confinamiento. Durante la primera parte de la época medieval, las personas con trastornos mentales eran tratadas con una gran amabilidad. El «tratamiento» consistía en oraciones, agua bendita, óleos sacrificados, el aliento o la saliva de los sacerdotes, el contacto con reliquias, la visita a lugares sagrados y versiones moderadas de exorcismo. En algunos monasterios y santuarios el exorcismo se realizaba mediante una delicada «imposición de manos». Junto a estos métodos se utilizaban también tratamientos médicos que provenían principalmente de

las enseñanzas de Galeno, pero que no llegaban a comprenderse por completo, lo que daba lugar a prescripciones con tintes mágicos y misteriosos.

Resulta interesante observar el reciente renacimiento que ha tenido la superstición. Por ejemplo es posible encontrar personas que están convencidas de que los problemas psicológicos están originados por fuerzas sobrenaturales, y que la «curación» requiere algún tipo de exorcismo. De hecho, todavía se practica de manera ocasional. Fries (2001) informa de un hecho trágico en el que una mujer asesinó a su hijo de cuatro años en un ritual exorcista que intentaba expulsar los demonios que ella creía que habían poseído a su hijo.

Siempre se ha pensado que durante la Edad Media las personas con trastornos mentales eran acusadas de brujería y quemadas en una hoguera (por ejemplo, Zilboorg y Henry, 1941). Sin embargo, algunas investigaciones más recientes han cuestionado esta creencia (Maher y Maher, 1985; Phillips, 2002; Schoeneman, 1984). Por ejemplo, en una revisión de la literatura sobre el tema, Schoeneman observó que «el típico acusado por brujería no era una persona mentalmente enferma, sino una mujer pobre con una lengua afilada y un mal temperamento» (p. 301). Según este autor «de hecho la brujería nunca fue considerada como algún tipo de posesión, ni siquiera por sus perseguidores, por el pueblo llano, o por los historiadores modernos» (p. 306). Decir «nunca» puede constituir una exageración; ciertamente algunos enfermos mentales debieron ser castigados por brujería. La confusión entre la brujería y la enfermedad mental pudo producirse debido, en parte, a la ambigüedad de la idea de la posesión diabólica. Incluso Robert Burton (1576-1640), un perspicaz estudioso, en su trabajo clásico *La anatomía de la melancolía* (1621), consideraba que la posesión diabólica podía constituir una causa de trastorno mental. Había dos tipos de personas poseídas por el demonio; quienes estaban físicamente poseídos se consideraba que estaban locos, mientras que los poseídos espiritualmente eran considerados brujos. A lo largo del tiempo, la distinción entre ambas categorías puede haberse difuminado, dando lugar a la idea de que la brujería y la enfermedad mental estaban más conectadas en el pensamiento medieval, de lo que realmente sucedía.

El experimento de Pinel.

En 1792, poco después de que comenzara la revolución francesa, Pinel fue nombrado director de La Bicête de París. Entre sus atribuciones recibió el permiso del Comité Revolucionario para poner a prueba su idea de que los pacientes mentales deberían ser tratados con amabilidad y consideración, como a personas enfermas y no como bestias o criminales. Si su experimento hubiera fracasado, probablemente Pinel hubiera perdido la cabeza, pero afortunadamente resultó un rotundo éxito. Se eliminaron las cadenas, se crearon habitaciones soleadas para los pacientes, que podían caminar y hacer ejercicio por los jardines del hospital, y estos pobres seres empezaron a recibir atenciones en ocasiones por primera vez en más de treinta años. El resultado fue casi milagroso. Los ruidos, la suciedad y los abusos, fueron sustituidos por orden y tranquilidad.

Como decía Pinel, «la disciplina estaba rodeada por la rutina y la amabilidad, lo cual tuvo un efecto muy favorable sobre los locos, convirtiendo incluso a los más furiosos en personas más tratables» (Selling, 1943, p. 65).

Hay un documento histórico muy interesante que apareció en los Archivos Franceses, que plantea ciertas dudas sobre el momento en que estas reformas humanitarias empezaron a aplicarse en Francia. Este documento, que fue aportado por Jean Baptiste Pussin (el predecesor de Pinel en el hospital), indicaba que él había sido el director del hospital en 1784, y que había sido también él quien había quitado las cadenas a los pacientes. También señalaba en ese documento que había dado órdenes a los miembros del hospital prohibiendo golpear a los pacientes (Weiner, 1979).

Gracias a los esfuerzos de los reformadores europeos y americanos del siglo XVII y de principios del xix (Philippe Pinel, William Tuke, Benjamín Rush y Eli Todd) se fueron mejorando las condiciones de vida de los enajenados y se les dio un tratamiento más humano, destinado a mejorar su comportamiento. Pinel inició la era del "tratamiento moral" con comentarios como el siguiente: "Es mi convicción que los enfermos mentales son intratables debido únicamente a que carecen de aire puro y de libertad" (citado por Ullmann

y Krasner, 1975, p. 135). Con esto comenzó a abrirse paso la idea de que era posible ayudar a los enfermos mentales en vez de simplemente ocultarlos. Pero todavía los médicos no se hacían cargo de su tratamiento y, aparentemente, tenían buenas razones para ello.

A finales del siglo XIX se descubrió que la sífilis era la causa de la paresia generalizada, un síndrome de deterioro cerebral que hasta entonces se había tratado como locura. Esto impulsó la idea de que todos los desórdenes mentales tenían bases orgánicas, y que era necesario hacer investigaciones para descubrirlas. La certeza de que "no hay un pensamiento torcido sin que haya una molécula torcida" (Gerard, 1956, citado en Abood, 1968), unida a la cruzada iniciada por Dorothea Dix en los Estados Unidos, aumentó, multiplicó e insistió en los aspectos médicos de las enfermedades mentales, provocando el declinar de los pequeños (pero efectivos) centros de "tratamiento moral". Eso también hizo más fuerte la convicción de que los desórdenes del comportamiento son enfermedades y que por lo tanto correspondía a los médicos dar el tratamiento necesario.

La investigación médica para encontrar las causas orgánicas y el tratamiento físico de las enfermedades mentales llevó a algunos médicos a descubrir una nueva dimensión, que Zilboorg y Henry (1941) llamaron la "revolución psiquiátrica". Todo comenzó cuando algunos médicos franceses de mediados del siglo XIX comenzaron a examinar el fenómeno que Franz Anton Mesmer había llamado el "magnetismo animal" y que James Braid, un cirujano inglés, llamó poco después "hipnotismo". La investigación y las demostraciones que Jean-Marie Charcot, Hippolyte Bernheim y Pierre Janet hicieron, para demostrar que la hipnosis tenía relación con los desórdenes del comportamiento (especialmente en la histeria), provocaron interés y controversias sobre la posibilidad de que las enfermedades mentales tuvieran origen psicológico, por lo menos en parte, y respondieran mejor a tratamientos psicológicos que a tratamientos orgánicos.

El problema llamó la atención de un joven neurólogo vienes, llamado Sigmund Freud, quien, para 1896, ya había propuesto la primera versión de su teoría según la cual los desórdenes de la conducta, como la histeria, no son el resultado de una condición orgánica determinada, sino de la lucha dinámica de la mente humana para satisfacer, por una parte, los deseos instintivos (sobre todo sexuales) que comienzan desde la infancia, y, por otra parte, para

adaptarse a las reglas sociales y a las exigencias y restricciones impuestas por el mundo exterior. La presentación de esta teoría produjo, entre los colegas médicos de Freud, una reacción menos que entusiasta. El presupuesto de que niños inocentes son un depósito de bajos instintos sexuales y agresivos no sólo resultaba revolucionaria, sino inaceptable. Un médico llamó las ideas de Freud "un cuento de hadas científico" (Krafft-Ebing, citado por Reisman, 1966, p. 41). A pesar de todo, estas ideas se desarrollaron hasta convertirse en una teoría global de la naturaleza dinámica del comportamiento humano y del comportamiento aberrante, y, en último análisis, determinó un curso completamente nuevo en la Psiquiatría.

Las teorías de Freud iban a tener también una gran influencia en la Psicología clínica pero su repercusión en este nuevo campo, en 1896, no fueron de importancia, porque la teoría de Freud no era en ese momento más que una idea muy controvertida, porque trataba el aspecto de las enfermedades mentales, restringiendo su campo únicamente a la medicina. La Psicología clínica, que estaba naciendo en ese momento, no tenía pretensiones de dar tratamientos a las personas enfermas, pero, como veremos más adelante, la consideración del dinamismo de la conducta, iniciada por Freud y sus discípulos, determinó las actividades de los psicólogos clínicos en otras áreas y, cuando llegó el tiempo, dio las bases para que la psicología clínica iniciara la terapia.

1.3. Niveles de intervención (individual, pareja, familia, grupo y comunidad).

Terapia individual

Consiste en un proceso de evaluación y tratamiento entre el/la paciente y el psicólogo. Cada dificultad o trastorno tendrá su proceso, sus estrategias y su duración.

Terapia de pareja: hay varias opciones:

- Los dos miembros separados: Es la que alterna las visitas entre los dos miembros de la pareja, haciendo sesiones individuales y puntualmente sesiones con los dos juntos. Es la que habitualmente más utilizamos.
- Un solo miembro: terapia de pareja donde sólo acude uno de los miembros, ya que el otro o bien no lo sabe (que la persona acude a consulta), o no quiere colaborar. Esta

terapia también se muestra muy eficaz porque la persona que viene aprende una serie de estrategias a la vez que se trabaja la compatibilidad de la relación y la aclaración de dudas.

- Los dos miembros juntos: La pareja acude conjuntamente a la mayoría de las sesiones pero también se hacen sesiones individuales para evaluar el estado de cada miembro.

Terapia familiar

Pueden venir todos los implicados a la vez, los padres, o un padre/madre y un hijo/hija. Se trabaja con estrategias y técnicas para mejorar la relación entre los miembros.

A pesar de que en muchos aspectos son muy similares, la terapia conyugal y la terapia familiar evolucionaron debido a diferentes razones. La terapia conyugal fue una rama natural que creció a partir del hecho de que muchos clientes se quejaban de los problemas matrimoniales. Las raíces de la terapia familiar son más indirectas y brotan del hecho de que las personas que lograban grandes mejorías durante la terapia individual o el tratamiento institucional a menudo tenían una recaída cuando regresaban a sus familias. Esta observación, acompañada de otros descubrimientos e investigaciones clínicas, conllevaron a varias teorías de psicopatología que acentuaron la importancia del ambiente familiar y las interacciones entre los padres e hijos como las causas de la conducta desadaptativa (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956; Lidz y Lidz, 1949; Sullivan, 1953).

La terapia familiar también se distingue de la terapia conyugal en que por lo general comienza por centrarse sobre los problemas de uno de los integrantes de la familia en lugar de tratar todo el sistema familiar. Los terapeutas a menudo se refieren al "cliente identificado" como la persona de la familia que ha sido señalada como que tiene el problema. Por lo común, el cliente identificado es un hijo del sexo masculino (a menudo de edad adolescente) que los padres han llegado a etiquetar como un "problema de comportamiento" o "imposible de manejarse". Mientras que la terapia familiar puede comenzar con un enfoque sobre el integrante sintomático, el terapeuta lo más pronto que pueda intentará otorgarle otro marco al problema en términos de procesos familiares perturbados o comunicación familiar

deficiente. Mientras que el mantenimiento del bienestar del cliente identificado es una preocupación e interés central, el terapeuta fomentará que todos los integrantes de la familia se percaten de su propia contribución al problema, y los cambios positivos que puede realizar cada integrante.

Terapia de grupo

La terapia de grupo es algo más que las terapias simultáneas de varios individuos. A pesar de que se inspiró inicialmente en la necesidad económica de solventar la escasez de personal profesional alrededor de la Segunda Guerra Mundial, la terapia de grupo ha avanzado hasta el punto en que ahora se le considera una forma única y valiosa de intervención en sí. Actualmente en raras excepciones se recomienda la terapia de grupo únicamente porque es más económica, sino porque se juzga, con bases clínicas, como la intervención ideal para muchos tipos de clientes.

La terapia de grupo se practica en una variedad extensa de estilos y técnicas. De hecho, cada modelo principal de la Psicología clínica tiene tratamientos de grupo basados en sus principios. Existen grupos analíticos, grupos centrados en el cliente, grupos de análisis transaccional, grupos de encuentro, grupos gestalt y grupos del aprendizaje social. Los grupos también son una forma popular de intervención dentro de muchas organizaciones no profesionales de autoayuda. Algunos ejemplos comunes son los grupos para cuidar el peso, grupos de autoafirmación, grupos de concientización, y Alcohólicos Anónimos. Ciertos grupos presuponen una identidad especial debido a algún rasgo idiosincrático; los grupos de tipo maratón que perduran por periodos prolongados sin interrupción son un buen ejemplo.

Psicología comunitaria

La salud mental comunitaria se debería considerar como un subconjunto de actividades dentro de la Psicología comunitaria que se dedica principalmente a la prestación de servicios de la salud mental a las poblaciones que a lo largo de la historia no se han atendido de una

manera suficiente por los profesionales de la salud mental. La salud mental comunitaria se interesa principalmente con los servicios directos a los consumidores, mientras que la Psicología comunitaria persigue cambios más amplios del sistema social y cuyos efectos se pueden irradiar hasta los individuos (Sarason, 1973).

Las metas de la Psicología comunitaria se relacionan con el nivel de la comunidad o porción más pequeña de la comunidad (por ejemplo, la creación o fortalecimiento de los recursos sociales), mientras que la salud mental comunitaria se dirige hacia el logro de la entrega más efectiva de servicios clínicos a las personas necesitadas.

Bloom (1973) ha contrastado la inclinación de la psicología comunitaria hacia los aspectos sociales con la atención que presta la salud mental comunitaria a los problemas individuales. La primera es una Psicología acerca de la comunidad, la última es una Psicología dentro de la comunidad (Mann, 1978).

Considérese la siguiente analogía en el mundo deportivo. La relación entre la salud mental comunitaria y la Psicología comunitaria se parece un poco a la asociación entre la Liga Nacional y una liga principal del béisbol en conjunto. Primero apareció la Liga Nacional pero en poco tiempo formaron parte de ella varios equipos de la Liga Americana para conformar una estructura mayor. Como la Liga Nacional, primero apareció la salud mental comunitaria y fue el ímpetu financiero de lo que ahora conforma la psicología comunitaria.

1.4. La relación terapéutica: Consideraciones éticas de la intervención clínica.

Decisiones judiciales importantes para los derechos del paciente Hay algunas importantes decisiones judiciales que han permitido establecer ciertos derechos básicos de los individuos con trastornos mentales. Pero también han servido para recortar sus derechos, en el seno de una constante controversia.

- Derecho a recibir tratamiento. En 1972 un tribunal de Alabama sentó jurisprudencia en el caso de Wyatt contra Stickney. Estableció que una persona con una enfermedad o retraso

mental tenía derecho a recibir tratamiento. A partir de entonces, el estado de Alabama ha aumentado su presupuesto para el tratamiento de la enfermedad el retraso mental en un trescientos por ciento (véase Winick, 1997).

- Libertad del confinamiento bajo custodia. En 1975 el tribunal supremo de Estados Unidos estableció el principio de que los pacientes tienen derecho a quedar en libertad, si no se demuestra que son peligrosos para sí mismos o para los demás, y si son capaces de vivir sin necesidad de custodia. En el caso de Donaldson contra O'Connor, los demandados tuvieron que pagar a Donaldson 10 000 dolares por haberlo mantenido bajo custodia sin proporcionarle tratamiento.
- Derecho a recibir una compensación por el trabajo. En 1973 un tribunal de Estados Unidos sentó precedente en el caso de Souder contra Brennan (el Secretario de trabajo) de que un paciente que estuviera en una institución mental y realizase un trabajo, debía recibir un salario. Aunque en 1978 el tribunal supremo anuló ciertas partes de esa decisión del tribunal inferior por lo que concierne a los hospitales del Estado, la norma todavía se aplica a los pacientes de instituciones privadas.
- Derecho a vivir en comunidad. En 1974 un tribunal regional decidió, en el caso de Staff contra Miller, que los pacientes que habían sido dados de alta de un hospital mental, tenían derecho a vivir en «hogares adultos» en el seno de la comunidad.
- Derecho a recibir un tratamiento menos restrictivo. En 1975, un tribunal regional sentó precedente en el caso de Dixon contra Weinberger. La norma establecía el derecho de las personas a recibir tratamiento en instituciones menos restrictivas que las instituciones mentales.
- Derecho a recibir asesoramiento legal en las vistas judiciales. El Tribunal Supremo del Estado de Wisconsin decidió en 1973, en el caso de Memmel contra Mundy, que un individuo tenía derecho a recibir asesoramiento legal durante el proceso de internamiento.
- Derecho a rechazar el tratamiento. Algunas decisiones judiciales han establecido precedentes, y algunos Estados han legislado para que los pacientes puedan rechazar ciertos tratamientos, como la terapia electro-convulsiva y la psicocirugía.

- La necesidad de internamiento debe demostrarse con pruebas convincentes y fehacientes. En 1979 el Tribunal Supremo de Estados Unidos estableció, en el caso de Addington contra Texas, que la necesidad de mantener internada a una persona en una institución debe basarse en pruebas demostrables.
- Limitación del derecho de los pacientes a rechazar la medicación psicotrópica. En 1990 el Tribunal Supremo de Estados Unidos estableció, en el caso Washington contra Harper, que una prisión de Washington podía no tomar en cuenta el rechazo de un prisionero perturbado a tomar medicinas psicotrópicas. La decisión se basó en que los derechos del paciente estaban adecuadamente protegidos. En este caso vemos que las modificaciones en el clima político de la nación pueden hacer retroceder una tendencia previa que favorecía el derecho de los pacientes.

El deber de proteger: implicaciones de la decisión Tarasoff.

¿Qué debería hacer un terapeuta cuando se entera de que su paciente ha planeado hacer daño a otra persona? ¿Puede violar el derecho a la confidencialidad e intentar impedir que su paciente cometa esa acción? En la actualidad, en la mayoría de los Estados Unidos, el terapeuta no sólo puede violar con impunidad la confidencialidad, sino que la ley le puede exigir que realice las acciones oportunas para proteger a las personas de la amenaza de violencia inminente. En su forma original, este requerimiento se concibió como la obligación de proteger a una presunta víctima.

La doctrina legal del deber de protección alcanzó un gran ímpetu en el Tribunal de California que dictó sentencia de 1976 en el caso de Tarasoff contra los directores de la Universidad de California (Mills, Sullivan y Eth, 1987). En este caso, un psicólogo de la sección de salud mental de la Universidad estaba realizando psicoterapia externa con Prosenjit Poddar. Durante el tratamiento el señor Poddar dijo que pretendía matar a su anterior novia, Tatiana Tarasoff, cuando regresara de vacaciones. Preocupado por esta amenaza, el psicólogo discutió el tema con sus supervisores, y éstos estuvieron de acuerdo en que se trataba de una persona peligrosa y que debería ser internada, para someterse a observación y

tratamiento. Informaron a la policía del campus, que detuvo a Poddar para interrogarlo, tras lo cual se le consideró en su sano juicio y se le liberó, con la promesa de dejar en paz a Tatiana. Poddar dio por terminado el tratamiento con su psicólogo y dos meses después apuñaló a Tatiana hasta la muerte. Los padres de la chica demandaron a la Universidad de California y a los miembros del equipo involucrados en el caso, por no haber internado en el hospital a Poddar ni haber avisado a Tatiana de la amenaza. En el proceso judicial, el Tribunal Supremo de California dictaminó en 1974 que los demandados no eran culpables de no haber internado al asesino, pero sí de no haber protegido a la víctima. De manera irónica, el asesino quedó libre por un fallo técnico y volvió a su casa en la India. En un análisis posterior del caso, Knapp (1980) señaló que el tribunal había establecido que la dificultad para determinar la peligrosidad no eximía al terapeuta de no haber intentado proteger a la chica ante un peligro tangible. El tribunal reconoció que la confidencialidad es algo importante en la relación terapéutica, pero también que el privilegio a la protección finaliza en el momento en que el comienza el peligro público.

La prescripción del deber de protección —que se conoce como la decisión Tarasoff— explica detalladamente la responsabilidad de un terapeuta en situaciones en las que existe una amenaza explícita sobre la vida de una persona, pero sin embargo deja en la ambigüedad otros aspectos. Por ejemplo, ¿debe aplicarse esta prescripción a los casos en que un paciente amenaza con cometer suicidio, y cuál sería la responsabilidad del terapeuta en caso de que lo consiguiera? ¿Qué debería hacer un terapeuta cuando no conoce el nombre de la posible víctima? En respuesta a las presiones de clarificación, sobre todo desde las organizaciones profesionales de salud mental, el Tribunal Supremo de California expresó de 1976 su opinión revisada, que se denominó «Doctrina del Deber de Prevenir». En esta decisión el tribunal establecía que la obligación no sólo era prevenir, sino incluso proteger a la eventual víctima, aunque todavía queda equívoca la cuestión de cómo llevar a cabo esta obligación.

Los múltiples flecos que quedaban sueltos fueron parcialmente resueltos, al menos en California, tras la publicación de una Ley en 1985 que establecía que la obligación de proteger a la víctima queda en suspenso, cuando el terapeuta realiza «esfuerzos razonables» para informar tanto a la víctima como a los cuerpos de seguridad. Sin embargo, en otras

jurisdicciones se mantienen las inconsistencias derivadas del caso Tarasoff, lo que genera gran cantidad de ansiedad y confusión entre los profesionales de la salud mental, muchos de los cuales continúan convencidos, desde una perspectiva ética y clínica, de que la confidencialidad estricta es un derecho absoluto e inviolable. Por ejemplo, una pequeña minoría de Estados Unidos, como Maryland y Pennsylvania, ha defendido explícitamente esta posición, en contra de la postura Tarasoff (Mills et al., 1987). Más recientemente, otros estados tienden a limitar la aplicación del deber de informar (Walcott, Cerundolo, et al., 2001).

Los códigos éticos oficiales, como el de la American Psychological Association (1992), suelen exigir obediencia a la ley, al margen de predilecciones personales. Sin embargo, en aquellos casos en que la ley se muestra ambigua o equívoca, como suele ocurrir en este ámbito, existe mucho campo libre para la interpretación individual.

Código de ética del psicólogo y del psicoterapeuta Mexicano.

Todo psicoterapeuta serio debe comprometerse a guardar principios éticos y reglas claras. Cada persona que toma terapia puede estar segura de que está amparada por el siguiente código de ética:

Derechos y obligaciones del paciente en terapia:

1. El paciente tiene el derecho a elegir al psicoterapeuta de acuerdo a su conveniencia.
2. El paciente tiene la opción de cambiar de psicoterapeuta si lo desea. Se recomienda que lo discuta previamente con su psicoterapeuta.
3. El paciente reconoce que el psicoterapeuta no es responsable de su vida, ni de lo que ocurra fuera de la sesión de terapia.
4. El paciente es responsable de su proceso terapéutico así como de la decisión de comenzar o finalizarlo.

5. El paciente no debe dañarse a sí mismo ni a personas u objetos dentro del cuarto o consultorio del psicoterapeuta. De lo contrario el paciente se hará responsable de los daños que ocasione.
6. El paciente se compromete a no utilizar drogas, alcohol ni cualquier otro tipo de estimulantes durante la sesión.
7. El paciente se compromete a pagar el costo del tratamiento psicoterapéutico y a cumplir las condiciones o reglas acordadas al inicio, con su psicoterapeuta.
8. El paciente deberá reconocer que iniciar una terapia implica un recorrido de varias sesiones para poder completar un proceso con su psicoterapeuta.
9. Así mismo el paciente sabe que el psicoterapeuta nunca busca forzarle o solicitarle hacer nada que vaya más allá de sus límites o de su propia habilidad, a su juicio, para tomar una elección libre en la situación.

Respeto a la persona y a su libertad:

1. El psicoterapeuta nunca deberá dañar física ni moralmente a un paciente ya sea intencionadamente o por negligencia.
2. Evitará la utilización de cualquier técnica, maniobra o comentario que ponga en peligro al paciente o que atente en contra de su libertad.
3. Pedirá siempre el consentimiento de su paciente para la utilización de técnicas específicas de terapia.
4. Es imprescindible que el psicoterapeuta guarde absoluta confidencialidad y secreto profesional con sus pacientes. No obstante el psicoterapeuta se reserva el derecho de consultar con otros colegas o supervisores el material concreto, omitiendo la identidad de los pacientes.

5. Cuando el paciente desee abandonar el proceso terapéutico, el psicoterapeuta, según su criterio podrá exponer recomendaciones, pero nunca utilizará métodos de coacción, manipulación o presión para que el paciente continúe con la terapia.
6. No deberán utilizar, ni el paciente ni el psicoterapeuta, drogas, alcohol ni cualquier otro tipo de estimulantes que pongan en riesgo la pérdida de auto observación o la consciencia durante la sesión.
7. Queda absolutamente prohibido cualquier tipo de relación sexual ya sea por manifestaciones físicas o verbales con el paciente, mientras exista un proceso terapéutico.
8. Queda absolutamente prohibido cualquier tipo de abuso sexual o verbal por parte del psicoterapeuta. (se entiende por abuso, cualquier situación en donde se utiliza al paciente para efectos personales del psicoterapeuta).
9. El psicoterapeuta no aplicará técnicas que no haya experimentado en sí mismo con anterioridad, o si el caso lo requiere, será bajo estricta supervisión.
10. En hipnosis, queda prohibido el uso de técnicas autoritarias que puedan restringir o impedir el ejercicio de la libertad del paciente.
11. Cuando se requiera, el psicoterapeuta deberá solicitar el consentimiento del paciente para hacerlo parte de un protocolo de investigación.

Derechos y obligaciones del psicoterapeuta:

1. El psicoterapeuta tiene libertad absoluta para aceptar o no a un paciente, o terminar la relación terapéutica si lo juzga conveniente, asumiendo la responsabilidad de sus motivos personales.
2. El psicoterapeuta tiene el derecho a cobrar por la prestación de sus servicios, tomando en consideración su experiencia y conocimientos.
3. El psicoterapeuta se compromete a continuar su formación y actualización a lo largo de su ejercicio profesional.

4. El psicoterapeuta estará abierto para recibir las recomendaciones o retroalimentación que le brinde algún otro profesional competente.
5. Con el objeto de evitar la "piratería" y deslealtad con otros colegas, el psicoterapeuta tiene la obligación moral de notificar que está por recibir a un paciente que ha abandonado la terapia con un psicoterapeuta anterior.
6. El psicoterapeuta tiene la obligación moral de informar o notificar cualquier mal uso que se esté dando de la práctica psicoterapéutica o de la falta de cumplimiento del presente Código.

Relación con otros colegas psicoterapeutas:

1. Evitará la descalificación y el hablar mal de otros psicoterapeutas a sus pacientes.
2. El psicoterapeuta tiene la obligación de remitir a un paciente psicótico o "borderline" a un tratamiento especializado en el problema detectado y ante la duda solicitar interconsulta o la supervisión pertinente.
3. El psicoterapeuta no puede interferir con algún tratamiento médico o psiquiátrico sin consultar previamente al especialista.
4. La prescripción de tratamientos psico-farmacológicos queda reservada a los profesionales competentes.

1.5. Evaluación del caso para la elección del tratamiento.

La evaluación del tratamiento psicológico es un interés principal de por lo menos tres tipos de audiencias diferentes, y cada audiencia tiene sus propios valores que influyen sobre su definición de salud mental así como los criterios que se emplean para estimar la salud mental. En primer lugar, está el cliente, el consumidor del servicio profesional, quien se comprende que tienen más que un interés pasajero en el éxito de una actividad en la que él ha invertido

mucho esfuerzo personal, tiempo y dinero. Por lo general, el cliente hace dos preguntas muy sencillas acerca de la terapia: "¿Me ayudó?"- y "¿Valió la pena el gasto?"

La segunda fuente de evaluación es el terapeuta, una persona que también hace una inversión considerable al ofrecer psicoterapia a los clientes y que necesita saber si sus esfuerzos valen la pena o si necesitan modificarlos de alguna manera.

La audiencia evaluadora final de la psicoterapia es la sociedad, que en este caso se refiere a cualquier otra tercera persona que tenga interés. Una tercera persona puede ser el cónyuge, padre, amigo, amante, maestro, juez- cualquier persona que se interese en los cambios que puede producir la psicoterapia en un cliente o en más clientes. Las terceras personas también adquieren una calidad acumulativa; es decir, si sumamos todas las terceras personas que tienen un interés en la psicoterapia, podemos hablar de la sociedad en el sentido tradicional de un grupo social organizado y cooperativo que se interesa en que la práctica de la psicoterapia produzca efectos deseables para la comunidad en general.

La evaluación de la psicoterapia es una actividad que domina la investigación dentro de la psicología clínica. Esta actividad se presenta en dos formas. La evaluación empírica de los efectos últimos del tratamiento se conoce como investigación de resultados y se estudiará con algún detalle en las siguientes, páginas.

La otra forma principal para evaluar la psicoterapia se conoce como investigación del proceso. Es común que los estudios del proceso se enfoquen sobre la interacción continua del terapeuta y el cliente a medida que se desarrollan las sesiones de la terapia. Se estudian los cambios que ocurren dentro de las sesiones de la terapia. Muchos psicólogos discuten que no existe ninguna distinción útil ni necesaria entre la investigación de resultados y la del proceso. Por ejemplo, Keisler (1971) argumenta que la dicotomía es una diferenciación desafortunada que obscurece el hecho de que toda la investigación sobre la psicoterapia intenta medir el cambio de algún tipo. La investigación del proceso analiza los cambios dentro de la sesiones durante varios periodos temporales, mientras que la investigación de resultados estudia los cambios que ocurren fuera de la terapia entre el comienzo y la finalización del tratamiento (y durante el seguimiento). Keisler aboga porque se abandone la distinción entre proceso y resultados y que en lugar de esto se refiera a los "estudios dentro

de la terapia (entrevista) y las investigaciones fuera de la terapia en el lugar de los acontecimientos".

La investigación de resultados de la psicoterapia es un tema que en la actualidad ocupa una de las literaturas más vastas de la psicología clínica (Garfield y Bergin, 1978; Meltzoff y Komreich, 1970; Smith y Glass, 1977). El propósito de esta sección no es resumir los resultados de este conjunto pesado de literatura, sino describir de una manera breve la metodología básica, el "cómo" que implica la evaluación de los efectos de la psicoterapia.

Por un largo periodo la pregunta básica que se planteaba el investigador clínico era: "¿Es efectiva la psicoterapia?" Gradualmente los investigadores descubrieron que esta pregunta era demasiado amplia como para que se le pudiera responder de una manera que tuviera significado, y la abandonaron a favor de la reformulación de Paul (1969a) que ahora ya es famosa: "¿Qué tratamiento, realizado por quién, es más efectivo para este individuo con este problema específico, bajo qué tipo de circunstancias, y cómo se desarrolla?".

Kazdin (1978) ha organizado la "pregunta ulterior" de Paul en tres metas de la investigación de resultados: (1) determinar la efectividad de un tratamiento específico; (2) comparar la efectividad relativa de diferentes tratamientos; y (3) estimar los componentes individuales del tratamiento que son responsables del cambio en un problema o cliente particular.

Con el fin de lograr cualquiera de estas tres metas, el investigador de la psicoterapia, como todos los demás investigadores, se enfrenta con una tarea: elaborar, planear y conducir la evaluación de tal manera que los resultados no se interpreten de una forma ambigua (Underwood, 1957). Esta obligación es falazmente fácil de describir pero exasperantemente difícil de llevar a cabo. De hecho, es bastante razonable argumentar que es casi imposible llevar a cabo una evaluación que proporcione resultados que de ninguna manera sean ambiguos (Mahoney, 1978) por la sencilla razón de que cualquier actividad humana es un esfuerzo falible.

1.5.1. Eclecticismo en la intervención.

Así pues, ¿qué es lo que determina la elección o versión personal de un modelo determinado? Los freudianos podrían sugerir que la motivación inconsciente es la que la puede originar, mientras que otros indicarían la función que haya desempeñado el modelado, reforzamiento diferencial y otros principios del aprendizaje.

La orientación de los profesores y los supervisores clínicos a menudo tiende a reflejarse en los estudiantes que tienen contacto con ellos de manera directa o a través de sus obras. Aun otros buscarían la respuesta en la congruencia entre los principios del modelo y los autoconceptos de sus seguidores. O, la elección puede basarse en el "estilo cognitivo" (Kaplan, 1974, características emocionales y de personalidad L'Abate, 1969), o sencillamente la "preferencia personal" (Zubin, 1969). La verdad es que, en realidad se desconoce el motivo por el cual los clínicos eligen un modelo determinado, y quizá nos convenga más considerar los elementos que tienden a elegir.

En referencia a lo anterior, las respuestas son bastante claras. Algunos clínicos no emiten una sola decisión. Por el contrario, adoptan aquellos aspectos de dos modelos o más que a ellos les satisfacen personalmente. Para las personas que valoran la liberalidad, la flexibilidad y la moderación antes que la consistencia sistemática, esta solución al problema de elegir un modelo se denomina eclecticismo.

Para las personas que valoran como más importantes el apego a un punto de vista unitario e integrado, los "eclécticos" son simplemente individuos confundidos cuyo destino es girar sus engranes intelectuales debido a una falta de seriedad teórica. En cualquier caso, las filas de "eclécticos" o "confundidos" están creciendo en algunos de los grupos de Psicología clínica, a pesar de que (o quizá debido a que ahora se dispone de un número mayor de submodelos que se pueden identificar fácilmente. Garfield y Kurtz (1976) reportaron que casi el 55 por ciento de su muestra de 855 miembros de la División clínica del APA se llamaron a sí mismos eclécticos, lo cual constituye un incremento de casi el 15% sobre una estimación realizada anteriormente por Kelly (1961).

Garfield y Kurtz (1976) presentan otra evidencia que sugiere que los modelos freudianos y neofreudianos han ido perdiendo popularidad entre los psicólogos clínicos en el transcurso de los últimos 15 años, mientras que la de las perspectivas fenomenológicas y del aprendizaje social se ha incrementado ligeramente. A pesar de que estos datos probablemente reflejan de una manera adecuada la dirección que han tomado las tendencias para la adopción de los modelos de Psicología clínica, pueden carecer de una representatividad completa. Por ejemplo, muchos clínicos que no son eclécticos no pertenecen a la División Clínica del APA, y por lo contrario se inscriben en grupos clínicos que se orientan hacia un solo modelo tales como "Association for the Advancement of Behavior Therapy" (Asociación para el progreso de la terapia conductual) o "Association of Humanistic Psychology" (Asociación de Psicología humanística). Por lo tanto, probablemente sea más acertado afirmar que, a pesar de que hay muchos eclécticos, hay una cantidad aún mayor de clínicos que se identifican con un modelo determinado, principalmente los modelos del aprendizaje social o fenomenológico en contraste con el psicodinámico. Garfield (1974, p. 37) lo expresó de la siguiente manera: "Parecería que. . . la cúspide de la orientación (psicoanalítica) ya fue alcanzada."

1.6. Fin de la relación psicoterapéutica.

La planificación del tratamiento por objetivos.

La razón fundamental por la que se sugiere un tratamiento por objetivos es poder evaluar su eficacia. Como ya se ha señalado la evaluación de la eficacia tratando de mejorar progresivamente la intervención clínica acorde con los planteamientos científicos es un objetivo irrenunciable desde nuestra perspectiva. Por otra parte planificar el tratamiento fijando objetivos permite ordenar la intervención y modificar los procedimientos si concluimos que no son eficaces en el caso. Finalmente fijar objetivos y los criterios de su consecución permite tanto al cliente como al terapeuta valorar con evidencia los resultados.

La elección de las técnicas en función de las competencias básicas de la persona y de los tipos de aprendizaje que mantienen el problema.

Las técnicas de cambio clínico son procedimientos basados en uno o más procesos de aprendizaje como ocurre en la mayoría de los procesos formativos en humanos. Los aprendizajes perceptivos, operantes vicarios e instruccionales suelen estar mezclados en cada técnica o procedimiento, dado que el ser humano es social vive en un entorno cultural y usa el lenguaje en cualquier lugar.

En general se dispone de un buen número de técnicas para cada uno de los variados propósitos del caso y, sobre todo, se dispone de un amplio número de variantes de cada técnica descritas en estudios de caso. Las personas que acuden a tratamiento tienen diferente nivel de formación y sus habilidades perceptivas, verbales, espaciales, de comunicación son diferentes. Así pues, se recomienda elegir técnicas o adaptar variantes de la mismas que se ajusten a las competencias de la persona en tratamiento.

Se considera que, en un momento dado, cualquier conducta se puede cambiar en su frecuencia o intensidad, mediante cualquiera de los tipos de aprendizaje disponibles de manera independiente del tipo de aprendizaje con el que originalmente se aprendió. Por ejemplo se puede modificar mediante condicionamiento una conducta compleja como el miedo que se hubiere aprendido mediante aprendizaje vicario. Otra cuestión es determinar qué tipo de aprendizaje utilizar para modificar una conducta que, actualmente, está siendo mantenida en su frecuencia o intensidad mediante un determinado tipo de aprendizaje.

Pongamos el caso de un niño que sufre un tic en el ojo que consiste en una alta frecuencia de parpadeo. Si nos indica que dicha conducta está siendo mantenida por condicionamiento operante de reforzamiento positivo, en el que se sugiere que el reforzador podría ser la atención al tic de los familiares y adultos, la sugerencia de los protocolos de intervención clínica es utilizar el mismo tipo de condicionamiento en un procedimiento de extinción, por ejemplo, retirando la atención al tic de los adultos.

Las técnicas de intervención como procedimientos ingeniosos ajustados al caso para lograr los objetivos terapéuticos.

Como ya se ha dicho, se deben utilizar técnicas de intervención basados en aquellos tipos aprendizaje que, en el momento de la intervención, están operando sobre las conductas clínicamente relevantes. Sin embargo en el tratamiento psicológico se aplican técnicas más o menos ingeniosas basadas en los variados procesos de aprendizaje. Por ejemplo, para extinguir la distracción en un estudiante en su hora y media de estudio diario, se le pide que mientras estudie, haga cuantas tareas alternativas o distractoras desee. Sin embargo ha de respetar una condición inexcusable: ha de anotar la hora y la tarea antes de llevarla a cabo y, al ponerse de nuevo a estudiar, volver a anotar la hora. Le explicamos que, sólo si estamos seguros de que pretende ser más eficaz en su hora y media de estudio diario, le ayudaremos. O bien en otro caso, formularle al individuo una pregunta es más eficaz, en algunos casos, que darle una instrucción clara y precisa. Lo mismo ocurre con las instrucciones paradójicas. La sugerencia que se hace en todos los manuales de intervención clínica es que hay que ajustar la técnica elegida a las características del caso para que la persona no tenga dificultades para llevarla a cabo. En definitiva hay que asegurar que el procedimiento logra el objetivo.

1.7. Plan de seguimiento.

Desde esta perspectiva nos hemos impuesto en toda intervención clínica planificar una serie de sesiones de tratamiento con el ánimo de evaluar las últimas fases del tratamiento, aquellas que realmente demuestran su éxito: control de recaídas, del afrontamiento de los problema y dificultades de transferencia y generalización. Se trata de planificar y registrar lo que realmente se hace en sesión porque generalmente no se hace nada sino constatar que el caso no sólo no presenta los síntomas (conductas indeseadas) sino que ni sufre ni se siente incapaz de afrontar los problemas de su propia vida. El registro contribuye al control experimental del tratamiento.

La segunda gran tarea de un plan de tratamiento es inducir autocontrol. Comportarse con autocontrol es conducirse a las metas que uno mismo se plantea, modificando el nivel de logro pretendido o los procedimientos para alcanzarlas. Se trata de enseñar y practicar autocontrol como una herramienta general que facilita el ajuste al cambiante mundo en el que vivimos y previene los futuros problemas.

Cronograma de las sesiones, control de recaídas y refuerzo del afrontamiento y generalización.

El número de sesiones de seguimiento suele ser muy variado pero se recomienda que no sean menos de 4 sesiones, progresivamente espaciadas, de manera que el tiempo total de seguimiento oscile entre 2 y 3 meses. Es importante fijar al comienzo del seguimiento, el tipo de registros y pruebas que se pretende hacer para constatar el éxito del tratamiento después de que éste, como tal, ha terminado.

Las dos tareas imprescindibles en esta fase son controlar las posibles recaídas y observar como las afronta y resuelve el cliente. La labor del terapeuta no es sino reforzar el afrontamiento del problema y favorecer la exposición a situaciones nuevas, similares a las entrenadas en sesión, en las el cliente compruebe sus actuales habilidades, aprendidas en las sesiones de tratamiento, para que finalmente desaparezcan sus sentimientos de incapacidad.

UNIDAD II

MODELOS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA

2.1. Definición e importancia de los modelos de intervención.

Para apreciar plenamente las dimensiones de un objeto, uno debe observarlo desde varios ángulos; ésta es la razón por la cual a menudo se exhibe una escultura en un sitio donde el espectador puede caminar a su alrededor. Los acontecimientos también están sujetos a varias interpretaciones de acuerdo con diferentes puntos de vista. Cuando dos o más personas observan un suceso, ya se trate de un partido de fútbol, un accidente automovilístico, una interacción social o cualquier cosa, es muy probable que cada testigo reconstruya una versión diferente que refleje su perspectiva e interpretación particular de lo que ocurrió. Este fenómeno se mantiene tan constante que los maestros a menudo ponen en escena en el salón de clase acontecimientos inesperados y fuera de lo común (tales como un intento de "asesinar" al profesor por parte de un "antiguo estudiante inconforme") con el fin de demostrar a los alumnos la inevitable variabilidad que se da en los recuerdos de los observadores.

Cuando se escuchan diferentes relatos de un mismo hecho basados en diferentes puntos de vista uno se puede confundir, pero también las diversas versiones pueden aclarar el hecho si, como en el caso de la estatua, uno tiene la posibilidad de examinar todos los ángulos. Y aunque no se descubra necesariamente la "verdad absoluta" acerca de un hecho, una relación o una persona, por lo menos tendrá la seguridad de que no se ha ignorado en forma absoluta la información potencialmente importante.

Nos referimos a ellos como modelos debido a que ofrecen descripciones a pequeña escala de las formas en que varios pensadores han abordado el tema de la conducta humana en general y la psicología clínica en particular.

Cada modelo nos describe cómo se desarrolla la conducta y se vuelve problemática y todos han ejercido una clara influencia sobre los estilos de evaluación, tratamiento e investigación de sus seguidores. Por ejemplo, si el modelo o aproximación de Psicología clínica de uno se

basara en la suposición de que la conducta humana está principalmente determinada por la alimentación, esta suposición probablemente lo conduciría a afirmaciones acerca de la forma como el régimen alimenticio afecta el desarrollo conductual durante la infancia, niñez, adolescencia y vejez (por ejemplo "La comida dulce y blanca produce el pensamiento sentimental y la conducta con mala coordinación de los infantes y ancianos, mientras que la comida que es más sólida y los hábitos alimenticios maduros y estables dan como resultado procesos claros de pensamiento y conducta motora óptimamente eficiente"). Además, un modelo nutricional podría sugerir algunas hipótesis acerca de la aparición de la conducta perturbada en la cual, digamos, el exceso de carbohidratos se asociaría con la ansiedad, el consumo de grandes cantidades de refrescos produciría alucinaciones o la escasez de proteína estaría implicada con la aparición de los rituales obsesivos. Además de explicar la conducta humana observable, este modelo hipotético enfocaría las actividades de evaluación del psicólogo clínico sobre el campo alimenticio. Se podrían desarrollar procedimientos especializados de medición con el fin de obtener una información precisa y detallada sobre los hábitos alimenticios pasados y presentes del cliente para vigilar y controlar los componentes nutricionales de cada una de sus comidas.

La conducta humana es extremadamente compleja y puede ser explorada a partir de varios niveles, desde la actividad de las células y sistemas de órganos hasta las respuestas motoras abiertas, hasta el funcionamiento cognitivo y la interacción social. Si se agrega a esto el reconocimiento de que existe una cantidad casi infinita de maneras en las cuales se puede interpretar, evaluar, describir, investigar y alterar la conducta, no resulta sorprendente la afirmación de que el psicólogo clínico "conlleva una lucha continua en contra de la confusión" (Sundberg, Tyler y Taplin, 1973, p. ,93). Debemos decidir qué aspectos de la conducta merecen una atención especial y cuáles no deben ser menospreciados, qué tipos de datos de evaluación son de interés y cuáles son menos pertinentes, qué técnicas de tratamiento son dignas de explorarse y cuáles deben descartarse, hacia cuáles debemos dirigir la investigación y cuáles son menos prometedoras. Un modelo o aproximación sistemática puede ayudar a guiarnos en estas decisiones acerca de los fenómenos complicados que no pueden confundir,

y proporciona alguna tranquilidad al clínico introducir algún orden en aquello que podría haber sido un caos conceptual.

El símil de un modelo particular como un tipo de mapa, brújula y guía típicamente atrae a los seguidores cuyo compromiso con el modelo va desde un escepticismo sano a un entusiasmo casi fanático. Sin embargo, la utilidad personal de los modelos clínicos que se estudiarán en este capítulo debe distinguirse de su valor científico, el cual se evalúa a partir de dimensiones distintas de la comodidad, atractivo superficial o número de seguidores. En términos científicos, los mejores modelos clínicos son aquéllos cuyas implicaciones e hipótesis pueden ser investigadas rigurosamente en una amplia variedad de situaciones. Un buen modelo debe incluir una explicación completa, eficiente y verificable del desarrollo, mantenimiento y modificación tanto de los aspectos problemáticos como no problemáticos de la conducta humana. Los modelos que cumplen con estos requisitos permiten la evaluación experimental de laboratorio y la revisión sistemática en la aplicación clínica; de manera ideal, se mantendrán firmes o caerán en la medida en que se vayan acumulando los datos. "Solamente los modelos que no se pueden probar nunca perecen. Ni siquiera se desvanecen, desafortunadamente" (Zubin, 1969, p.6).

Algunas precauciones acerca de los modelos.

A pesar de que los modelos clínicos pueden ayudar a organizar las ideas que se tengan acerca de la conducta humana, a guiar las decisiones y funciones clínicas y a facilitar la comunicación profesional, su valor no es ilimitado. De hecho se ha argumentado que las mismas características que se consideran como ventajas principales de los modelos clínicos también pueden presentarse como sus desventajas fundamentales. Lo anterior debe confirmar de manera definitiva el poder de penetración de varios puntos de vista. Por ejemplo al adoptar el punto de vista de un determinado modelo, uno puede organizar completamente sus ideas acerca de la conducta a tal grado que se convierta en una perspectiva rígida, ortodoxa y cerrada a ideas nuevas y potencialmente valiosas. Esto aumenta el peligro de que se desarrolle un enfoque petrificado, en lugar de organizado, de la psicología clínica.

Además, la adhesión ciega a un modelo particular puede reducir el funcionamiento clínico a un nivel automático o reflejo en el cual la evaluación objetiva y la modificación subsecuente de la práctica profesional se tornan cada vez menos probables. Como resultado, el psicólogo clínico exageradamente dependiente de un modelo puede realizar su evaluación, tratamiento, investigación y otras actividades estrictamente de acuerdo con los dictámenes de un modelo, debido a que él o ella siempre los ha conducido de esa forma, independientemente de la evidencia experimental o de los resultados de los estudios de casos que pueden indicar la necesidad del cambio (véase Mahoney, 1976; Thorne, 1969).

Por último, un modelo es algo parecido a una región geográfica en el sentido de que en él se desarrolla un "idioma" o "lenguaje" propio. Esto facilita la comunicación entre las personas que pertenecen a esa región pero puede impedir el intercambio de opiniones entre estos "oriundos" y "extranjeros". A menudo, el intercambio de ideas e información entre las personas que están comprometidas con distintos modelos de la psicología clínica se ve obstaculizado por este tipo de barrera de "lenguaje". En casos como éste, ambas partes pueden pensar que están hablando de manera inteligible y que están comprendiendo lo que escuchan cuando, de hecho, no están transmitiendo sus juicios debido a que los términos que emplean se basan en un modelo particular e interfieren los significados especializados. Son frecuentes las discusiones largas y acaloradas de este tipo que se dan por terminadas cuando los participantes finalmente se percatan que estaban de acuerdo. Afortunadamente, la mayoría de los problemas asociados con la adopción de los modelos clínicos se pueden reducir de manera significativa al evitar el compromiso apasionado que fomenta la rigidez conceptual, la inflexibilidad conductual y la miopía semántica. Esto no significa que una referencia consistente y sistemática a un modelo particular sea perjudicial; por lo contrario, puede ser beneficiosa. Sin embargo, si una persona comprende y aprecia otros puntos de vista puede obtener una especie de seguro de vida en contra de la pobreza de criterio que podría ser perjudicial para los clínicos y sus clientes. Se espera que el contenido de este capítulo sirva para estos fines. Las personas que ya están familiarizadas con las teorías psicodinámicas, de aprendizaje social y fenomenológicas de la personalidad probablemente conozcan una gran cantidad del contenido siguiente, pero se hará el intento de trascender la teoría abstracta y esquematizar la estrategia de la conceptualización, evaluación y tratamiento

clínicos que emana de cada modelo y que puede ser aplicada en los casos individuales. En capítulos subsecuentes, se ha de considerar la aplicación de estas estrategias a la acción mediante tácticas específicas.

2.2.3. Modelo psicodinámico clásico.

Las raíces del modelo psicodinámico se encuentran en las obras de Sigmund Freud, a finales del siglo xix, pero se ha ampliado tanto que incluye las ideas de los pensadores que han revisado los conceptos de Freud e incluso aquéllos que las han rechazado. El modelo se fundamenta en las siguientes suposiciones principales:

1. La conducta humana y su desarrollo se determina principalmente mediante los hechos, impulsos, deseos, motivos y conflictos que se encuentran dentro de la mente (es decir intrapsíquicos).
2. Los factores intrapsíquicos proporcionan las causas subyacentes de las conductas que se manifestaron abiertamente, sean éstas problemáticas o no. Por lo tanto, así como la ansiedad que incapacita o los delirios de persecución de un paciente perturbado se adjudicarían a conflictos no resueltos o a necesidades no satisfechas, la conducta extrovertida y amistosa de un conocido en contraste podría verse como ocasionada a partir de los sentimientos internos de temor o minusvalía o de un deseo latente de lograr más popularidad que un hermano.
3. Los orígenes de la conducta y sus problemas se establecen en la infancia a través de la satisfacción o frustración de las necesidades e impulsos básicos. Debido a la participación fundamental y potencial, relacionada con las

necesidades básicas. Se da especial énfasis y atención a las relaciones con los padres, hermanos, abuelos, compañeros y personas con autoridad (por ejemplo maestros) en la edad temprana. Hay, por lo tanto, un sabor histórico único en el modelo psicodinámico y un enfoque sobre la importancia de los hechos pasados más que los hechos presentes.

4. La evaluación clínica, el tratamiento y las actividades de investigación deberían dirigirse a la búsqueda y funciones de los aspectos sutiles de la actividad intrapsíquica la cual, a pesar de que a menudo se oculta de la observación directa, debe ser tratada si hemos de comprender la conducta y aliviar los problemas conductuales.

Inicios del tratamiento psicoanalítico.

Inicios del tratamiento psicoanalítico Freud nació en Freiberg, pueblo perteneciente a Checoslovaquia, el 6 de mayo de 1856. Era hijo de un judío comerciante de lanas. Su familia se mudó a Viena, Austria, donde a la muy temprana edad de nueve años ingresó en el Gimnasio, un tipo de bachillerato preuniversitario avanzado. Originalmente se interesaba en la política y el derecho, pero estando a punto de graduarse, leyó un ensayo del poeta Goethe que enfocó sus intereses hacia las ciencias naturales. Fancher (1973, p. 13) cita la carta en que Freud describe el impacto de este ensayo: "El deseo de comprender algo de los misterios del mundo y quizá contribuir en alguna forma a resolverlos me llegó a dominar en forma irresistible." Así fue como, a la edad de 17 años, Freud ingresó en la escuela de medicina de la Universidad de Viena.

Pronto descubrió que la investigación le interesaba mucho más que los estudios rutinarios y de hecho invertía la mayor parte de su tiempo en diversos proyectos de investigación en el Instituto de Fisiología de la misma universidad. Por consiguiente, Freud tardó 8 años en completar sus estudios médicos.

Sus esfuerzos en este periodo culminaron en el hallazgo de la ubicación de los órganos sexuales del anguila macho y en la acumulación de mucha información nueva de neurología. Uno de sus proyectos mostró que las partes supuestamente separadas del sistema nervioso de un pez estaban de hecho interconectadas, como fue confirmado posteriormente con el descubrimiento de la neurona como unidad básica de la actividad nerviosa. De más relevancia que estos estudios en si fue que Freud se introdujera, gracias a varios maestros distinguidos, en el concepto entonces nuevo del mecanismo neurológico. Este punto de vista sostenía que la actividad del sistema nervioso tanto en los animales como en los seres humanos se basa en factores de naturaleza electroquímica, que obedecen leyes recién descubiertas de física y química. La implicación de esta teoría mecanicista era que idealmente la conducta humana podría explicarse en términos físicos y que existirían leyes que gobernarán las relaciones que existen tanto dentro de una misma persona, como entre las personas y su medio ambiente. Como veremos, estos conceptos tuvieron un efecto profundo en el trabajo posterior de Freud.

Aunque Freud era dueño de una mente científica brillante y poseía un grado en Medicina y la información neurológica más avanzada de su tiempo, sus posesiones materiales eran nulas. Era soltero y seguía viviendo con sus padres quienes aún lo mantenían, ya que en la década de 1880 era casi imposible

ganarse la vida como investigador científico. Esta situación, más su deseo de contraer matrimonio con su novia Martha Bernays, impulsó a Freud a modificar la dirección de su carrera hacia el campo más lucrativo de la práctica médica.

En 1882, Freud inició su entrenamiento clínico tres años en el Hospital General de Viena. Se recordará que en esta época resurgió el modelo médico como explicación de los trastornos de la conducta y predominaba una minuciosa búsqueda de la supuesta causa orgánica para todas las enfermedades mentales. En aquel entonces el director del Hospital de Viena, Theodor Meynert, era una eminencia en anatomía y patología cerebral, cuyo trabajo y teorías impresionaron gratamente a Freud. Meynert creía, por ejemplo, que ciertos patrones de la actividad de las neuronas en el cerebro corresponden a determinados pensamientos o recuerdos o sentimientos, de tal manera que los complejos fenómenos psicológicos correspondían en última instancia a la actividad de las células nerviosas, que a su vez se basan en factores electroquímicos.

La explicación anterior de Meynert presentó una aplicación psicológica de la perspectiva mecanicista que Freud había absorbido en la facultad de medicina y Freud se dio cuenta de que la mejor forma de fundir sus intereses en la investigación neurológica con su trabajo clínico consistía en dedicarse al estudio y tratamiento de las enfermedades del sistema nervioso humano. En el año de 1886, Freud ya tenía suficiente preparación (y dinero) para iniciar su práctica privada de medicina. También se casó en el mismo año. Una de las personas que ayudó a Freud a comenzar su práctica privada fue Joseph Breuer, un veterano colega médico y amigo íntimo. Veremos inmediatamente que los

primitivos intentos de Breuer por tratar y curar ciertos síntomas raros en sus enfermos, sirvieron a Freud en el desarrollo del psicoanálisis.

Como otros médicos de su tiempo, Freud con frecuencia se hallaba ante enfermos con síntomas de daño neurológico, o enfermedades para las cuales no era posible descubrir alguna causa orgánica. Muchos de estos casos mostraban lo que Freud llamaba "disparate neurológico". Por ejemplo, los pacientes a veces se quejaban de condiciones imposibles como una falta de sensibilidad o parálisis que les afectaba toda la mano sin afectar su brazo. Otros padecían parálisis de las piernas en el día pero de noche eran sonámbulos. A los pacientes de este tipo se les denominaba "neuróticos" y, ya que la causa, y aún más la cura de su enfermedad eran desconocidas, los médicos acomodados preferían ignorarlos y aún maltratarlos. Con frecuencia daban por hecho que sus síntomas eran fingidos o eran producto de defectos básicos de personalidad.

Freud no estaba en condiciones de rechazar a cierto tipo de enfermos y frecuentemente hubo que enfrentarse con la clase más común de neuróticos: aquellos que padecían parálisis de tipo histérico (cuyo origen no era orgánico), amnésico, anestésicos, ciegos, afásicos (véase Ullmann y Krasner, 1975, para obtener un estudio detallado de las conductas de tipo histérico). En esta época las terapias convencionales para este orden de males eran los "paquetes húmedos" y baños (hidroterapia), la aplicación del calor generado de manera eléctrica (electroterapia): los dos de muy poco éxito. Es más, para Freud, cualquier mejoría manifestada con estos métodos, se debía a la sugestión mas no al tratamiento en sí.

Por lo tanto, comenzó a emplear precisamente aquellas técnicas que involucraban al máximo la sugestión, principalmente la hipnosis. Es importante tener en cuenta que aunque hoy en día el empleo y el estudio de la hipnosis es aceptado, en aquella época su uso se consideraba como charlatanería e indigno de médicos o científicos serios. En parte esta actitud fue propiciada por la novedad y carácter extravagante del fenómeno hipnótico, pero principalmente se produjo debido a las presentaciones que eran obviamente histriónicas y teorías extrañas de Antón Mesmer, el mayor promotor inicial de la hipnosis (consúltese a Ullmann y Krasner, 1975). Sin embargo, unos cuantos científicos valientes estudiaban la hipnosis con seriedad e intentaban utilizarla para curar enfermedades mentales del orden histérico.

Freud se familiarizó con la hipnosis cuando al terminar su entrenamiento en el Hospital de Viena, pasó seis meses de estudio en París con Jean Charcot, el director de la clínica de neurología del asilo de Salpêtrière. Charcot demostró que los síntomas histéricos podían ser producidos y temporalmente eliminados al inducir el trance hipnótico y de esta manera puso de relieve la relación entre la hipnosis e histeria. Es más, Charcot creía que únicamente los histéricos eran susceptibles de ser hipnotizados. Después, en la ciudad francesa de Nancy, Freud visitó una clínica organizada por Ambrose-August Liebault y por Hippolyte Bernheim. Estos dos médicos creyeron que la capacidad de ser hipnotizado no era un síntoma de desorden nervioso sino un hecho propio de los individuos normales. Liebault y Bernheim empleaban la sugestión hipnótica directa para eliminar los síntomas histéricos (por ejemplo "ya podrás caminar") pero con éxito parcial y con frecuencia temporal. El empleo que hizo Freud de la sugestión hipnótica producía también resultados pobres pero alrededor de

1890 comenzó a combinar la hipnosis con una nueva técnica que le enseñó su colega Joseph Breuer.

Esta técnica, llamada el método de la catarsis se descubrió de manera accidental cuando Breuer intentaba curar a la joven y adinerada paciente "Anna O", de un gran número de síntomas de orden histérico: jaquecas, tos severa, parálisis del cuello y del brazo, contracciones involuntarias de los párpados, falta de sensibilidad en ambos codos y otros problemas. Estos problemas comenzaron durante la enfermedad terminal de su padre y se intensificaron después de su muerte. La enferma comenzó a mostrar estados de ánimo muy extremos desde una gran agitación, nerviosismo y aun alucinaciones durante el día hasta estados muy calmados casi de trance por las tardes. A Breuer le llamó la atención la semejanza de estos "trances" con la hipnosis. Fancher (1973, p. 48) nos relata lo que sucedió después:

Breuer descubrió que si a Anna se le permitía en su estado hipnótico recitar el contenido de todas sus alucinaciones del día, invariablemente salía de su trance y disfrutaba de un periodo de tranquilidad y lucidez casi normal durante las siguientes horas de la noche. . . Anna se refería a este ejercicio de recitar sus alucinaciones como "la cura de la plástica" o . . . "la deshollinada".

Esta "Cura de la plástica" no eliminaba, sin embargo, sus trastornos durante el día y, para la desesperanza de Breuer, surgieron nuevos síntomas. Fue precisamente al intentar curar uno de estos síntomas nuevos —una incapacidad súbita de pasar líquidos— que Breuer hizo el descubrimiento que posteriormente encaminaría a Freud hacia el psicoanálisis:

Estando en uno de sus trances hipnóticos. . . Anna comenzó a describir a Breuer a una mujer inglesa a quien no estimaba mucho. La mujer poseía un perro que a Anna le resultaba particularmente odioso. Platicó cómo en una ocasión ella entró en el cuarto de la inglesa y observó al perro bebiendo agua de un vaso. Al suceder esto, Anna sintió intenso desagrado y odio, pero por cortesía contuvo estos sentimientos. Al relatar el suceso a Breuer, por primera vez Anna se permitió expresar de lleno y con animación sus sentimientos negativos respecto a lo que hizo el perro. Al salir del trance, de inmediato pidió un vaso con agua la cual ingirió sin dificultad alguna (Fancher, 1973; p 49).

La cura de la fobia de Anna al beber agua fue permanente y aparentemente se debió a su vivido recuerdo de un suceso ya olvidado al estar en trance. Le pareció factible a Breuer que otros síntomas histéricos pudieran ser productos de hechos olvidados y que su recuerdo podría dar la clave a su solución. Comenzó a hipnotizar a Anna y le pidió que recordara todo lo posible acerca de cada uno de sus síntomas. "Para su gran satisfacción descubrió que cada síntoma estuvo relacionado con alguna situación desagradable o traumática para la cual no existía recuerdo alguno fuera del trance hipnótico. Breuer descubrió que cada vez que lograba que Anna recordara estos sucesos desagradables y sobre todo que expresara sentimientos que le habían provocado, desaparecían los síntomas" (Fancher, 1973; pp. 49-50; el subrayado es del autor del libro). Para más detalles del caso de Anna O., véase a Breuer y Freud (1896, 1966).

Freud comenzó a emplear el método de la catarsis y tuvo éxito con ello pero descubrió que tenía también desventajas serias. En primer lugar, no todos los

pacientes pudieron ser hipnotizados. Además, Freud comprobó que al recordar hechos pasados y expresar las emociones asociadas con ellos produce un mayor beneficio cuando el paciente es capaz de recordar lo que sucedió después de la hipnosis. Para que el tratamiento pudiera aplicarse a todos los enfermos y para facilitar el recuerdo consciente de las experiencias tempranas, Freud quiso buscar nuevos medios no hipnóticos para ayudar a los pacientes a recuperar el recuerdo de ciertos hechos que eran tan esenciales para una cura.

Metas de tratamiento psicoanalítico

En términos generales, la meta del tratamiento psicoanalítico clásico es ayudar al paciente a pensar y conducirse en formas más adaptativas por medio de una mayor comprensión de sí mismo. En teoría, cuando el paciente comprende las verdaderas razones (con frecuencia inconscientes) por las cuales se siente o actúa en formas no adecuadas y comprende que estas razones ya no son válidas, entonces no tendrá que seguir conduciéndose de esta manera. Viene al caso la analogía de aquel soldado japonés abandonado en una isla del Pacífico durante la Segunda Guerra Mundial con órdenes de jamás entregarse. Ya terminada la guerra, décadas después, el soldado está aún oculto, defendiéndose del enemigo que ya no existe más que en su propia cabeza. Cuando por fin alguien lo encuentra y comprende que la situación ha cambiado y que las órdenes originales ya no son vigentes, puede dejar de conducirse como un animal perseguido y comenzar una vida productiva dentro del mundo más amplio.

En el tratamiento psicoanalítico, no es suficiente que diga el terapeuta "se acabó la guerra" con la simple descripción del material inconsciente que pudiera constituir el origen de los problemas. El paciente ha de realizar estos descubrimientos por sí mismo con la ayuda y guía del terapeuta. Idealmente, este proceso de irse comprendiendo a sí mismo, incluye el reconocimiento intelectual de los deseos íntimos y de los conflictos, una participación emocional en los descubrimientos acerca de uno mismo, y la búsqueda sistemática del modo como los factores inconscientes han determinado la conducta pasada y presente y han afectado las relaciones con los demás.

Por lo tanto, las metas principales de la terapia psicoanalítica son: (1) la captación (Insight) intelectual y emocional de las causas fundamentales de la conducta del paciente y de sus problemas y (2) el trabajar al fondo de o elaborar las implicaciones de esta captación (Insight).

Uno de los mitos más populares acerca del psicoanálisis es que ocurre una percepción repentina de la vida entera de un solo golpe acompañado por una descarga explosiva (o "abreacción") de toda la energía emocional acorralada del pasado, seguida por la desaparición total y permanente de todos los problemas del paciente. Hay poco de verdad en esta imagen. Aunque los pacientes de Freud a menudo experimentaban alivio después de la descarga de ciertos recuerdos, él estuvo convencido que la desaparición de un síntoma (por dramático que fuera) por lo general representaba sólo una parte de la terapia, y que si no se proseguía a desenterrar más material inconsciente no tardaban en aparecer nuevos síntomas.

Así es como "volver consciente al inconsciente" (Freud, 1914) es un proceso gradual que ocurre a lo largo de muchas sesiones analíticas, algunas de mayor

tono emotivo que otras. Este esfuerzo continuo de autoexploración a menudo se ve entorpecido por callejones sin salida, pistas falsas y un sin fin de defensas psicológicas urdidas por el paciente para evitar traer a la conciencia algunas verdades que ha guardado ocultas durante un periodo largo.

Aun después de que aparezcan las verdades, el terapeuta ha de promover la elaboración de los Insights y la comprensión de las defensas que mantuvieron ocultas esas verdades tanto tiempo. En este renglón, la meta es que el paciente reconozca cuan extendidos han estado sus problemas, conflictos y defensas con el objeto de advertir su presencia y evitar su constante retorno. No habría caso, por ejemplo, que el paciente reconociera que ha tenido en el pasado sentimientos inconscientes de coraje hacia su madre si no se ve que en el presente se conduce con las mujeres como si fueran su madre y que sus problemas en relación con las mujeres están basados en su hostilidad inconsciente o en sus esfuerzos por defenderse contra esa hostilidad. En términos concretos, la captación del problema le da la estructura de su historia personal, pero la elaboración de este conocimiento le proporciona los detalles.

Alcanzar las metas ambiciosas del psicoanálisis que a veces pretende nada menos que una disección minuciosa de la personalidad del paciente y una lenta reconstrucción de ella, necesariamente requiere mucho tiempo (de tres a cinco sesiones por semana por 2 a 15 años), mucho dinero (el costo puede llegar a \$100 dólares por hora) y también una gran destreza de parte del terapeuta para crear aquellas situaciones que facilitan y fortalecen el progreso.

2.2.2. Técnicas del tratamiento Psicoanalítico.

Una de las suposiciones básicas de la teoría analítica es que las fantasías, sentimientos y conflictos más importantes del paciente son inconscientes y se encuentran protegidos por determinados mecanismos de defensa. Por consiguiente, por mucho que se esfuerce, es difícil que el paciente sólo, sin ayuda, pueda penetrar el fondo de los conflictos que por tanto tiempo se han mantenido ocultos.

En este aspecto es donde interviene el terapeuta. Debe crear una atmósfera en la cual el paciente pueda llevar a cabo un auténtico autoanálisis; debe enseñarse al paciente cómo y dónde ha de buscar la información significativa y debe ayudarlo a integrar esta información en una estructura que tenga sentido. La manera específica como se logran estos objetivos difiere según cada analista y cada paciente, pero hay algunas técnicas y estrategias que se dan comúnmente.

Asociación libre

Esta es una de las técnicas más fundamentales que Freud desarrolló para ayudar al paciente a descubrir el material inconsciente. Como ya se dijo, la asociación libre evolucionó como parte de la búsqueda de una manera para recuperar los hechos olvidados que no fuera por medio de la hipnosis; consiste en pedir al paciente que se someta a una regla fundamental: la de decir todo lo que le viene a la mente sin corregir ni censurar.

Al paciente se le pide que relate todo lo que se le ocurra a lo largo de la sesión. Debe relatar todo en la forma y secuencia original sin omisiones ni modificaciones. Se le pide pasividad hacia su proceso pensativo; en otras

palabras que procure eliminar todo control consciente sobre su proceso mental al cual debe dar vía libre.

La idea es que al eliminar las restricciones de tipo lógico, de presión social o las reglas de otro tipo, el material inconsciente saldrá a la superficie.

El estilo más común, aunque no universal, es que el paciente asocie de manera libre mientras se encuentra acostado en un diván. El analista toma asiento fuera de la vista del paciente para evitar toda interferencia en el proceso. Etí las primeras sesiones quizá el analista tendrá que dar algunas instrucciones (por ejemplo, "di lo que se te ocurra, tenga o no sentido") pero más adelante el paciente se familiariza con su papel e inicia sus asociaciones sin la necesidad de ser estimulado. A veces, la información importante se presenta de manera bastante directa.

Paciente: Dios mió, qué día. No he trabajado tanto desde la secundaria. En aquel entonces trabajaba medio turno en una granja de mi tío y medio turno en una farmacia. Las labores de la granja eran de veras difíciles. A veces, cuando hacía calor, creí que me moría allí en el campo. Era mucho más agradable cuando había ido de vista de niño. Mis papas nos llevaban a mi herrnana y a mi a la granja los fines de semana y jugábamos todo el día. Entrábamos mucho al granero donde jugábamos algún juego secreto o algo (una pausa). Ahora recuerdo. Jugábamos al médico y mi hermana, mis dos primos y yo nos turnábamos para ser el doctor y examinar nuestros genitales. Sabíamos que no debíamos hacer eso y recuerdo haber tenido mucho miedo de que nos descubrieran. . ."

A menudo los recuerdos de este tipo se acompañan de las emociones propias del suceso original. El paciente citado aquí pudo haberse sonrojado y sentido ansiedad al contar el incidente.

Debido a los mecanismos de defensa, las bases inconscientes de los problemas actuales del paciente rara vez se revelan de manera clara y automática en sus recuerdos, sentimientos y deseos. Con más frecuencia, la asociación libre nos da pequeños vistazos y pistas de las causas subyacentes del trastorno. Es tarea del terapeuta, lograr descifrar el sentido de lo que emerge. Los patrones de la asociación suelen ser reveladores. Obsérvese el siguiente extracto de la asociación libre de un paciente masculino de mediana edad:

Paciente: Mi papá me llamó por larga distancia anoche. Era agradable pero nunca me siento tranquilo cuando hablamos. Después del imprescindible: "Hola, ¿cómo estás?" ya no había más que decir (una pausa larga). Casi me duermo ahorita. Esto me pasaba mucho en la Universidad. He de haber pasado la mitad de mis clases dormido. Una vez desperté con el maestro encima de mí, sacudiéndome y toda la clase riéndose.

El hecho de que los pensamientos acerca del padre condujeran a los recuerdos de una figura autoritaria amenazante podría tener importancia, sobre todo si este patrón se repite en otras sesiones. Podría significar que el paciente aún tiene sentimientos no resueltos de temor y odio en relación a su padre, sentimientos que requieren ser aclarados, aceptados y elaborados.

Utilización de los sueños

Debido a que se consideran como la expresión de los deseos y de las fantasías que por lo general se hurtan a la consciencia, los sueños desempeñan una función importante en el psicoanálisis. En una ocasión Freud llegó a llamar a los sueños "el camino real al inconsciente". Sin embargo, hay un problema para el analista cuando utiliza el material de los sueños: Aunque las defensas del paciente están relativamente relajadas durante el sueño, no están totalmente ausentes, y de todas formas opera algún grado de distorsión y defensas. Por lo tanto, se considera que los sueños expresan los deseos inconscientes en una versión lo suficientemente disfrazada como para no traumar (y despertar) a la persona dormida. Sin embargo, gracias a que el material inconsciente se considera más cerca de la superficie en los sueños que en el estado de vigilia se les otorga una gran importancia en el psicoanálisis. Se puede emplear una sesión completa a una serie de sesiones para recordar y discutir un solo sueño.

La descripción que rinde el paciente de su sueño revela su contenido manifiesto o sus características obvias. Si la persona sueña que va corriendo por el bosque y de repente cae dentro de un estanque de una fría ensalada de macarrones, esto es el contenido manifiesto. Este suele componerse de características y sucesos de poca importancia asociados con las actividades del día ("residuo del día") o pueden ofrecer una manera fácil de satisfacer deseos del momento sin necesidad de despertar a la persona. Una persona con hambre podrá soñar con comida por ejemplo.

Para los propósitos del psicoanálisis el aspecto más interesante de los sueños es su contenido latente: las ideas, deseos e impulsos inconscientes, que aparecen en una forma no comprometedoras como una negociación entre la represión

total y la libre expresión. El proceso que consiste en transformar este material rechazado en algo más aceptable es el trabajo onírico. Las diversas formas en que se puede presentar este trabajo han sido el tema de una gran cantidad de publicaciones psicoanalíticas, que se inició con La interpretación de los sueños de Freud mismo (1900). En resumen, la teoría analítica y la experiencia clínica indican que el trabajo onírico emplea: el desplazamiento, la condensación, la aromatización, la sustitución, la devaluación y la simbolización (Fancher, 1973; Munroe, 1955).

Se considera que la mayor parte de los aspectos del contenido manifiesto de los sueños son simbólicos o representan alguna otra cosa diferente. A pesar de la creencia popular que considera que cierto contenido (por ejemplo, una serpiente) siempre "significa" algo específico (por ejemplo, un pene), Freud no creyó que los sueños pudieran ser interpretados con tanta rigidez (se dice que hubo una ocasión en que señaló que "a veces un cigarro puro es simplemente un puro"). Sin embargo, la mayoría de los analistas dan por hecho que el contenido manifiesto sí tiene algo de significado simbólico aunque el simbolismo puede diferir de persona a persona o incluso de sueño a sueño.

Por ejemplo, se puede desplazar un impulso inconsciente muy significativo (tal como el deseo de tener relaciones extramaritales) a una posición de menor importancia en el sueño (un salón de masaje o el anuncio de algún negocio de mejoramiento físico visto de paso desde un automóvil). En algunos casos un sueño aparentemente inocuo (tal como soñar al hermano que va de vacaciones) puede interpretarse como un sustituto para un deseo tabú (por ejemplo, la

muerte del hermano). El trabajo onírico puede consistir también en devaluar material significativo.

Munroe (1955) nos cuenta de una mujer mojigata que soñaba con frecuencia que aparecía en público semivestida o aun desnuda sin sentirse aturdida en lo más mínimo. Se supone que ella se defendía contra los deseos sexuales inconscientes al aparentar que no tenían importancia.

Una gran cantidad del material inconsciente que en potencia tiene un gran valor se puede expresar a través de los sueños en una forma condensada. Otra vez, Munroe (1955) nos aporta un excelente ejemplo con un sueño en el cual el paciente relata: "Le tengo miedo al perro." Para el analista, esto puede significar (1) el paciente teme a Dios (en inglés, God, Dios, se escribe exactamente al revés que dog [perro]), (2) el paciente-desea esconder su temor hasta de sí mismo y (3) al igualar Dios con perro el paciente expresa desprecio por un Ser Supremo. Surgen algunos "atajos" similares en los sueños como secuencias antilógicas (por ejemplo, cuando hay un cambio repentino de tiempo o lugar) o como aromatizaciones: dos personas peleando pueden representar tendencias conflictivas del propio paciente.

Además del trabajo onírico, los mecanismos de defensa durante la vigilia pueden obstaculizar los esfuerzos del analista para descubrir el contenido latente. Generalmente se le pide al paciente que describa su sueño de la manera más fiel y completa que le sea posible, pero el reporte se puede corregir y organizar inconscientemente de una forma más lógica que como ocurrió de verdad en el sueño. Esto lo llamó Freud revisión secundaria.

Para lograr identificar aquellos aspectos de un sueño que tengan un mayor significado inconsciente (y por lo tanto mayor necesidad de ser ocultos), algunos analistas piden al paciente que repita una o más veces su sueño. Las versiones posteriores casi siempre difieren del relato original y se supone que los cambios, omisiones y agregados que ocurren reflejan los esfuerzos inconscientes por disfrazar o defender con más eficacia el material perturbador.

Un procedimiento más común es pedirle al paciente que haga una asociación libre respecto a ciertas facetas del contenido manifiesto. A través de este proceso es posible que se descubra material inconsciente. Considérese este sueño que reporta el Dr. Roberto Lindner de una paciente cuyos padre y madre (inválida en silla de ruedas), tuvieron un matrimonio extremadamente infeliz:

Estaba yo en lo que parecía un salón de baile pero yo sabía que realmente era un hospital. Se me acercó un hombre y me ordenó que me desvistiera y quitara la ropa. Me iba a practicar un examen ginecológico. Lo obedecí pero tenía mucho temor. Mientras yo me desvestía me daba cuenta de que le hacía algo a una mujer en el otro extremo del salón. Estaba sentada o acostada en un extraño aparato lleno de palancas, estribos y pedestales. Sabía que yo seguía y que tendría que sentarme en aquella cosa mientras él me examinaba. Repentinamente me llamó por mi nombre y me vi corriendo hacia él. La silla o mesa o lo que fuera se encontraba ya vacía y me ordenó subirme en ella. Rehusé y comencé a llorar. Comenzó a llover gotas muy grandes de lluvia. Me tiró al suelo y abrió mis piernas para practicar el examen. Me volteó boca abajo y comencé a gritar. (Lindner, 1954; pp. 134-135)

Lindner describe cómo este contenido manifiesto se utiliza como la materia prima para llevar a cabo la asociación libre. "Bueno", dijo ella después de un breve silencio de espera "Qué significa."

"Laura", le reprendí: "tú sabes que no se hace así. Ponte a trabajar y veremos."

"Lo primero que pienso es en Ben", comentó. "Es interno en la Universidad como sabes. Supongo que es el médico en el sueño o quizá fuiste tú. De cualquier modo quienquiera que fuera, no me dejaba que me revisara."

"¿Por qué no?"

"Siempre le he temido a los doctores. Me da miedo que me lastimen."

"¿Cómo te lastimarían?"

"No sé. Picándome con una aguja, supongo. Es curioso, nunca pensé en eso. Cuando voy al dentista no me importa la aguja, pero con un médico es diferente. . .

Me da escalofrío pensar en que me piquen las venas. Siempre me temo que es eso lo que va a hacer el doctor."

"¿Ha sucedido eso?"

Asentía con la cabeza. "Una vez, en la escuela para un análisis de sangre. Me desmayé."

"¿Y qué hay respecto a los exámenes ginecológicos?"

"Nunca me han hecho uno. No soporto la idea de que alguien me explore adentro." Otro silencio; luego: "Oh", dijo. "Ya veo. Se trata del sexo. Me temo que

el médico del sueño es Ben. Él quiere tener relaciones pero me da miedo y me alejo." (Lindner, 1954; p. 135).

Esta percepción repentina resultó demasiado fácil y muy obvia.

El analista tiene la seguridad de que hay más de fondo.

". . .Otros hombre han hecho el amor contigo"

"Sí, "respondió ahora sollozando" pero únicamente como un último recurso, para retenerlos un poco más. Haría lo que fuera para evitar el contacto, que me estuvieran penetrando. . . como la aguja supongo.

"Pero, ¿por qué, Laura?"

"No lo sé", se lamentó. "No lo sé. Dímelo."

"Creo que el sueño te lo dice", le contesté.

"¿El sueño que acabo de relatar?"

"Sí. . . Hay una parte en que no has pensado. ¿Qué se te ocurre cuando piensas en la otra mujer del sueño, la mujer que estaba examinando el doctor antes que tú?"

"El aparato en que está sentada", exclamó Laura. "Era como. . . como una silla de ruedas; ¡la silla de ruedas de mi madre!"

"¿Es eso?"

"Pero por qué estaría examinándola a ella? ¿Qué querrá decir eso?"

"Bueno, piensa en lo que significa este tipo de examen para ti."

"El sexo", respondió. "El contacto sexual, eso significa."

"¡Así es que es eso! Las relaciones sexuales mandaron a mi madre a la silla de ruedas. La paralizaron. Y yo temo que es lo que pasará conmigo... ¿De dónde sacaría yo esa idea tan loca?" (Lindner, 1954; pp. 136-137.)

Fíjese cómo la asociación libre con el material del sueño, llevó al paciente a captar algo que conduciría a una mayor exploración y el material inconsciente que aún no ha desenterrado.

Se cree que ciertos sueños tienen un contenido latente de particular importancia. Se ha llegado a sugerir que el primer sueño que el cliente relate al analista puede ser un compendio capsular de todos sus problemas principales (Blanck, 1976). Sin embargo, por lo común, se utiliza una serie de sueños en el proceso del análisis. La concentración en varios sueños con frecuencia revela patrones establecidos de contenido latente y ayuda a evitar los errores que pudieran suceder si se da demasiada importancia a un solo sueño. Hall (1953) aporta un excelente ejemplo de este proceso en su análisis de varios sueños reportados por un paciente de 18 años.

Interpretación de los actos fallidos.

Uno de los conceptos básicos de Freud es el determinismo psíquico, la idea de que casi toda la conducta humana se relaciona con los procesos mentales conscientes e inconscientes o es causada por éstos. La consecuencia obvia de este punto de vista (expuesta en su libro *La Psicopatología de la vida cotidiana* (1901, 1014) es que, como los síntomas neuróticos, gran parte de nuestra conducta diaria refleja de alguna manera nuestros deseos, fantasías, impulsos y mecanismos de defensa.

Por lo tanto, el psicoanalista pretende estar siempre alerta y sensible hacia toda la conducta verbal y no verbal de su paciente que se manifiesta durante las sesiones o en sus relatos de lo sucedido entre sesión y sesión. Esto implica mantener la atención "bien repartida" o siempre alerta tanto a los relatos importantes como a los triviales, a los actos intencionales y a los sucesos "accidentales", al lenguaje corporal y al lenguaje verbal. Todos o cualquiera de estos aspectos puede desenmascarar las tácticas habituales de defensa psicológica y los secretos que se pretenden proteger. La teoría psicoanalítica ha generado numerosos ejemplos de la conducta cotidiana cargada de significados especiales. Dos de las categorías más conocidas de esta conducta son: los errores y el humor, que se estudian a continuación.

Los errores.

En medio del asunto de Watergate, el ex-presidente Nixon hizo la siguiente declaración en un discurso ante el congreso. "Únanse a mí para montar un nuevo esfuerzo para responder al desacreditado presidente. . ." De hecho quiso decir. . . "para reponer el desacreditado presente programa de asistencia social. . .", pero es posible que otros asuntos que tenía en mente hubieran ocasionado este lapsus linguae. Tales "lapsus freudianos" o parapraxis son indicios obvios de los sentimientos reales inconscientes del orador. (El exgobernador de Texas, John Connally en una ocasión dijo que esperaba que el Vicepresidente Agnew "fuera exonerado y hallado culpable. . .") Quizá algunos errores parecidos al escribir también expresan sin querer los verdaderos sentimientos: "Estimada Magdalena: tu fiesta fue divina. Gracias por habernos invitado. Podemos dejar pasar mucho tiempo para verlos de nuevo. . ."

Estas parapraxis tan "Fáciles de interpretar" son comunes en la vida diaria y aunque en analista las utiliza para ayudar al proceso de autoobservación del paciente, también se concentra en equivocaciones más sutiles aparentemente sin sentido y que por lo tanto probablemente señalan el material inconsciente bien protegido que de momento "se ha escapado". Brenner (1974) menciona el caso de un joven paciente interesado en cultivar su cuerpo el cual en lugar de decir "físico" dijo "fisible". Esta equivocación "accidental" de inmediato no cobijaba ningún sentido para el terapeuta ni para el paciente; pero siguiendo el método psicoanalítico se le pidió al paciente que hiciera asociaciones sobre la palabra "fisible". Su primera asociación fue la palabra "visible" y siguió este camino hasta descubrir un deseo inconsciente de exhibir su cuerpo desnudo y de ver a otros también desprovistos de ropa.

Muchas otras equivocaciones diarias y al parecer simples pueden cobrar importancia psicoanalítica. El hecho de que un escritor al revisar un manuscrito no detecte ciertos errores penosos, o poco bondadosos puede indicar también la presencia de algunos deseos inconscientes. Otros hechos "accidentales" en especial aquellos en que el paciente es por lo menos parcialmente responsable pueden ser producto de algún deseo. El mesero que tira la sopa sobre un cliente de avanzada edad o una mujer que sin querer quema los papeles importantes de su marido puede intentar efectuar una asociación libre en relación con varios elementos de estos "accidentales". Podría resultar que el mesero de hecho quiso ejecutar a la figura paterna y que la mujer estuviera expresando una fuerte competencia con su marido.

Los olvidos son otro ejemplo de errores supuestamente "motivados". No se trata de los casos en que la persona con toda intención "olvida" algo (una cita

con el dentista, por ejemplo) sino de aquellos casos en que ocurren lagunas en la de un sueño que quería relatar, el analista puede sospechar que el sueño contenía material demasiado amenazante para recordar y analizar. A veces sucede que el paciente logra una comprensión importante y de manera súbita olvida en qué consistió: supuestamente como una defensa contra la información no muy halagadora acerca de sí mismo.

Con frecuencia, se platica y analiza un olvido que haya ocurrido fuera de las sesiones de la terapia. Brenner (1974) menciona a un paciente que en una fiesta olvidó el nombre de un amigo íntimo sin podérselo explicar. Al someter lo sucedido al proceso de asociación libre, se encontró un significado inconsciente.

Al hablar sobre esto, resultó que el nombre del amigo era igual al de otro hombre conocido del paciente pero hacia quien tenía fuertes sentimientos de odio que le hacían sentirse muy culpable. . . Además, mencionó que el amigo era inválido lo cual le recordaba sus deseos de lastimar al tocayo a quien odiaba. Para evitar traer a la conciencia sus fantasías destructivas. . . reprimió el nombre que ligaba a las dos personas, (p. 130).

Por medio del siguiente ejemplo se nota claramente la complejidad de los procesos inconscientes que son revelados por los hechos aparentemente de rutina.

A menudo se señala que la teoría psicoanalítica no acepta la existencia de los accidentes reales o equivocaciones inocentes. En términos estrictos esto no es cierto. Los acontecimientos sobre los cuales el paciente no tiene control (por ejemplo ser herido cuando un avión se estrella en su casa) son vistos como accidentes auténticos, pero si la víctima puede ser en alguna forma responsable

de lo sucedido entonces sí existe la posibilidad de algún significado inconsciente. Los autores recuerdan el caso de una mujer que regresaba del mandado en un día invernal cargando varias bolsas pesadas. A la entrada de su casa se resbaló en el hielo y se rompió la pierna. Su marido, un psicoanalista, al oír el golpe salió corriendo y al verla convulsionada de dolor, acertó a preguntar: "¿Por qué me hiciste eso?"

Usando la lógica analítica el marido deducía que aunque la caída se debía al hielo y la nieve, la mujer al no pedir ayuda o no hacer varios viajes expresó un deseo inconsciente de lograr más atención y protección de él o de castigar su indiferencia agregando una nueva responsabilidad (la de atenderla) a sus responsabilidades diarias.

El humor

Los chistes y las agudezas abundan, y, aunque a primera vista no parecen dignos de contemplación psicoanalítica, Freud notó que el humor generalmente contiene expresiones de hostilidad o agresión, ya sean abiertas u ocultas.

La transformación de estos sentimientos en humor se llama trabajo del ingenio y presenta algunas analogías con el trabajo onírico ya discutido. De ahí que el desplazamiento, la condensación y otros procesos resaltan en ciertos chistes. Los juegos de palabras son un muy buen ejemplo de la condensación en que por lo menos dos significados se expresan con una sola palabra: El hombre que practica la circuncisión a los elefantes me contó que su trabajo tiene sus puntos buenos y sus puntos malos. El suelo es muy malo pero los "tips" (que en inglés significa tanto puntas o extremidades como propinas) son muy grandes. "Vemos aquí, además de la condensación en la palabra "tips", quizá desplazamiento de agresión hacia quien o hacia lo que fuere representado por el elefante.

De hecho, cuando se considera cuántas bromas y chistes (para no mencionar todo el repertorio de "Don Rickles") presentan situaciones en que determinada persona, o grupo de personas, hace el ridículo, es lastimado o asesinado, o de alguna forma lleva las de perder, entonces resulta fácil ver cómo llegó Freud a sus conclusiones. Es más interesante, quizá, el hecho de que aunque teóricamente los chistes son "inocentes" a Freud le costó trabajo encontrar solamente un buen ejemplo.

Según la teoría psicoanalítica, las bromas proporcionan un desahogo no peligroso de la rabia y hostilidad que, de ser expresados directamente, podrían despertar un desagravio violento o cuando menos sentimientos intolerables de culpa. Debido a que la broma atenúa cuando menos una parte del impulso agresivo, una cierta cantidad de energía psíquica, que de otra manera se hubiera empleado en la represión continua de aquel impulso, se vuelve innecesaria y se libera en forma de risa. Por consiguiente, el analista puede analizar las bromas que hace una persona o las que encuentra "chistosas" para ayudar a su paciente a lograr una comprensión mayor de sí mismo. En Grotjahn (1957) y en la obra *Los chistes y su relación con el inconsciente* ("Jokes and Their Relation to the Unconscious") del mismo Freud, se encuentran en detalle las teorías de Freud sobre el humor.

Análisis de la resistencia.

El psicoanalista supone que el paciente manifestará varias formas de resistencia durante el transcurso de cualquier esfuerzo para descubrir el material inconsciente amenazante. Ya se han visto algunos ejemplos de la resistencia relacionados con la asociación libre y con el análisis de sueños, pero existen muchas otras formas también. Todas tienen importancia porque (1) ayudan a señalar los temas, áreas, acontecimientos y periodos de tiempo que más defensa despierta y que por lo tanto requieren una mayor investigación y, (2) proporcionan algunos ejemplos actuales de las defensas acostumbradas, que, con la ayuda del analista, el paciente puede llegar a reconocer para finalmente abandonarlas. Debido a que solamente se logra el verdadero progreso en la ausencia de la resistencia, el psicoanálisis se ocupa de combatirla.

La cantidad de maneras mediante las cuales se hace patente la resistencia al psicoanalista es demasiado grande como para enumerarlas aquí. Se presentan solamente algunos ejemplos para ejemplificar la gran variedad de posibilidades. A menudo se deduce una resistencia obvia hacia todo el quehacer psicoanalítico (o hacia alguna fase en particular de éste) cuando el paciente llega tarde o falta repetidamente a sus sesiones de tratamiento. El rehusar tratar ciertos temas, no estar dispuesto a utilizar el tradicional diván, quedarse dormido o no pagar la cuenta con frecuencia se interpreta de la misma manera.

Otras manifestaciones de resistencia pueden ser más sutiles. La aparición de un estado depresivo o cierta desesperación en el momento en que está por ocurrir una revelación importante, en algunas ocasiones se considera la manera como el paciente pospone determinadas revelaciones dolorosas. "En el momento en que aparecen sentimientos de desesperación, muchos terapeutas sienten el deseo de cambiar de técnicas, convencidos de que ha fallado el tradicional enfoque analítico. Y eso es precisamente lo que el paciente quiere lograr. . . Su desesperación tiene una finalidad de manipulación, de alejar a la gente y permitirse una entrega a sus sufrimientos. (Fine, 1971; pp. 123-124.) De esta manera, cuando al observador ajeno le parece que el paciente está expresando su tristeza por la falta de progreso después de varios meses y hasta años de análisis, para el analista su paciente está luchando contra el avance y el cambio.

Una interpretación parecida se puede hacer en relación con otras conductas. Un ejemplo común es un patrón llamado intelectualización. En este caso se observa que las emociones importantes se reprimen pero el paciente en apariencia coopera. Lo que hace es sustituir la lógica y razonamientos por los sentimientos que tanto cuentan en el análisis. Así, al discutir la muerte de un progenitor, el paciente quizá diga con toda calma algo así: "Bueno, sí, me entristeció, pero de hecho lo esperábamos, así es que no hubo 'shoch'. Además, a mí me tocó hacer todos los arreglos y eso me absorbió por completo." Otros pacientes para evitar el enfrentar sus problemas gustan de insistir en un cálculo de la duración de la terapia o de embrollar al analista en conversaciones o debates sobre la bondad de diversas técnicas, los méritos de tal o cual escuela u otros temas de tipo esotérico.

Los psicoanalistas han detectado otras tácticas, menos cerebrales de resistencia. Por ejemplo, cuando el análisis se vuelve amenazante, el paciente puede desarrollar varios síntomas físicos sin base orgánica tales como tos crónica, visión borrosa, catarro crónico* un trastorno del habla u otros de tipo histérico que pueden obstaculizar o incluso impedir el trabajo analítico.

Otras conductas llamadas "acting out" también se consideran debidas a la resistencia. El comenzar a beber o el regreso al abuso del alcohol o las drogas, la participación en actividades recreativas de gran peligro, o algún otro cambio igualmente dramático en su estilo de vida, puede verse como la manera, por parte del paciente, de rehuir la ansiedad generada por un posible hallazgo de material reprimido. Estas conductas, de peligro para el paciente, también pueden ser amenazantes para el terapeuta. Algunos pacientes en análisis han llegado, en algunas ocasiones, a intentar o herir o matar a su terapeuta, se supone que como un intento desesperado de evitar la relación de una verdad acerca de sí mismos. En algunos casos trágicos, estas medidas extremas han resultado mortales para el analista.

Una última forma de resistencia que discutiremos aquí es probablemente la más difícil de aceptar para el observador de orientación no analítica. Nos referimos a los casos en que el paciente siente que (1) los factores externos más que intrapsíquicos son causantes de sus problemas; (2) que los problemas se están agravando; y (3) que el paciente, como cliente, tiene el derecho de exigir pruebas de la eficacia de la aproximación psicoanalítica. En cada caso, el paciente externa una opinión o deseo razonable, pero el terapeuta lo ve como una maniobra para distraer la atención de las dinámicas intrapsíquicas que considera como la base de todos los problemas de conducta. Por lo tanto, deberá quedar claro, que si el analista se concentran más en el porqué de las preguntas de su paciente que en ofrecerle respuestas directas, es porque su propósito no es eludir el asunto sino el de seguir sus principios psicoanalíticos. Estos principios dictan que cualquier conducta del paciente que interfiere con el proceso analítico deberá ser considerada como una defensa, de tal manera que a la postre el material inconsciente que se cree que realmente es la base de sus problemas, puede ser traído a la conciencia.

Análisis de la transferencia

En cualquier tipo de terapia, surge una relación "x" entre terapeuta y cliente. En el psicoanálisis, esta relación no sólo constituye el contexto en sí del trabajo a realizar sino que es la fuente misma para obtener el "material" para escudriñar el inconsciente y sus defensas. La relación con el terapeuta y los sentimientos del paciente hacia él constituyen lo que se llama transferencia. Se dice que se desarrolla por lo menos en dos niveles. El primer nivel abarca los sentimientos conscientes, más o menos obvios y reales como cuando el paciente expresa su gratitud por la ayuda del terapeuta o respeto por su sabiduría.

Los sentimientos del terapeuta hacia su paciente se designan como contratransferencia.

A este nivel hay una alianza terapéutica (Zetzel, 1956) que facilita el proceso de la terapia.

Sin embargo, en el otro nivel, el nivel del inconsciente, se piensa que la relación de transferencia contiene actitudes y reacciones en relación directa con los conflictos inconscientes intrapsíquicos, muchos de los cuales pertenecen a la niñez y constituyen la fase fundamental de los problemas actuales. Así puede suceder que el paciente tenga reacciones o sentimientos positivos (y negativos) hacia el analista que no tengan que ver con las características reales de él o de su conducta, sino que reflejan el modo como el paciente se relacionaba con las personas importantes de su pasado.

Este supuesto se basa en la idea de Freud de que el factor tiempo no existe en el inconsciente. Los conflictos inconscientes aún más tempranos siempre estarán activos (a menos que se logre traerlos a la conciencia y trabajar con ellos), independientemente del tiempo que transcurra pues se harán presentes de mil maneras problemáticas incluyendo relaciones interpersonales problemáticas.

En teoría, cuando menos, los factores inconscientes podrán matizar las interacciones del paciente con cualquiera que evoque sus conflictos infantiles, pero el terapeuta es un candidato casi seguro. Existen varias razones para esto. Por una parte, el analista se encuentra en una posición de alto status y poder en relación con el paciente que acude a él en un momento de dificultad. Esto hace que se identifique al terapeuta como autoridad e inmediatamente surjan imágenes de la figura materna o paterna. Estas imágenes son más

intensas porque el terapeuta generalmente ofrece una actitud de interés. Él está allí para ayudar, no importa cuál sea la naturaleza de los problemas. Es fácil que el paciente asocie esta actitud con los atributos reales o deseados de sus padres. Es más, el terapeuta trata de no juzgar y de aceptar con ecuanimidad todo lo que el paciente revela de sí mismo.

Esto engendra sentimientos de seguridad y confianza que son a su vez remembranzas reales o fantasías acerca de los padres o de otras personas significativas de su pasado. Finalmente, ya que el analista tradicionalmente conserva el "incógnito analítico" revelando poco o nada de sí mismo, se convierte en una especie de pantalla (semejante a la tarjeta en blanco del TAT) donde el paciente proyecta todo tipo de atributos, características y motivaciones.

Esto significa que el paciente puede ver al terapeuta como un padre cariñoso o también como si fuera el padre vengativo, la madre seductora, el rival odiado, un amante celoso o cualquier sin fin de figuras. El contenido específico de la proyección depende en gran medida de la naturaleza específica de las dificultades inconscientes del paciente. Cuando la relación entre paciente y terapeuta toma la forma de una "nueva versión" o una versión en miniatura de los problemas del paciente, entonces se designa a esta fase como la neurosis de transferencia y se constituye en el foco mismo del trabajo analítico.

La aparición de la transferencia y de la neurosis de transferencia fue observada por Freud en las primeras épocas de su trabajo. . . Solía tomar en sus pacientes femeninas la forma de amor erótico o de fantasías sobre él. Concluyó que estas mujeres de hecho estaban expresando sus deseos infantiles acerca de sus padres a quienes él representaba simbólicamente.

Esta aparente reproducción de los conflictos tempranos inconscientes no sólo es fascinante desde el punto de vista teórico sino que tiene sus aspectos prácticos. El analista puede trabajar con los problemas importantes del pasado conforme se suceden en el presente durante la transferencia. Por esa razón el terapeuta centra su atención más bien en lo que ocurre en la sesión misma de terapia que en lo que sucede entre sesión y sesión.

Tal como ocurrió con la resistencia, la transferencia y la neurosis de transferencia se muestran en múltiples formas. Una vez más, sólo podemos describir unos cuantos ejemplos.

Entre los más obvios es la aparición de la dependencia para con el terapeuta. El paciente puede llegar con anticipación a cada sesión, mostrar disgusto por su terminación, solicitar telefónicamente consejo y ayuda a toda hora del día o de la noche, fabricar exigencias, o llegar a extremos en un esfuerzo de agradar al analista. Como observó Freud, es frecuente que surjan intensos sentimientos de amor que pueden alcanzar proporciones dramáticas. Algunos pacientes se involucran a tal grado en sus fantasías amorosas respecto al analista que ya nada más les interesa. Cuando el terapeuta no corresponde puede surgir la decepción y el coraje. El paciente puede caer en depresión e incluso simular un intento de suicidio.

Intensos sentimientos negativos hacia el terapeuta también reflejan la transferencia. Posiblemente el paciente en algún momento de su terapia decida que el analista es incompetente (y a la vez estúpido). Aunque estos sentimientos no se externen directamente o en ocasiones repetidas, el paciente posiblemente no suspenda su tratamiento. Para el terapeuta, esto no quiere decir que el paciente es un cliente inconforme sino que está empleando la relación entre ambos para expresar sentimientos que van dirigidos realmente a uno de sus padres o a otra persona significativa.

La transferencia negativa puede también aparecer en forma menos directa y más infantil. Fine (1971) nos habla de un paciente que logró molestar con gran éxito al analista habiéndole por teléfono de quince a veinte veces por hora, a veces anunciándose como Cristóbal Colón.

La transferencia y las neurosis de transferencia deben ser manejadas con cuidado. El analista no se limita a reaccionar ante ellos sino que pretende comprender el significado de los sentimientos negativos y positivos. Si el analista reconociera "normalmente" a una declaración de amor o a un ataque verbal, el paciente probablemente no aprendería mucho y podría sobrevenir una suspensión prematura de la terapia. La estrategia es mantener viva y visible la transferencia sin forzar al paciente a abandonar el análisis. Si esto se logra, el material inconsciente involucrado se puede volver consciente y podrá ser manejado. Cuando todas estas metas se logran, el análisis del paciente se considera terminado.

Aplicación práctica del modelo psicoanalítico.

En su forma clásica, el psicoanálisis se emplea en una relación de uno a uno, con adultos "neuróticos" por un periodo de varios años. Vemos más adelante que la aplicación clásica ha sido modificada de varias maneras para acortar el tiempo y para volverla aplicable en grupos o en familia y con pacientes de menor edad pero típicamente el que recibe análisis es un adulto relativamente inteligente y sofisticado que dispone del tiempo y de dinero suficiente para embarcarse en tal aventura intelectual y emocional.

Así que un "buen" prospecto de paciente para el análisis tiene que estar motivado para buscar ayuda y estar dispuesto a trabajar para resolver sus problemas. Debe ser capaz de seguir la "regla fundamental" de la asociación libre y de establecer una relación interpersonal con el terapeuta. Además, el paciente ha de ser capaz de pensar lógicamente acerca del mundo, incluyendo su propia conducta y deberá mantener su contacto con la realidad. Finalmente, el paciente ha de poseer suficiente valor para dedicarse a solucionar y aceptar el hecho de sus problemas mentales (Ford y Urban, 1963). Estos requerimientos excluyen, por ende, el empleo del análisis ortodoxo con personas llamadas "psicóticos". La intensidad y la severidad de sus problemas de conducta suelen llevar a este tipo de pacientes a ser internados en hospitales u otras instituciones y rara vez demuestran tener las respuestas y el esfuerzo necesario para el trabajo analítico. El tipo de problemas tratados con mayor frecuencia en el psicoanálisis son los problemas que implican ansiedad, culpa, depresión y relaciones interpersonales inadecuadas. Una muestra breve de estos problemas abarcaría los desórdenes de tipo histérico, las desorientaciones sexuales, las fobias, la ansiedad general, la disfunción sexual (por ejemplo, la impotencia, la frigidez), la agresividad inadecuada, la excesiva timidez, las relaciones sociales no satisfactorias, la incapacidad productiva, el insomnio y los conflictos maritales.

2.3. Modelo cognitivo conductual o del aprendizaje social.

La Psicoterapia Cognitiva se entiende como la aplicación del modelo cognitivo a trastornos psicológicos específicos a través del uso de una variedad de técnicas diseñadas para modificar creencias disfuncionales y modos erróneos de procesamiento de la información que son característicos del trastorno.

Desde este marco teórico, se considera que experiencias de aprendizaje particulares a lo largo del desarrollo están en la base de esquemas cognitivos o creencias que aumentan la vulnerabilidad a las alteraciones psicológicas. Los esquemas o supuestos disfuncionales pueden activarse en condiciones vitales relacionadas con ellos y que, por tanto, tienen un especial significado para la persona. La activación de esquemas o creencias disfuncionales conduce a sesgos cognitivos en el procesamiento de la información, de los que serían ejemplo los siguientes:

- Inferencia arbitraria: se refiere al proceso de llegar a una determinada conclusión en ausencia de evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- Sobregeneralización: implica llegar a una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y aplicar la conclusión tanto a situaciones relacionadas con ella como a situaciones no relacionadas.
- Abstracción selectiva: se refiere a centrarse en un detalle específico ignorando otras características más relevantes de la situación.
- Magnificación y minimización. Se refiere a errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un acontecimiento.
- Personalización: es la tendencia del paciente para atribuirse a sí mismo sucesos externos cuando no hay base para establecer esa conexión.
- Pensamiento absolutista dicotómico: se refiere a la tendencia a clasificar todas las experiencias de manera extrema sin contemplar su gradación.

Estos errores o sesgos cognitivos se traducen en valoraciones o interpretaciones de especial relevancia en la respuesta emocional y conductual a la situación. Es decir, las reacciones emocionales y conductuales serían una consecuencia directa de dichas valoraciones. Las valoraciones o interpretaciones disfuncionales pueden ocurrir de manera automática en el sentido de surgir irreflexivamente en el flujo de la conciencia sin que el paciente considere su adecuación o validez. El paciente asumiría que estos pensamientos automáticos negativos son fiel reflejo de la realidad.

Otro aspecto importante del modelo cognitivo es la consideración de las interacciones entre distintos elementos de la presentación del trastorno en la perpetuación de este. Por ejemplo, las conductas de evitación pueden dificultar la adquisición de competencias sociales que, lo que, a su vez, incrementa la ansiedad en este tipo de situaciones, la tendencia a la evitación, los pensamientos negativos acerca de sí mismo y así sucesivamente.

La terapia se basa en la evaluación y formulación clínica del problema. En ella se incluyen los factores de predisposición (por ejemplo, ansiedad rasgo, déficits en determinadas competencias, creencias disfuncionales o red social pobre), desencadenantes (por ejemplo, acontecimiento vital perturbador) y de mantenimiento (por ejemplo, pensamientos automáticos negativos o conductas de evitación). La formulación o comprensión clínica del problema o trastorno orienta los procedimientos terapéuticos específicos.

2.3.1. Desensibilización sistemática.

La desensibilización sistemática (DS) es una de las técnicas de la terapia conductual mejor conocidas, que se emplean con una mayor frecuencia y que se han investigado de una manera más completa. La mayor parte del tiempo se utiliza para reducir la ansiedad desadaptativa y aprendida (como las fobias) pero también se ha aplicado a un conjunto de otros problemas clínicos, algunos de los cuales en apariencia no tienen mucho que ver con la ansiedad.

Raíces históricas.

El interés por aplicar los principios del aprendizaje al problema de la eliminación de los miedos fuertes se ha mantenido activo durante algunas décadas. Las demostraciones de Watson y Rayner acerca de que el miedo se podía aprender a través del condicionamiento (es decir, el caso de Albert) y de Mary Cover Jones acerca de que se podía desaprender por medio del mismo mecanismo (es decir, el caso de Peter) fueron excelentes ejemplos. Además, el teórico del aprendizaje Edwin Guthrie propuso varias técnicas basadas en el aprendizaje durante la década de 1930 para destruir los hábitos desadaptativos. Por ejemplo, Guthrie sugirió que una de las maneras para sobreponerse al miedo era comenzar con un ejemplo del estímulo temido que fuera tan débil que no ocurriera la ansiedad y luego de manera gradual ir aumentando la fuerza del estímulo hasta que se pudiera presentar con su fuerza completa sin que provocara alguna incomodidad (Guthrie, 1935). Durante la década de 1920, Johannes Schultz, un psicólogo alemán, desarrolló una técnica denominada "capacitación autogénica". Implicaba una combinación de la hipnosis, relajación y autosugestión mediante la cual los clientes se inducían a sí mismos determinados estados que eran incompatibles con las emociones de sufrimiento tales como la ansiedad.

Sin embargo, el primer paquete claramente definido de los tratamientos orientados en el aprendizaje social para el uso clínico sobre la reducción de la ansiedad fue la desensibilización sistemática de Joseph Wolpe. Wolpe describió este paquete de tratamiento en su obra de 1948, *La Psicoterapia mediante la inhibición recíproca* ("Psychotherapy by Reciprocal Inhibition"). Wolpe había estado realizando cierta investigación en África del Sur sobre las condiciones bajo las cuales los gatos podían desarrollar "neurosis experimental". Como Masserman (1943) que lo procedió, Wolpe encontró varias manifestaciones "neuróticas". Por ejemplo, después que los animales habían recibido choques eléctricos en repetidas ocasiones mientras comían, se resistían a que los introdujeran a las jaulas donde habían recibido los choques, y actuaban de una manera muy emocional y se negaban a comer cuando finalmente se les situaba en esas jaulas.

Wolpe razonó que si la ansiedad condicionada podía inhibir la conducta de comer, lo contrario también podía resultar cierto; el acto de comer podía inhibir la ansiedad condicionada (como había sucedido ya en el caso de Peter). Para la fortuna de los gatos,

Wolpe tuvo razón. Al apoyarse en un principio que llamó la inhibición recíproca, dio de comer a los gatos con sus manos en las jaulas donde habían aprendido su ansiedad. De acuerdo con Wolpe (1958): "Si se puede hacer que ocurra una respuesta que sea antagónica a la ansiedad en la presencia de los estímulos que evocan la ansiedad de tal forma que se acompañe de una supresión completa o parcial de las respuestas de ansiedad, el vínculo entre estos estímulos y las respuestas de ansiedad se debilitará".

Muchos de los animales obtuvieron beneficios de este procedimiento y sus conductas emocionales se redujeron. Sin embargo, algunos gatos permanecieron "neuróticos". Wolpe trasladó estos gatos a habitaciones que se iban apareciendo cada vez menos a la habitación donde se había llevado a cabo el condicionamiento original hasta que estuvieron dispuestos a comer. Después que un animal era capaz de comer en uno de estos salones sin demostrar la ansiedad, Wolpe lo cambió a un lugar que se parecía un poco más al ambiente temido., Continuó este proceso de alimentar a los gatos en lugares que se asemejaban cada vez más a la situación del condicionamiento original hasta que fueron capaces de comer en la jaula misma por la que sentían temor.

Procedimientos de desensibilización:

Después de curar a sus gatos, Wolpe (1958) comenzó a extender sus métodos a los humanos que sufrían de una ansiedad desadaptativa. Su primer tarea fue encontrar una respuesta que fuera lo suficientemente incompatible con la ansiedad como para inhibir su ocurrencia indeseada. Seleccionó tres tipos de respuestas inhibitorias: la relajación muscular profunda, la autoafirmación interpersonal y la excitación sexual. En cada caso se suponía que el principio era el mismo: Las personas no se pueden sentir ansiosas mientras están relajadas o excitadas sexualmente o son autoafirmativas. La relajación muscular profunda se ha convertido en el inhibidor más popular en el tratamiento clínico relacionado con la desensibilización sistemática.

Sin embargo, también se pueden emplear la autoafirmación o excitación sexual, particularmente cuando la ansiedad que se va a inhibir se relaciona con problemas interpersonales o sexuales.

La técnica de relajación más común se denomina entrenamiento en la relajación progresiva (por ejemplo, Bernstein y Borkovec, 1973), una versión abreviada de un método que inició Jacobson en 1938. Se enseña al cliente a que se relaje física y mentalmente mediante una serie de ejercicios en los cuales se tensan durante unos segundos 16 diferentes grupos de músculos y luego se deja que descansen mientras el cliente se centra en las sensaciones de relajación que subsiguen. Cualquiera se puede dar una idea acerca de cómo se sienten estos ejercicios al apretar su puño durante cinco segundos y luego soltar la tensión de manera abrupta. El flujo de la relajación que se experimenta es una versión moderada de lo que se puede sentir al tensar y relajar los músculos a través de todo el cuerpo.

El entrenamiento en la relajación toma un periodo aproximado de 40 minutos cada sesión. Después de cuatro a seis sesiones y alguna práctica en la combinación de varios grupos de músculos, es posible que el cliente logre una relajación profunda en menos de diez minutos. La relajación se puede lograr mediante otros métodos si por alguna razón el cliente no puede llevar a cabo los ejercicios o el terapeuta prefiere otra técnica. En algunas ocasiones se emplea la hipnosis, como algunas drogas tales como el sodio methohexitol.

El siguiente paso en la desensibilización es la introducción de las situaciones que provocan la ansiedad de una manera gradual. Wolpe usó dos tipos de jerarquías graduadas. Estas fueron las jerarquías en vivo, en las cuales a los clientes en realidad se les exponía a versiones de lo que temían, cada vez más amenazadoras, y jerarquías imaginarias, en las cuales los clientes se imaginaban o visualizaban una serie de escenas que les producían cada vez más miedo. En cada caso, el cliente determinaba el orden específico de las escenas reales o imaginarias. A menudo la construcción de una jerarquía es más difícil de lo que pudiera parecer. El problema principal reside en escoger las palabras y arreglar los reactivos de tal manera que cada uno provoque un poco más de ansiedad que el que le precedió. Un aumento muy grande en la excitación entre los reactivos dificultará el ascenso a través de la jerarquía, mientras que uno demasiado pequeño puede provocar una secuencia de tratamiento sumamente larga y aburrida.

Los clínicos hoy en día emplean jerarquías imaginarias, a menudo debido a la conveniencia que proporcionan. Obviamente es mucho más fácil y económico pedirle a una persona que le

tiene fobia a los submarinos que se imagine la sumersión de un crucero en lugar de hacer un viaje al fondo del mar. A menudo las jerarquías en vivo son más codiciadas, sin embargo, y se han utilizado de una manera exitosa cuando se emplean solas, o en combinación con los estímulos imaginarios (por ejemplo, Bernstein y Beaty, 1971; MacDonald y Bernstein, 1974).

2.3.2. Terapia de exposición.

Como la desensibilización, el "flooding" es una técnica que se emplea para reducir la ansiedad pero, de una manera diferente a la desensibilización, implica la exposición extensa de un cliente que no está relajado a unos estímulos de alta intensidad que provocan la ansiedad. El "flooding" se basa en el principio de la extinción, es decir, que los estímulos condicionados al miedo pierden su calidad de aversiva de una manera gradual cuando se expone al cliente a ellos de una manera repetida o continua sin que en realidad se presenten las consecuencias dañinas. En él "flooding" no se permite a las personas que eviten o escapen de la situación que temen con el fin de ayudarlas a aprender que la situación en verdad no es amenazadora. El "flooding" se parece un poco a la técnica basada en el sentido común de "o nadas o te ahogas" mediante la cual se lanza a un niño que teme al agua a la parte profunda de una alberca (con la esperanza de que se extinga el miedo y no el niño). La implosión o terapia implosiva es un procedimiento muy semejante al "flooding". La diferencia principal está en que en la implosión a menudo se presentan estímulos de situaciones de miedo más intensos que aquellos que se encuentran en la vida diaria y en algunas ocasiones se incluye algún material que la teoría psicoanalítica sugiere que sería importante en la producción del miedo (Stampfl y Levis, 1973). Por ejemplo, en el tratamiento de alguien que teme a los sapos, es posible que el terapeuta implosivo utilice escenas imaginarias de sapos junto con otras que representen la castración, los conflictos edípicos, el rechazo paterno y el daño físico.

Orígenes históricos Kazdin (1978) señala que el "flooding" tuvo su origen moderno en dos tipos de experimentos de laboratorio. El primero fue el trabajo de Masserman sobre la neurosis experimental en el que demostró que la ansiedad inducida de manera experimental en un animal se podía eliminar al obligarlo a que regrese a la situación temida. Los

experimentos sobre el aprendizaje de evitación también apoyan el valor terapéutico de la exposición obligatoria (por ejemplo, Solomon, Kamin y Wynne, 1953).

A pesar de que se dispone de pocas referencias sobre otras técnicas que se parezcan al "flooding" en la literatura clínica inicial, sin lugar a duda existieron métodos semejantes que se emplearon de una manera asistemática durante muchos años. Los aforismos tales como "enfrenta tus temores", "la única cosa a la que hay que tenerle miedo es al miedo mismo", y "dale la cara al miedo" se apoyan en la misma lógica que el "flooding".

Procedimientos del "flooding".

Por lo general, el flooding se conduce de una manera imaginaria, a pesar de que sí se puede llevar a cabo en vivo. En cualquiera de los dos casos, la duración del tiempo de exposición debe ser lo suficientemente larga como para que se pueda empezar a desvanecer la ansiedad. Nunca se debe terminar la exposición mientras el cliente aún esté experimentando la ansiedad, ya que esto reforzaría la conducta de evitación. Las sesiones de "flooding" por lo general duran de 45 minutos a una hora, a pesar de que en algunas ocasiones es necesario que duren hasta dos horas y más para que se note una disminución en la ansiedad.

2.3.5. Técnicas de extinción.

El objetivo fundamental de las intervenciones en modificación de conducta es el de desarrollar nuevas conductas y habilidades que permitan a las personas una actuación más adecuada ante las demandas del medio. No obstante, en muchas ocasiones se hace necesario el reducir determinadas conductas que alteran, dificultan o impiden el desarrollo de esas conductas adaptativas. Para ello, existen distintos tipos de técnicas que son: extinción, costo de respuesta o castigo negativo, tiempo fuera y sobrecorrección.

Extinción.

Este procedimiento consiste en suprimir el reforzamiento de una conducta previamente reforzada. No debemos olvidar que cuando tratamos de extinguir una conducta inadecuada,

de forma paralela tenemos que ir incrementando conductas adaptadas, siendo necesario reforzar cualquier esfuerzo del niño en la dirección deseada.

Es un procedimiento de reducción gradual que depende de:

1. La historia y el programa de reforzamiento de la conducta desadaptada. La extinción es mucho más lenta cuando la conducta tratada tiene una larga historia de ocurrencia, está bien consolidada. Mientras que la extinción es más rápida si la conducta es de origen reciente.
2. El nivel de privación del individuo de los refuerzos que eran contingentes a la conducta indeseable y la intensidad de éstos. La extinción requiere más tiempo cuanto mayor será el intervalo temporal que el sujeto ha pasado sin recibir reforzamiento.
3. El esfuerzo necesario para emitir la respuesta, ya que, cuanto más esfuerzo requiera más fácil será de extinguir.
4. El uso combinado de procedimientos de refuerzo de conductas alternativas, que harán que la reducción sea mucho más rápida.

Guía de aplicación del procedimiento de extinción

1. Utilizar junto a la extinción de la conducta inadecuada el reforzamiento de alguna conducta o conductas alternativas, si es posible incompatibles con la extinguida.
2. Es necesario identificar todos los estímulos reforzadores que mantienen la conducta que se desea extinguir.
3. Es necesario controlar la presencia de los reforzadores, integrando a la persona en el ambiente en el que se emiten las conductas que se desean extinguir. En caso contrario no será eficaz al mantenerse parte del reforzamiento de la conducta.
4. La extinción debe ser constante, si se usa de forma intermitente se pueden producir efectos contrarios, estableciendo de forma más firme la respuesta pues en realidad se está procediendo a un reforzamiento intermitente de la conducta.
5. Conviene especificar las condiciones de la extinción.

6. Prevenir a las personas implicadas en el programa de extinción con respecto al incremento inicial de la respuesta indeseable, posibles respuestas agresivas inducidas por la frustración al no recibir la recompensa esperada, así como los efectos de recuperación espontánea, informándoles que es lo usual, y que deben persistir en el procedimiento para que alcance su eficacia
7. No utilizar la extinción si se desea el cese inmediato de la conducta, o si la conducta es altamente peligrosa para el sujeto o para las personas de su medio.

2.3.3. Autocastigo.

El autocastigo consiste en la autoadministración de consecuencias aversivas contingentemente a la realización de la conducta a eliminar. Sin embargo, al igual que en el autorreforzamiento, el sujeto decidirá previamente con el terapeuta qué conducta será objeto de castigo, bajo qué condiciones se producirá éste, así como el tipo y la cantidad de castigo que se administrará. De la misma manera, los procedimientos utilizados en el autocastigo son los mismos que cuando el castigo es heteroadministrado: físico (golpe con una goma, choque eléctrico), simbólico (expresiones verbales de autocrítica o autodesaprobación) o retirada de estímulos positivos (no tomar un postre, no ir al cine).

Ejemplos de utilización del autocastigo son: 1) El obsesivo que aprende a detener sus cadenas de pensamientos golpeándose en la muñeca con una goma, redirigiendo a partir de ahí su pensamiento. 2) La persona obesa que por haber comido un pastel debe realizar un cuarto de hora más de ejercicio físico. 3) El sujeto que, por haber gritado en una discusión, no va al cine esa noche con su pareja. Desafortunadamente, tal y como recoge Kanfer (1980), a pesar de que el autocastigo suele ser una conducta ampliamente utilizada en el repertorio del cliente, ésta tiene poca utilidad en la eliminación de la respuesta objetivo. Y ello debido bien a la falta de sistematicidad en la autoadministración, o bien al hecho de que el sujeto interprete el castigo como un método para poder realizar la conducta castigada. Es decir, el autocastigo permite que el individuo «pague» por el comportamiento inadecuado, convirtiéndose de esta manera en la forma de realizar la conducta sin sentimientos de culpabilidad. Este problema

puede ser subsanado si el autocastigo está controlado estrechamente por el terapeuta, aunque en este caso ya no podamos hablar estrictamente de autocontrol.

Por tanto, habría que sellar que el autocastigo debe ser la técnica a utilizar como último recurso, y siempre en combinación con otras técnicas como el autoreforzamiento, el control estimular y sobre todo el entrenamiento en habilidades alternativas incompatibles con la conducta a eliminar.

2.3.4 Reestructuración cognitiva RC.

La RC consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la RC los pensamientos son considerados como hipótesis y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989).

La RC, en combinación con otras técnicas (lo que se conoce como terapia cognitiva o terapia cognitivo-conductual), se ha mostrado más eficaz que la ausencia de tratamiento o que otros tratamientos en los trastornos de ansiedad, depresión mayor, trastorno bipolar (en combinación con fármacos), trastornos de alimentación, trastornos somatomorfos (trastorno de somatización, trastorno por dolor, hipocondría, trastorno dismórfico corporal), trastornos por abuso de sustancias, juego patológico, algunos trastornos de personalidad (p.ej., límite), trastorno negativista desafiante, insomnio, ira, agresión sexual, disfunción eréctil, conflictos de pareja, problemas de salud (p.ej., dolor, síndrome de intestino irritable, síndrome de fatiga crónica) e ideas delirantes y alucinaciones. Por otra parte, la terapia cognitiva parece un tratamiento prometedor para otros problemas como los trastornos disociativos, los intentos de suicidio, el trastorno de déficit de atención, la fibromialgia y los

acúfenos (Butler et al., 2006). Asimismo, la terapia cognitiva también se ha aplicado a problemas que no se ciñen a una categoría diagnóstica, sino que subyacen a diversos trastornos psicológicos; por ejemplo, evitación del afecto, baja autoestima y problemas interpersonales) (Bennet-Levy, Butler et al., 2004; Harvey et al., 2004).

La identificación de cogniciones puede preceder a la justificación de la RC –como cuando se pide al cliente que registre diversos aspectos de su comportamiento en el proceso de evaluación inicial– o seguir a dicha justificación. Si un cliente no ve la necesidad de explorar sus cogniciones, será necesario proceder primero a emplear ejemplos relacionados o no con sus problemas que le hagan ver cómo las emociones y la conducta están influidas por lo que pensamos. Una cuestión importante a tener en cuenta es que la identificación de pensamientos no es simplemente una fase inicial, sino un proceso continuo que se prolonga a lo largo del tratamiento.

La identificación correcta de las cogniciones por parte del cliente requiere que este sea entrenado al respecto, lo cual incluye decirle que:

- Muchos pensamientos son automáticos e involuntarios y que pueden ser tan habituales plausibles que escapen a la atención consciente, a no ser que se haga un esfuerzo para captarlos.
- Se asegure de que ha identificado los pensamientos importantes que producen el malestar emocional. Para ello, puede preguntarse a sí mismo si otras personas que pensarán eso se sentirían como él se siente.
- Procure no confundir pensamientos y emociones; “me sentí fatal” o “estoy nervioso” son estados emocionales, no pensamientos.
- Escriba pensamientos concretos; no hay que apuntar “quedaré mal” si lo que se piensa es “hablarán mal de mí y no me volverán a dirigir la palabra”.
- Escriba cada pensamiento de forma separada, en vez de los típicos largos párrafos de un diario personal.

- Las cogniciones pueden presentarse no sólo en forma de pensamientos verbales, sino también como imágenes. Por ejemplo, imaginar que uno se despeña con el coche o que tiene un infarto en la calle sin que nadie le ayude. Es infrecuente que los pacientes informen de imágenes sin que sean preguntados explícitamente al respecto.

Cuestionamiento verbal de las cogniciones desadaptativas.

Pueden distinguirse de entrada dos estrategias principales (Bados, 2001):

- Información directa contraria a los pensamientos inadecuados del cliente.

El terapeuta proporciona, verbalmente y/o por escrito, a) información de aspectos sobre los que el cliente no tiene ningún conocimiento o b) información dirigida a corregir ideas erróneas. Así, puede presentar pruebas y contraargumentos, rebatir errores lógicos y datos engañosos, y señalar las consecuencias negativas de ciertos comportamientos. Esta información es comunicada directamente por el terapeuta, pero el paciente debe tener la libertad en cualquier momento de discutir y emitir sus propias opiniones; cuando este es el caso, suele hablarse de debate didáctico.

- Diálogo socrático. El terapeuta cuestiona los pensamientos del cliente mediante preguntas para que así este tenga que reconsiderarlos. Además, el terapeuta entrena al cliente a formularse dichas preguntas y lo guía en la evaluación crítica de sus pensamientos. Así pues, el terapeuta formula más preguntas que respuestas para que sea el paciente quien lleve la carga de la prueba sobre sus creencias; de este modo, nunca se pone en la boca del paciente lo que puede salir de él mismo.

La desventaja de la primera estrategia, especialmente en su versión más directiva, es que las personas pueden resistirse ante los intentos directos de hacerles cambiar su forma de pensar. Este riesgo es menor con la segunda estrategia, aunque, en contrapartida, requiere más tiempo y puede no funcionar con clientes que prefieren un estilo más persuasivo o directivo (p.ej., que el terapeuta les dé información o les sugiera formas de ver las cosas que les serán más útiles). En general, el diálogo socrático es la estrategia preferida, siempre que no haya limitaciones de tiempo y se ajuste al estilo del paciente. Sin embargo, ambas

estrategias no son excluyentes. Hay ocasiones en que en el marco de un diálogo socrático es útil proporcionar directamente información correctiva. Un ejemplo puede verse en la tabla 3; otros serían dar información para combatir mitos sexuales, explicar los efectos de la hiperventilación, señalar la ocurrencia normal de los pensamientos intrusos (p.ej., de tipo obsesivo) o explicar las diferencias entre síntomas psicóticos y síntomas de ansiedad a un cliente ansioso con miedo a volverse loco. En el método socrático pueden seguirse los siguientes pasos: 1) examinar las pruebas o datos acerca de un pensamiento negativo; 2) examinar la utilidad de dicho pensamiento; 3) suponer que es cierto lo que se piensa y luego: a) identificar qué pasaría y examinar las pruebas de esta nueva cognición; y b) buscar qué se podría hacer para afrontarlo; 4) extraer las conclusiones pertinentes tras el paso o pasos realizados. Cada uno de estos pasos será explicado a continuación, aunque conviene señalar que no todos han de ser aplicados necesariamente para cada pensamiento a reestructurar.

2.3.6. Economía de fichas.

Una economía de fichas es un procedimiento que se utiliza para realizar los principios del manejo de contingencias con el fin de alterar una amplia variedad de conductas en una persona o grupo de personas. Se puede concebir como un sistema monetario a pequeña escala en el cual se les paga a las personas con una moneda especial (fichas) cuando ejecutan determinadas conductas que se les hayan asignado. Una economía de fichas no es muy distinta del principio común de entregar una compensación por realizar una labor, a excepción de que a menudo las economías de fichas se establecen en ambientes institucionales donde los internos estaban previamente acostumbrados a recibir recompensas de una forma que no era contingente.

Como se le emplea en las instituciones, la economía de fichas por lo general consiste de cuatro componentes. El primero consiste en que se deben especificar las conductas meta. Esto significa que el personal, y, a menudo, los clientes señalan las conductas que ellos esperan que se incrementen o mejoren por medio del programa. La interacción social, las habilidades de autoayuda, y el ejercicio físico son algunas de las conductas meta comunes a pacientes mentales con una hospitalización crónica. El segundo establece que debe haber

algún medio de intercambio o "ficha" que los participantes adquieran si y solo si llevan a cabo las conductas meta. Entre los niños son populares las estrellas doradas y los cupones de colores. Las preferencias de los asuntos se inclinan hacia las fichas de póquer estampillas verdes, o "monedas" de metal. El tercero dispone que deben existir los reforzadores de apoyo: los bienes o servicios por los cuales se deben intercambiar las fichas. La comida, privilegios recreativos, "vacaciones" del hospital y condiciones de vida más especiales son apoyos comunes. Por último, todos los participantes deben establecer las reglas de intercambio. Las reglas incluyen el número de fichas que se pueden obtener al cumplir alguna conducta meta así como el número de fichas requeridas para adquirir algún reforzador de apoyo. Las reglas del intercambio con frecuencia se alteran durante el transcurso de una economía de fichas con el fin de evitar la "inflación" o "deflación" de la moneda.

El primer reporte de una economía de fichas en una institución psiquiátrica fue el que publicaron Ayllon y Azrin (1965), quienes aumentaron la tasa de las conductas de cuidado propio y completaron las actividades asignadas a un grupo de pacientes crónicos del sexo femenino. Después del estudio de Ayllon y Azrin (1965), el empleo de las economías de fichas en los hospitales psiquiátricos aumentaron con una tasa elevada (Kazdin y Bootzin, 1972). También hubo un aumento rápido en la aplicación de las economías de fichas a otras poblaciones. Varios investigadores utilizaron los sistemas de fichas para controlar la conducta delincuente y antisocial (por ejemplo, Burchard, 1967; Cohén, 1968), y otros no tardaron en introducir los programas de fichas en los salones de clase con el propósito de reducir la indisciplina y promover el aprendizaje (por ejemplo, O'Leary y Becker, 1967). Asimismo se desarrollaron los programas especiales para los participantes de "Head Start" (un proyecto educativo para niños marginados), los retrasados mentales, los alcohólicos, drogadictos, y niños autistas de acuerdo con los principios de la economía de fichas (Kazdin y Bootzin, 1972).

En fechas más recientes, se han extendido las economías de fichas fuera de las instituciones introduciéndose de manera directa en la comunidad. Por ejemplo, Miller y Miller (1970) aumentaron la frecuencia y cantidad de actividades para la organización de la comunidad entre las personas pobres por medio de una economía de fichas. También se ha promovido

una variedad de esfuerzos dirigidos hacia la conservación de la energía y protección ambiental mediante los programas de fichas que se aplican a las grandes áreas geográficas o poblaciones bastante densas (Nietzel, Winett, MacDonald y Davison, 1977).

2.3.7. Modelamiento.

Un mecanismo muy importante de la teoría del aprendizaje social es el modelamiento o el aprendizaje mediante observación. Bandura (1969) sostiene que "casi todos los fenómenos que resultan de las experiencias directas pueden ocurrir de una manera vicaria observando la conducta de las otras personas y las consecuencias que ellos obtienen". En muchos casos, el aprendizaje a través del modelamiento es mucho más eficiente y efectivo que el aprendizaje por medio del reforzamiento directo. La observación de los modelos competentes puede eliminar los peligros de las consecuencias negativas de la conducta de ensayo y error que no es guiada (¡imagínese el desastre que sería que todas las personas tuvieran que recibir un golpe de un automóvil para que aprendieran a cruzar las calles con precaución!). Las conductas muy complejas tales como hablar requieren de modelos apropiados, como también es el caso de las cadenas largas y elaboradas de la conducta motora como el conducir un automóvil. Desde luego, se pueden desarrollar muchas conductas a través de la experiencia y reforzamiento directo, pero con frecuencia se abrevia el proceso del aprendizaje mediante la oportunidad de observar la ejecución de algunos modelos.

Además de que facilita el desarrollo de las conductas nuevas, el modelamiento tiene otros dos efectos (Bandura, 1969). La observación de las consecuencias que recibe el modelo por su conducta puede inhibir o desinhibir la conducta imitativa del observador (¿acariciaría alguien a un perro que acabara de morder a un amigo?). La observación de la conducta de los demás también puede facilitar que se lleven a cabo conductas semejantes que ya estuvieron presentes en el repertorio del observador (un ejemplo común es el formarse en fila).

Procedimientos del modelamiento.

Se ha utilizado el modelamiento para tratar muchos diferentes tipos de problemas clínicos incluyendo el aislamiento social entre los adultos y los niños, las conductas obsesivo-compulsivas, la falta de autoafirmación, la conducta antisocial (inclusive la agresión física), y el autismo infantil temprano. Sin embargo, es probable que su uso más común sea en el área de la reducción de miedos.

En su forma más sencilla, un uso del modelamiento para la eliminación de una evitación fóbica implicaría que un cliente observe una presentación en vivo o simbólica (en película o videocinta) en la que un modelo o más llevan a cabo la conducta que evita el cliente pero sin temor alguno. Las consecuencias observables que reciben los modelos siempre son positivas, o por lo menos no son negativas.

Se ha desarrollado una amplia variedad de modificaciones del paquete básico del modelamiento. La modificación más común es la que se denomina modelamiento partícipe. En este procedimiento, se sustituye el modelamiento en vivo al dar al cliente una oportunidad para efectuar el contacto acompañado y gradual con el objeto temido bajo determinadas circunstancias controladas o protegidas. Este contacto con el uso de una guía puede recibir mayor apoyo a través de la utilización de las técnicas auxiliares para la inducción de la respuesta, las cuales son herramientas o procedimientos especiales que facilitan las respuestas temidas o por lo menos disminuyen su carácter amenazante. Por ejemplo, Bandura Jeffery y Wright (1974) reportaron que las técnicas auxiliares de inducción tales como el uso de guantes o la asistencia física de otra persona aumentaba la efectividad del modelamiento para reducir el miedo que los clientes tenían a las serpientes.

Otra innovación reciente de las técnicas de modelamiento es el modelamiento encubierto (Kazdin, 1974). En éste, los clientes observan las actividades de determinados modelos terapéuticos imaginados por ellos en lugar de mirar las manifestaciones en vivo o por videocinta. El paquete encubierto básico consiste en tres componentes: imaginarse las situaciones donde se espera que se experimente el miedo; imaginarse a una persona o más manejar estas situaciones de una manera tranquila, e imaginarse que el modelo recibe consecuencias favorables por su acción.

2.4. Modelos fenomenológicos.

2.4.1. Terapia centrada en el cliente.

Probablemente el método fenomenológico más conocido y de mayor influencia para la intervención clínica es el de la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers (1942, 1951, 1959, 1961, 1970). Aunque la capacitación inicial de Rogers como psicólogo se basó en una tradición psicodinámica, finalmente rechazó los principios de esa tradición y fundó un método para el tratamiento, que ya en 1940 había aportado a la Psicología clínica su primera alternativa sistemática respecto a Freud.

El método centrado en el cliente

Era tentador llamar a esta sección "Técnicas de la terapia centrada en el cliente" pero tal título no habría captado el espíritu del método de Rogers. Él argumenta que la terapia es un proceso, no un conjunto de técnicas. Es un fuerte abogado de la idea de que un terapeuta no puede resolver los problemas del cliente diciéndole o enseñándole algo: "Ningún método que confíe en el conocimiento, el entrenamiento, la aceptación de algo que enseña, tiene algún provecho. . . Es posible que una persona se entienda a sí misma, prescribirle los pasos que la guiarán hacia adelante, capacitarla en el conocimiento acerca de un modo de vida más satisfactorio. Pero tales métodos son, según mi experiencia, fútiles e inconsecuentes. Lo más que pueden conseguir es un cambio temporal, que pronto desaparecerá, dejando así al individuo más convencido que nunca de su inadaptación" (Rogers, 1961, pp. 32-33y. El proceso real de la terapia desde el punto de vista de Rogers se condensa en una proposición "sí. . . entonces": si el terapeuta crea las circunstancias correctas, el cliente comenzará espontáneamente a cambiar y a crecer. En otras palabras, el proceso terapéutico ocurrirá por sí sólo, impulsado por el potencial de crecimiento del cliente, sólo cuando esté presente la atmósfera apropiada e independientemente de la "técnica" específica o contenido de la lesión.

Todo esto está relacionado con la teoría del self de Rogers. El argumento básicamente es que a la gente se le impide su crecimiento por la influencia de evaluaciones y juicios que

otros le imponen. Esto crea condiciones de valor y puede forzar a la persona o distorsionar o excluir de la conciencia alguna de sus verdaderos sentimientos. Cuando sucede esto, aparecen varias clases de síntomas. Así, si un contador realmente quisiera ser un artista, pero tuviera que ignorar esos sentimientos debido a las presiones de familia, la depresión podría ser el último resultado. El proceso de crecimiento se detendría tan pronto como el comportamiento de la persona (por ejemplo, que mostrara satisfacción con la contabilidad) se mostrara fuera de lugar, o incongruente, con los sentimientos reales.

En términos generales, la terapia está dirigida a proporcionar al cliente experiencias nuevas que reiniciarán el proceso de crecimiento. Estas nuevas experiencias incluyen principalmente la relación con una persona (el terapeuta) quien tratará al cliente en formas que no conlleven condiciones de valor, que aceptará al cliente tal como es y que lo valorará como persona. Idealmente, si se hubieran presentado dichas características en relaciones pasadas del cliente, se habrían evitado problemas psicológicos; sin embargo, su aparición en el presente puede ser útil. Por esta razón el terapeuta rogeriano intenta crear una relación interpersonal que el cliente puede utilizar para un crecimiento personal posterior.

Según Rogers, este tipo de relación no puede ser manufacturado o simulado: el paciente detectaría la falsedad, lo que no sería beneficioso. Para Rogers la única forma de generar una relación que incremente el crecimiento, está en que el terapeuta adopte y exprese genuinamente tres actitudes interrelacionadas. Estas son: estimación positiva incondicional, empatía y congruencia.

Estimación positiva incondicional.

La actitud terapéutica más básica y generalizada del sistema de Rogers es la estimación positiva incondicional. Incluye tres mensajes principales: que el terapeuta (1) se preocupe por el cliente como persona, (2) lo acepte y (3) confíe en la capacidad de cambiar y crecer del cliente. Esto podría parecer una actitud sencilla y fácilmente adoptada (después de todo, cualquier terapeuta se preocupa por los clientes), pero en la práctica no se logra sin alguna dificultad.

Por ejemplo, hay muchas formas de "preocuparse" por alguien. Uno puede ser muy superficial en eso, como cuando termina una conversación o transacción comercial con palabras como "cuídese" o "que la pase bien". El receptor de mensajes como éstos probablemente no les presta atención ni les da significado y la persona que pronunció estas palabras no será automáticamente considerada como un amigo cercano y que se preocupa. Los rogerianos desean trascender esta clase de preocupación de rutina.

En el otro extremo, una actitud de preocupación puede ser tan fuerte y posesiva como para incapacitar a la persona, objeto de la preocupación. Un hijo al que constantemente se le dice cuánto se preocupan sus padres por él y cómo esta preocupación puede resultar ser un autosacrificio doloroso ("Tu madre y yo nos privamos de cosas con tal que tú pudieras ir a la universidad") puede acabar sintiéndose culpable. En forma semejante, un joven que adora a su prometida e intenta que nunca se aleje de él puede en realidad causarle un sentimiento de ahogo y de confusión por la intensidad del cuidado. En estas situaciones, uno sospecha que el cuidado expresado se orienta en parte al hijo o a la prometida y en parte a uno mismo. Los rogerianos tratan de evitar el paralizar a sus pacientes con tales cuidados.

El ideal de "estimación" dentro del concepto rogeriano de la estimación positiva incondicional es el cuidado no-posesivo en el cual los sentimientos positivos genuinos se expresan al cliente en una forma que es liberadora y no limitante. De muchas maneras se puede hacer esto. La más sencilla incluye decir sólo al cliente: "Me interesa su situación." Esta aseveración franca tiene a menudo un lugar importante en la terapia, aunque puede ser interpretado como superficial, especialmente si se usa en exceso. Por lo tanto, en muchos casos, los rogerianos intentan también mostrar al cliente que se preocupan por ello.

El deseo de escuchar del terapeuta es una manifestación muy importante de esta actitud. Paciente, cálido e interesado en lo que su cliente tiene que decir, el terapeuta no interrumpe al cliente o intenta cambiar el tema o da cualquier otra

señal verbal o no verbal de que preferiría estar haciendo otra cosa. Además de concretarse a escuchar, el terapeuta busca entender las percepciones y sentimientos del cliente, desde el punto de vista del cliente mismo. (De esto se hablará con más detalle en la sección sobre la empatía). Para muchos clientes, hablar con alguien que tiene realmente la voluntad de escuchar y que realmente quiere entender es una experiencia nueva y estimulante que impulsa a un grado de autoexpresión sin precedentes.

El aspecto "incondicional" de la estimación positiva incondicional del terapeuta se manifiesta en su voluntad de aceptar al cliente tal como es, sin juzgarlo o evaluarlo. Rogers cree que la experiencia de ser valorado como ser humano, sin importar la naturaleza de los sentimientos o conductas propios, puede ser una experiencia valiosa y productora que contribuye al crecimiento, especialmente para los clientes cuyo desarrollo ha sido frenado por la presencia de condiciones de valor y otras presiones de evaluación. La aceptación del cliente significa que el terapeuta debe abstenerse de muchas actividades asociadas algunas veces con el papel de terapeuta.

Entre otras cosas, el terapeuta evita hacer interpretaciones. Cuando el cliente expresa un sentimiento (por ejemplo: amo mucho a mis hijos), el ideal rogeriano es ver ese sentimiento como reflejo de la percepción del cliente en ese momento. Interpretar la frase como parte de una defensa en contra de un sentimiento hostil inconsciente no sería visto consistente con una actitud de aceptación. Si el cliente declara sentimientos que son ciertamente inexactos, se supone que descubrirá finalmente la emoción más genuina conforme avanza el proceso de autoexpresión.

Los rogerianos tratan con insistencia de evitar los juicios de evaluación acerca de sus clientes. Esto significa, por ejemplo, que el terapeuta no "reducirá" al cliente a una etiqueta de diagnóstico o a cualquier otra forma de definir al cliente por lo que sus problemas llevan consigo. Esto también implica aceptar los sentimientos y conductas que expresa el cliente, como de una persona valiosa, sin importar lo que puedan involucrar. A menudo esta no es una meta que se logre fácilmente. Considere su reacción propia ante una persona que dice: "desearía que mi madre estuviera muerta", o bien, "realmente no me preocupa engañar a mi marido, de cualquier forma es tan bobo que ni se dará cuenta", o bien, "nunca desee a mis hijos, y pienso echarlos de la casa en cuanto lleguen a su mayoría de edad".

Afortunadamente, el concepto rogeriano de estimación positiva incondicional no requiere que el terapeuta apruebe sentimientos como estos. De hecho, la meta no es aprobar o desaprobado, como se dijo antes, sino aceptar estos sentimientos como parte real de una persona por la que el terapeuta se preocupa. En otras palabras, mientras que el terapeuta pueda tener una reacción evaluativa de las acciones o pensamientos del cliente, lo ideal es que puede tener una actitud no crítica del hecho de que hayan ocurrido.

Empatía

El método de Rogers es, como hemos dicho (fenomenología): la conducta humana se considera como un producto de las percepciones únicas de cada persona. Así, para entender la conducta de un cliente y ayudarlo a entenderla, el terapeuta debe acercarse lo más posible a ver el mundo tal como lo ve el

cliente. Según Rogers, cuando el terapeuta deja saber al cliente que realmente entiende (o por lo menos quiere entender) lo que el cliente ve y siente, aumentan las oportunidades de una relación terapéutica provechosa. En términos rogerianos, esto incluye un esfuerzo por una empatía fiel o una comprensión empalica.

La empatía requiere que el terapeuta esté totalmente entregado al esfuerzo por percibir los sentimientos del cliente, pero no requiere que el terapeuta viva la experiencia de esos sentimientos (Rogers, 1951). Esto es un punto importante porque si el terapeuta realmente sintiera el temor o la ira del cliente, la sesión de terapia se convertiría sólo en un lugar para que dos personas ¡se atemoricen o se enojen juntas! También es importante reconocer que la empatía no se logra simpatizando con el cliente. Un comentario como: "Realmente lamento que se sienta tan deprimido" refleja bondad y simpatía pero no empatía.

Igualmente un terapeuta que sólo dice al cliente que empatiza, no comunica una actitud de empatía. Es muy común en la terapia y en la vida diaria, oír a la gente que dice: "realmente sé lo que sientes", o bien, "entiendo por lo que estás pasando", o bien, "yo me he sentido así". Si, como los fenomenólogos creen, las percepciones de cada persona son únicas, requiere más trabajo por parte del terapeuta aproximarse a una comprensión genuina de los que se siente ser un cliente. De hecho, se puede decir que cuando alguien utiliza una frase sencilla como: "sé cómo se siente" realmente están comunicando una falta de interés aun cuando en realidad trate de entender. Imagine su propia reacción si, después de ofrecer un amplio relato de sus sentimientos complejos acerca de, digamos, la muerte de un abuelo, le dicen "yo también me he sentido así".

Probablemente sería fácil poner en duda el grado en que ellos (1) saben lo que usted siente o (2) quieren saber cómo se siente.

No es fácil comunicar una actitud empática al estilo rogeriano, especialmente para los terapeutas formados y entrenados en el análisis intelectual. Para ilustrar el problema y el ideal empático de apoyo presentamos un extracto del inicio de una sesión de terapia con un joven. A medida que lo va leyendo y al terminarlo trate de estar consciente de sus propias reacciones.

Por supuesto, el terapeuta rogeriano no sólo debe adoptar una actitud de empatía sino que debe comunicarla al cliente. Esto se lleva a cabo verbalmente y no mediante alguna de las formas de escuchar activamente. El uso del reflejo es de valor particular para comunicar la empatía, un método de entrevista que sirve para el doble propósito de (1) comunicar el deseo del terapeuta por lograr la comprensión emocional o lograrla, y (2) hacer que el cliente tenga más conciencia de sus propios sentimientos.

El uso del reflejo es probablemente uno de los aspectos más mal entendidos de la terapia centrada en el cliente, ya que para un observador externo, el terapeuta puede parecer estar diciendo lo que es obvio o sólo repitiendo lo que el cliente ha dicho. En una broma famosa sobre este método, se dice que Rogers respondió de la siguiente manera a un cazador de patos enfurecido que amenazaba disparar a Rogers, si él no le cedía un presa en disputa "sientes que es tu pato".

En realidad, sucede mucho más en una sesión de terapia Rogeriana que simplemente repetir las afirmaciones del cliente. En primer lugar, el sólo reflejar

no es únicamente repetir a parafrasear, conlleva la destilación y la "reproducción" de los sentimientos del cliente.

Congruencia

Esta importancia es parte de la creencia general de Rogers de que entre más genuino sea el terapeuta en todos los aspectos de su relación con el cliente, mayor será la ayuda que prestará. La idea es que los sentimientos y acciones del terapeuta deben ser congruentes o consistentes unos con otros. "Esto quiere decir que necesito ser consciente de mis propios sentimientos y (desear) expresar en mis propias palabras y por mi conducta, los diversos sentimientos y actitudes que existen en mí. (Rogers 1961, p. 33.)

De acuerdo con Rogers, cuando el terapeuta es genuino o congruente, establece una relación humana real. Contrastando fuertemente con el punto de vista freudiano, Rogers arguye: "No ayuda el actuar con calma y bondad, cuando de hecho estoy enojado y en una posición crítica. No ayuda el actuar como si conociera las respuestas, cuando no es así. . . dicho de otra forma: No he encontrado que sea una ayuda efectiva en mis relaciones con otros el tratar de mantener una fachada; actúa de manera diferente en la apariencia, cuando de hecho mi experiencia interna es totalmente diferente. (Rogers 1961, pp. 16-17). Rogers cree en el valor de la congruencia. . . aun cuando las actitudes que siento no me agraden o no parezcan conducir a una buena relación (Rogers 1961, p. 33).

La congruencia representa un requisito más bien extraordinario y que con frecuencia le resulta difícil cumplir al terapeuta (o a cualquier otro). El terapeuta debe abandonar cualquier concepto con visos de paternalismo en el sentido de que expresar una reacción o un sentimiento particular pudiera "no ser tan bueno para el cliente", y debe seguir adelante y ser genuino. Actuando así, el terapeuta no toma como suya la responsabilidad de la vida del cliente, expresa su confianza en la capacidad del cliente para manejar los sentimientos del terapeuta, y si éstos son totalmente negativos muestra la disposición de arriesgar un retroceso temporal en la relación. Se espera que a la larga el cliente caiga en la cuenta que el

terapeuta es una persona real (y no alguien a quien se le paga para que sea amable) y esto le ayudará en el proceso de la autoactualización.

Para darse una idea de cómo la congruencia podría promover la confianza, piénsese en un amigo cercano y valioso. Quizá hubo en el pasado ocasiones de que él te dijera algo, que no te hubiera gustado oír. Quizá te dijo que estabas mal vestido, o que te costaba trabajo tratar a la gente, o que estabas equivocado en algo. Una vez que supiste que tu amigo te diría lo que realmente sentía (esto es, que era congruente en su trato contigo) aunque no te hiciera feliz, era mucho más fácil confiar en la validez de lo que esa persona pudiera decirte hoy a la semana entrante. Pero si conoces que tu amigo algunas veces te dice sólo lo que tú deseas escuchar (eres grande, estoy totalmente de acuerdo, eres de mis preferidos) tu fe en sus reacciones podría reducirse considerablemente.

En cierto modo, un buen terapeuta rogeriano tratará al cliente como a un amigo. No tratará de ser algo que no es, en parte porque esto sería en detrimento al crecimiento personal del terapeuta y en parte porque eso podría empobrecer el modelamiento.

Naturaleza del cambio en la terapia centrada en el cliente

Dijimos al principio que la terapia centrada en el cliente se condensaba en una proposición "si. . . entonces": sí el terapeuta creara las condiciones correctas, entonces el cliente cambiaría y progresaría. Ahora es el momento de describir las dimensiones en que, según Rogers, ocurren el cambio y el crecimiento.

- **Incremento de conciencia (Awareness)** Se cree que la experiencia de la terapia es para poner a los clientes en contacto más cercano con la naturaleza verdadera de sus propios sentimientos, muchos de los cuales pueden haber sido previamente negados o mantenidos fuera de la conciencia. Aún más, el centro de la conciencia tiende a cambiar del pasado o del futuro al presente inmediato: cómo el cliente siente aquí y ahora. Estos cambios e incrementos de la conciencia generalmente concentran más la atención en el self, que en síntomas específicos como el objetivo de la exploración.

- **Incremento de la autoaceptación** A través del tiempo, el cliente se vuelve menos autocrítico y más autoaceptante. Es más probable que asuma responsabilidades por sus sentimientos y conducta y menos probable que culpe a las circunstancias externas y otras personas por esos sentimientos y conductas. El cliente invierte menos tiempo tratando de negar aquellas cosas acerca del self que no son ideales. El cliente puede decidir más tarde tratar de cambiar algunas de esas cosas, pero ya no niega que sean suyas. Parte del incremento en la autoaceptación, según se cree, se basa en el descubrimiento gradual de que, a pesar de las cosas que pueden ser menos que admirables, el cliente es a fin de cuentas, una persona básicamente buena.
- **Comodidad interpersonal incrementada** Conforme avanza la terapia, las relaciones humanas se tornan más llevaderas para el cliente. Los juegos interpersonales defensivos y las estrategias semejantes que tienen por fin mantener a las otras personas distantes se abandonan y el cliente comienza a experimentar el placer de permitir a los otros conocerlo como realmente es.
- **Incremento de la flexibilidad cognoscitiva** Como ha observado Kelly (1955) y otros, las personas tienden a tener problemas cuando observan al mundo con rigidez, en términos de blanco y negro (por ejemplo, "todos los hombres son despreciables" o "todos los maestros son egoístas"). Se considera que para que la terapia centrada en el cliente tenga éxito, debe llegar al abandono de los puntos de vista limitados (y limitantes) del mundo, de modo que el cliente sea capaz de percibir la interminable variedad que existe. Es probable que las nuevas cogniciones (por ejemplo, "el comportamiento de algunos hombres es ciertamente despreciable, aunque esto no siempre es válido") promuevan una conducta menos problemática.

- **Funcionamiento mejorado** Además de los cambios psicológicos internos recién descritos, Rogers observa que los beneficios evidentes también siguen a una terapia exitosa centrada en el cliente.

La conducta del cliente cambia en estas formas: él considera e informa haber puesto en práctica una conducta más madura, autodirigida y responsable que la observada anteriormente; su conducta se vuelve menos defensiva, más firmemente basada en una visión objetiva del se//y de la realidad; su conducta muestra un nivel decreciente de tensión psicológica, tiende a adaptarse en forma más fácil y efectiva en la escuela y en el trabajo; enfrenta las nuevas situaciones de tensión con un mayor grado de calma interior, una calma que se refleja en un malestar fisiológico menor. . . que el que hubiera tenido de no haber entrado a la terapia.(Rogers, 1951, p. 186)

2.4.2. Terapia Gestalt.

Después del método de Rogers centrado en-el-cliente, la terapia gestalt de Friedrich S. (Fritz) Perls es probablemente la forma más conocida y más popular de un entrenamiento orientado fenomenológicamente. Los dos métodos se parecen en alguna forma. Al igual que Rogers, Perls creía que el desarrollo humano depende de la conciencia de uno mismo y, lo mismo que la terapia centrada en el cliente, la terapia gestalt tiene por objetivo aclarar y aumentar la conciencia que de sí mismos tienen los clientes para liberarlos y permitirles que sigan progresando en su propia manera única y conscientemente guiada. Sin embargo, los métodos por los cuales el terapeuta Gestalt trabaja para alcanzar estas metas difieren profundamente del modo rogeriano. La terapia gestalt requiere de un terapeuta más activo y utiliza una serie de procedimientos más dramáticos.

Metas de la terapia gestalt

Los terapeutas de la gestalt están orientados hacia unas cuantas metas básicas en el curso del tratamiento. Sobre todo, al igual que otros clínicos orientados fenomenológicamente, los

terapeutas gestálticos buscan restablecer el proceso interrumpido del crecimiento del cliente. Esto se logra ayudando a los clientes (1) a estar conscientes de los sentimientos, deseos e impulsos que han desconocido o negado como propios (disowned) pero que son sin duda parte de ellos mismos y (2) reconocer los sentimientos, ideas y valores que ellos creen que son genuinamente parte de sí mismos, pero que en realidad los han tomado prestados y los han adoptado de otras personas.

A medida que se logra esta conciencia, el cliente es instado a que asimile o vuelva a hacer suyos (reown) los aspectos genuinos del self que había rechazado y a que rechace las características que no le pertenecen en realidad. Idealmente cuando uno asimila e integra todos los aspectos de la personalidad (tanto los deseables como los no tan deseables) uno puede estar consciente de uno mismo y responsabilizarse de uno mismo como uno realmente es, en lugar de estar apegado y defender una autoimagen parcialmente falsa, e internamente en conflicto. Por ejemplo, una persona que realmente se siente superior a los demás pero que se ha obligado a sacar este sentimiento de la conciencia que tiene de sí mismo a favor de un aire de humildad más aceptable socialmente va a estar consciente y a poder expresar las dos partes del conflicto (es decir, "soy lo máximo" versus "no debo presumir"). Una vez que los dos lados o polos de este conflicto básico se juntan para enfrentarse uno al otro, el cliente podrá más fácilmente encontrar alguna forma de resolución (por ejemplo "está bien que yo exprese mis sentimientos de competencia, pero necesito también tomar en cuenta los sentimientos de los demás"). Mientras que quede fuera de la conciencia uno de los dos lados del conflicto no es posible esa resolución. Según Perls, las resoluciones al conflicto empiezan a ocurrir en presencia de una conciencia total de los dos polos y entonces la persona empieza a crecer otra vez.

2.4.3. Aplicación práctica del modelo fenomenológico.

Como es evidente a partir de este caso ilustrativo, Rogers cree que su método de tratamiento se puede aplicar con éxito a clientes que muestran conductas "psicóticas" severas así como a aquellos marcados como "neuróticos" o con "desórdenes de personalidad". También vale observar que, aunque Rogers comenzó su trabajo de

tratamiento clínico en contextos de uno-a-uno, sus ideas y principios han sido recientemente aplicados en contextos de grupos de varias clases (por ejemplo, Rogers, 1970). Ciertamente, muchos de los conceptos de Rogers tienen aplicaciones en situaciones no terapéuticas, incluidos la educación de niños, relaciones conyugales, educación y relaciones interpersonales en general. (Véase Rogers, 1961).

El método de la terapia Gestalt.

Como en el caso de la terapia centrada en el cliente, la relación entre terapeuta y cliente en la terapia gestalt es idealmente una relación de igual a igual que implica un crecimiento mutuo. Como lo señala Kempler (1973, p. 266), "el terapeuta es como un compositor de música que se enfrenta a un instrumentista connotado. El compositor espera que entre los dos juntos se originen nuevas y bellas músicas. Concentración en el aquí y en el ahora Como otros fenomenólogos, Perls creía firmemente que el progreso terapéutico sólo puede lograrse manteniendo al cliente en contacto con sus sentimientos en la medida en que ocurren en el presente inmediato, en el "aquí y el ahora". Expresó esta creencia en una ecuación conceptual en la que "ahora = experiencia = conciencia = realidad" (Perls, 1970, p. 14). Cualquier intento por parte del cliente de contar el pasado o anticiparse al futuro se contempla no sólo como una resistencia y una obstrucción a las metas de la terapia sino como un escape de la realidad.

Más aún, en lugar de reflejar (como lo haría un rogeriano) la nostalgia del cliente o el deseo de buscar el futuro, un terapeuta gestáltico va a señalar directamente la evasión y a insistir en que se termine. Un ejemplo excelente de este método fue el que nos dio Perls en su entrevista filmada con "Gloria" (Perls, 1965). En un momento, Gloria dice que lo que le ocurre en la entrevista le recuerda momentos de cuando ella era niña. Perls inmediatamente le pregunta: "¿Es usted una niña?" A lo que Gloria responde: "Bueno, no, pero es la misma sensación." De nuevo, Perls le pregunta: "¿Es usted una niña?" Gloria contesta: "La sensación me lo recuerda." Perls explota: "¿Es usted una niña, La cliente finalmente dice: "No."

El mantener al cliente en contacto con el presente inmediato sirve a un propósito más allá del reducir la evasión de los sentimientos actuales. Ayuda también a que el cliente vea que el pasado o el futuro pueden ser importantes en el presente. Hablar del pasado o del futuro en abstracto no lleva al cliente a ninguna parte, según Perls, pero experimentar sentimientos del pasado o miedos del futuro según se presentan en la sesión de terapia puede ayudar. Por ejemplo, pensemos en la frase:

Cliente: Mi hermana y yo nos peleábamos mucho cuando éramos chicas, pero de alguna manera parecíamos estar más cerca una de la otra de lo que estamos ahora. En lugar de reflejar los sentimientos aquí expresados, el terapeuta gestáltico probablemente trataría de evitar que el cliente hablara acerca de sus sentimientos como "cosas" que existían antes y ponerlo en contacto con la forma como se siente actual mente. Para lograrlo, se le puede pedir al cliente que hable con su hermana como si estuviera presente y que le exprese sus sentimientos inmediatos:

Terapeuta: ¿Puede decir eso a su hermana ahora?

Cliente: Bueno. Me siento muy lejos de ti ahora, Jennie. Quiero volver a sentirme dentro de la familia otra vez.

Noten que al pedirle al cliente que "hable" directamente a una persona del pasado, un informe general e intelectualizado de un sentimiento se convierte en un sentimiento inmediato y presente del cual el cliente puede estar claramente consciente.

Enfocar el presente es también evidente en el lenguaje de la terapia gestalt. Por lo general se le pide a los clientes, por ejemplo, que hablen en tiempo presente. Una frase como ojalá hubiera podido hablar con usted anoche se contempla como menos expresiva de los sentimientos presentes que una frase como "Tengo muchas ganas de hablar con usted".

El manejo de la resistencia.

Perls, como Freud y otros, se dieron cuenta de que una vez que el cliente encuentra un conjunto de síntomas, juegos y defensas que funcionan, aunque sea imperfectamente, para

protegerlo del dolor del conflicto y de la conciencia de sí mismo, el cliente va a resistirse a hacer cualquier otro esfuerzo para avanzar o hacer a un lado estos síntomas, juegos o defensas. Sin embargo, Perls creía que en lugar de contemplar la resistencia solamente como una barrera inanimada al crecimiento, que el cliente debe reconocer y quitar, es valioso que el cliente explore la naturaleza específica de la resistencia.

Para ayudar al cliente a que haga esto, Perls utilizaba una técnica que le servía en otros aspectos de la terapia también. Esta técnica es el juego de papeles o el tomar un papel. Así, pues, al cliente que muestra resistencia o que habla de la resistencia se le pide que "se convierta" en esa resistencia para ganar una conciencia clara y experimental de lo que la resistencia hace por él. Polster y Polster (1973, p. 53-54) presentan un ejemplo idealizado de esta técnica. John, miembro de un grupo de terapia Gestalt tiene dificultades para hablar con otro miembro del grupo, Mary, porque según él existe un muro entre ellos. El terapeuta le pide a John que "actúe" de muro:

John (como muro): Aquí estoy para protegerte en contra de esta mujer predadora que te va a comer vivo si te abres a ella.

Ahora el terapeuta le pide a John que "converse" con su resistencia para experimentar cabalmente ambos lados del conflicto que le impiden relacionarse fácilmente con los demás de una manera íntima:

John (al muro): ¿No estás exagerando? A mi me parece que ella se ve bastante tranquila. La verdad, más bien se ve asustada.

John (como muro): Claro que está asustada. La culpa es mía, yo soy un muro muy severo y asusto a muchas personas. Así quiero que sean las cosas y hasta a ti te he afectado también. Tú estás asustado de mí aunque yo realmente estoy de tu lado.

John (al muro): Me asustas e incluso te siento dentro de mí, como si me hubiera convertido en ti. Siento mi pecho como si fuera de hierro y me estoy enojando por eso.

John (como el muro): Enojándote, ¿por qué? Yo soy tu fuerza y ni siquiera lo sabes. Siente lo fuerte que eres por dentro.

John (al muro): ¡Claro que siento la fuerza! Pero también me siento rígido cuando mi pecho se siente como hierro. Me gustaría golpearte, tirarte y seguir a Mary.

En este momento el terapeuta gestáltico le pide al cliente que haga realmente lo que siente, es decir que derribe el muro y por lo menos en esta situación que resuelva el conflicto de una manera que le ayude a crecer.

Terapeuta: Golpea el hierro.

John (se golpea el pecho y grita): ¡Quítate de mi camino! ¡Quítate de mi camino! (silencio de unos momentos). Mi pecho se siente fuerte; pero no como si estuviera hecho de hierro (después de otra pausa, John empieza a llorar y le habla a Mary): Ya no siento ningún muro entre nosotros y en realidad quiero conversar contigo.

Manejar la resistencia de esta forma no es más que un ejemplo del proceso general de la terapia gestalt en el que los distintos lados de conflicto se juntan y se expresan. Por supuesto que no siempre es así de fácil que el cliente se haga consciente de los sentimientos que normalmente se van a ocultar. Donde Freud empleó la libre asociación para ayudar a sus clientes a explorarse a sí mismos, Perls empleó una batería de otros métodos, varios de los cuales se describen en las siguientes secciones.

Frustrar al cliente

Perls creía que la mayor parte de los clientes vienen a la terapia esperando sentirse mejor sin tener que cambiar realmente o que dejar sus papeles y juegos inadaptados. Como le parecía que el permitir que sus clientes siguieran utilizando su estilo acostumbrado en la terapia sería una pérdida de tiempo para todo el mundo, Perls se dirigía inmediatamente a frustrar los esfuerzos de los clientes para relacionarse con él como lo harían normalmente con otras personas. Ya fuera en terapia individual o de grupo, la persona con la que Perls trabajaba en

un momento dado se encontraba siempre en la silla del acusado en el sentido de que se centraba toda la atención en él, y cualquier cosa que indicara síntomas, juegos o resistencias se exploraba y se señalaba.

Supongamos, por ejemplo, que un cliente empieza en su primera sesión con la frase "tenía muchas ganas de estar con usted en esta sesión. Espero que usted me pueda ayudar". En lugar de reflejar este sentimiento o de preguntarle al cliente por qué se siente así, un terapeuta gestáltico probablemente se centraría en el aspecto manipulador de la frase que aparentemente incluye el mensaje "espero que usted me ayude sin que yo tenga mucho quehacer". Así pues, el terapeuta diría: "Cómo cree usted que yo le puedo ayudar." A esto el cliente (un tanto desconcertado) podría responder: "Bueno, yo tenía la esperanza de que usted me ayudara a comprender por qué soy tan infeliz."

De aquí el terapeuta continuaría frustrando el intento del cliente de que él asumiera la responsabilidad de resolver los propios problemas del cliente y en este proceso le ayudaría al cliente a experimentar sus sentimientos reales de la situación:

Terapeuta: Dígame a qué se refiere cuando dice "infeliz". (Uno de los principales principios de la terapia gestalt, que se parece a algunas formas de aprendizaje social es pasar del problema general a sus manifestaciones específicas.)

Cliente: Bueno no sé, simplemente no estoy satisfecho conmigo mismo. Como que nunca puedo.. . No sé: me cuesta mucho trabajo expresarlo y es muy complicado para mí.

Terapeuta: ¿Cuántos años tiene?

Cliente: Treinta y seis.

Terapeuta: ¿Y a los 36 años usted no me puede decir lo que lo hace sentirse infeliz?

Cliente: Ojalá pudiera, pero estoy muy confundido de mí mismo.

Terapeuta: (que en este momento infiere que el cliente está haciéndose el tonto para evitar asumir la responsabilidad o enfrentarse a los problemas): ¿Puede usted hacer el

papel de qué va a tratar de ayudarse? Si usted estuviera en mi lugar, ¿qué diría y qué haría?

Cliente: Bueno, podría usted decirme: "No se preocupe, voy a encontrar la manera de saber cuáles son sus problemas y de ayudarle a resolverlos."

Terapeuta: Bueno, ahora dígame, dígame cómo, según usted, yo puedo hacer todo esto por usted.

Cliente: Ah, bueno, ya veo a lo que se refiere, me supongo que en el fondo lo que quiere es que usted tenga alguna pildora mágica o algo por el estilo. En este momento el terapeuta puede repetir su pregunta sobre cuáles son los problemas del cliente y es ahora cuando probablemente obtenga una respuesta más madura.

Uso de signos no verbales

El comportamiento no verbal es una fuente muy importante de materia prima en la terapia gestalt. Si el terapeuta va a frustrar al cliente en sus intentos de jugar jueguitos durante el tratamiento, debe estar muy atento a lo que el cliente dice y a lo que hace. El canal no verbal se contempla como una carrera especialmente útil de mensajes obvios pero sutiles, que a menudo contradicen las palabras del cliente. En un ejemplo clásico, Perls (1965) reconoce que su cliente dice que está asustada, pero sonríe al mismo tiempo. Perls le dice que está fingiendo. Él señala que alguien asustado no sonríe) y, en el curso de una iracunda réplica, el cliente empieza a estar consciente de que el miedo que transmitió es parte de un juego interpersonal que le ayuda a que los demás se preocupen por ella.

A continuación otra ilustración:

Cliente: Me preocupa mucho estar tan nerviosa con la gente.

Terapeuta: ¿Con quién se pone usted nerviosa

Cliente: Con todos.

Terapeuta: ¿Conmigo? ¿Aquí? ¿Ahora?

Cliente: Sí, muy nerviosa.

Terapeuta: Qué extraño porque no me parece que esté nerviosa.

Cliente (de pronto se frota las manos): Bueno, pues ¡sí estoy!

Terapeuta: ¿Qué está haciendo con las manos?

Cliente: Nada, me las froté. No es más que un ademán.

Terapeuta: Haga ese ademán otra vez. (La cliente vuelve a frotar las manos)

Otra vez, fróteselas otra vez más fuerte. (El cliente se las frota con más fuerza.) ¿Qué siente cuando se frota las manos?

Cliente: Me siento apretada, como constreñida.

Terapeuta: ¿Puede usted convertirse en esta tirantez o encogimiento? ¿Puede usted entrar en contacto con esa sensación de apretado, con lo que le podría decir esa sensación a usted?

Cliente: Bueno, estoy apretada. Todo lo aprieto. Pongo la tapa en las cosas para que no se escape nada.

Las manos apretadas hicieron que el terapeuta se preguntara qué es lo que expresaba con ese gesto. En lugar de preguntar por qué el cliente se apretaba las manos, señaló lo que el cliente estaba haciendo. Después le pidió que se concentrara en las sensaciones que se asocian a ese ademán al repetir y exagerar el gesto. Una vez que las sensaciones que se tienen por medio del gesto se expresan, el cliente debe identificarse con ellas y hablar sobre ellas. El resultado es que el cliente expresa un sentimiento defensivo sobre el estar en la terapia que originalmente se había descrito vagamente como estar nervioso.

El uso de los sueños.

En la terapia gestalt, los sueños se consideran no solamente como el cumplimiento de deseos sino como mensajes de la persona hacia sí misma. Después de contar un sueño se le pide al cliente que lea el mensaje que le transmite al representar el papel de algunos o de todas las características y personajes del sueño. En el proceso, Perls consideraba que el cliente podía hacerse consciente y asimilar partes de sí mismo que dice que no le pertenecen o que le son inaccesibles por alguna otra causa. A continuación, un ejemplo de cómo usaba Perls el material de los sueños:

Linda: Soñé que estaba viendo un lago. . . que se secaba y había una isla pequeña en el centro del lago, y un círculo de marsopas. . . son como marsopas sólo que pueden pararse, así que son marsopas que se parecen a la gente, y están en un círculo, como en una ceremonia religiosa y es muy triste. . . me siento triste porque pueden respirar, están como bailando alrededor del círculo, pero el agua, que es su elemento, se está secando. Así que es como una muerte... como ver a una raza de personas, a una raza de criaturas, que se mueren. Y casi todas son hembras, pero algunos tienen un pequeño órgano masculino así que también hay machos, pero no vivirán lo bastante para reproducirse y su elemento se está secando. Y hay uno que se sienta aquí cerca de mí y yo estoy hablando con esta marsopa y tiene espinas en la panza, como una especie de puerco espín, pero no parecen ser parte de él. Y me parece que hay algo bueno sobre el hecho de que el agua se seque, creo... bueno por lo menos en el fondo, donde toda el agua se seca, quizá haya alguna especie de tesoro, porque en el fondo del lago debe haber cosas que se

han caído ahí, como monedas o algo, pero busco cuidadosamente y no puedo encontrar más que una placa vieja. . . ese es el sueño.

Perls: Quiere por favor representar a la placa.

Linda: Soy una vieja placa de automóvil, que lanzaron al fondo de un lago. No sirvo para nada porque no valgo nada —aunque no estoy oxidada— estoy fuera de la circulación así que ya no pueden usar como placa y. . . nada más me tiran a la basura. Eso es lo que yo hice con una placa, la tiré a la basura.

Perls: Bien, ¿cómo se siente acerca de esto?

Linda: (en voz baja) No me gusta, no me gusta ser una placa de automóvil, que no sirve para nada.

Perls: ¿Podría hablar sobre esto? El sueño duró mucho, antes de que encontrara la placa: estoy seguro de que debe ser muy importante.

Linda (suspiro): Inútil. No sirve para nada. . . Una placa sirve para que. . un coche pueda, tenga permiso de... y yo no puedo darle a nadie permiso de hacer nada porque yo no sirvo. . . En California nada más le pegan un... se compra una calcomanía.. . Se le pega al coche, en la placa vieja. (Leve intento de humor) Así que quizá alguien me podría poner en su coche y pegarme la calcomanía, no sé. . .

Perls: Bueno, hora represente el lago.

Linda: Soy un lago. . . me estoy secando, y estoy desapareciendo, me estoy sumergiendo en la tierra. . .(con un toque de sorpresa) muriendo... .Pero cuando me absorba la tierra, me convierto en parte de la tierra, así

que quizá entonces riego la parte de alrededor, así que. . . incluso en el lago, incluso en mi lecho, pueden crecer flores (suspiro). Puede nacer nueva vida. . . de mí (llora). . .

Perls: ¿Entiende el mensaje existencial?

Linda: Si (con tristeza, pero con convicción). Puedo pintar. .. Puedo crear... puedo crear belleza. Ya no me puedo reproducir, soy como la marsopa. . . pero yo, estoy. . . yo. . . tengo ganas de decir que soy alimento. . . yo como el agua se convierte en. . . yo riego la tierra, y doy vida, las cosas crecen, el agua. .. Necesitan tierra y agua, y el. . . aire y sol, pero como el agua del lago, puedo tener que ver en algo y producir, alimentar.

Perls: Ya ve el contraste: En la superficie encuentra usted algo, algún artefacto. .. la placa, la parte de usted que es artificial. . . pero cuando va a mayor profundidad, se da cuenta de que la aparente muerte del lago es en realidad la fertilidad. . .

Linda: Y no necesito una placa o un permiso, una licencia para. . .

Perls: (amablemente): La naturaleza no necesita una licencia para crecer. No tiene usted por qué ser inútil, si es usted orgánicamente creativa, lo que significa si usted está involucrada.

Linda: Y no necesito permiso para ser creativa... gracias. (Perls 1969, pp. 81-82).

2.5. Terapia familiar.

2.5.2. Técnicas de intervención familiar de Virginia Satir.

Virginia Satir y su modelo “Proceso de Validación Humana”. Dicho modelo, está diseñado para trabajar con sistemas individuales y familiares, centrándose en la salud de los individuos y en sus recursos.

Este modelo presenta cuatro suposiciones, que son:

1. Arraigada fe en que las personas están capacitadas para crecer y cambiar, y en su capacidad de transformación.
2. Todos los seres humanos tienen recursos.
3. La familia es concebida como un sistema.
4. La persona y las concepciones del terapeuta son los elementos más importantes a su disposición, durante el proceso de intervención.

1) La primera suposición, está basada en una arraigada fé en que las personas están capacitadas para crecer y cambiar, y son capaces de toda clase de transformación. En consecuencia, Virginia Satir considera que un síntoma es un indicador de la comunicación disfuncional o del cómo las reglas de la familia entorpecen la libertad de crecimiento de uno o más de sus miembros. Estas reglas proporcionan el contexto dentro del cual crecen los hijos y desarrollan su autoestima. La autoestima de los miembros, tiene un profundo efecto en el sistema familiar y la ayuda para que los integrantes individuales se sientan mejor consigo mismos, es un enfoque fundamental en la terapia familiar y en el cambio.

2) La segunda suposición, es que todos los seres humanos llevan consigo todos los recursos que necesitan para desarrollarse. El proceso terapéutico o el cambio, consiste sólo en ayudar a las personas a tener acceso y aprender a utilizar sus recursos, lo que les brinda nuevas habilidades para enfrentar diversas situaciones. En este contexto, el síntoma es nada más que un punto de partida, una explicación de cómo los individuos resuelven sus conflictos en un

determinado momento. El Asistente Social debe comprender el síntoma, debido a que contiene las claves para el mal funcionamiento de la persona o familia, aunque el foco de la terapia se encuentra en el proceso mismo que provocó el mal funcionamiento.

3) La tercera suposición, es que la familia es un sistema donde todos influyen en los demás y todos reciben influencias. La labor del terapeuta, es lograr que este concepto fundamental de sistemas cobre vida para toda la familia.

4) La cuarta suposición, dice que la persona y las concepciones del terapeuta son los elementos más importantes a su disposición. De este modo la autora plantea que, para trabajar desde este modelo, se hace necesario que el terapeuta comparta estos cuatro supuestos. “También debe modelar la congruencia entre los miembros de la familia, pues es necesaria para todo cambio. Su capacidad para responder a los mensajes subyacentes de lo que comunican y la calidad no crítica de sus respuestas, son fundamentales: proporcionan nuevos modelos para la familia. La humanidad del terapeuta es más importante que su experiencia” .

Asimismo, la autora destaca algunos compromisos que el profesional debe realizar para trabajar desde este enfoque y que guían la intervención.

1. “El primer compromiso es el aprecio a la vida en todas sus manifestaciones y la fe en que, en condiciones adecuadas, toda vida está dirigida hacia el crecimiento”.

2. “El segundo compromiso es la suposición de que las personas, poseen semillas de crecimiento personal, el paciente es responsable de sí mismo en todo momento y los interventores deben renunciar a ser salvadores de los intervenidos.

3. “El tercer compromiso es el aprecio a los procesos familiares, en sus luchas y posibilidades”. Este aprecio no es necesariamente amor, sino una actitud que no enjuicia dichos procesos. El profesional analiza cualquier acontecimiento desde una perspectiva multicausal, que excluye la culpa.

4. El cuarto compromiso “es mantenerse abierto y dispuesto a utilizar su humanidad como herramienta terapéutica”. Hay que continuar el desarrollo de la humanidad y madurez del

terapeuta, quien es una persona que trabaja con personas y necesita al mismo tiempo la capacidad de comprender y amar, de mirar y escuchar.

Desde el punto de vista de Virginia Satir, para ayudar a una persona a cambiar y crecer, la reconstrucción de esa persona pasa por tres áreas:

- I. La comunicación.
- II. La confianza y autoestima.
- III. El uso de los sentidos.

También señala que cuando iniciamos un trabajo con una familia, tenemos que considerar algunos puntos:

- I. primero que nada que la familia no sabe cómo hacer algo distinto de lo que han estado haciendo hasta ahora.
- II. Segundo, que el terapeuta es un extraño para ellos y ellos extraños para él.
- III. Tercero, que ellos esperan del terapeuta lo que han estado recibiendo de muchas otras personas en sus vidas anteriormente y cuarto, que las familias esperan que el terapeuta haga milagros.

Evaluación.

Virginia Satir propone para este modelo una modalidad de evaluación del sistema familiar basado en cuatro dimensiones llamados factores claves, que son:

- 1) Autoestima.
- 2) Comunicación.
- 3) Normas o reglas.
- 4) Enlace con la sociedad.

Este esquema está orientado a la definición de familias nutricias o familias perturbadas/conflictivas. Para esta autora, cualquier familia puede ser ubicada en cualquier punto de esta escala que va desde una familia muy nutricia hasta una muy perturbada. Se

pretende entonces que el profesional que trabaja con familias, pueda ubicar a la familia en cualquier punto del continuo, de modo tal de ayudar a las familias a tomar conciencia de algunas dificultades en su funcionamiento y de su posible superación. Para practicar esta evaluación, la autora se formula las siguientes preguntas:

- Cada persona tiene una valoración de sí misma positiva o negativa. La cuestión es, ¿qué tipo de valoración tiene cada persona de la familia?
- Cada persona se comunica. La cuestión es, ¿cómo y cuál es el resultado?
- Cada persona sigue reglas. La cuestión es, ¿qué clase de reglas y cómo funcionan para cada persona?
- Cada persona tiene enlace con la sociedad. La cuestión es, ¿cuáles y cómo son los resultados?

Este esquema señala lo siguiente, respecto a los tipos de familia que identifica:

“En las familias nutricias las personas tienen:

- Autoestima alta.
- Comunicación directa, clara, específica y sincera.
- Normas flexibles, humanas, apropiadas y sujetas a cambios.
- Enlaces con la sociedad, abiertos y confiados.

En las familias conflictivas las personas tienen:

- Autoestima baja.
- Comunicación indirecta, vaga y poco sincera.
- Normas rígidas, inhumanas, fijas e inmutables.
- Enlace temeroso, aplacante y acusador con la sociedad.

Se entiende por estos factores claves lo siguiente:

I. Autoestima:

Cada persona desarrolla un sentimiento de autovaloración positivo o negativo. El sentimiento de ser valioso es esencial para la salud mental, como también lo es para el funcionamiento

eficaz y para la felicidad personal. La autoestima implica autoexploración, autoconocimiento y la elaboración de una imagen positiva o concepto bueno de uno mismo.

La autora señala que la autoestima se gesta principalmente, a través de los mensajes recibidos en la infancia, en los primeros años de vida, estando directamente vinculado a la manera cómo es tratado el niño por sus padres o adultos referentes que atendieron su crianza. También depende de cómo fue tratado el niño por otros grupos de referencia importante, como compañeros, grupos de amigos, etc.

Es importante comprender que la autoestima no está concebida en este modelo como una auto-adoración o auto-veneración, ni tampoco la autoestima alta significa un estado de éxito total y constante, por el contrario, la autoestima alta también implica reconocer las limitaciones y debilidades propias y experimentar la necesidad de la complementariedad con la otra persona (Rizo 1990).

Virginia Satir termina señalando respecto al tema que:

- Cuando una persona se quiere a sí misma no lastimará, devaluará, humillará, destruirá a otros o a sí misma.
- Cuando una persona se siente bien consigo misma y se agrada, hay magníficas posibilidades que pueda enfrentar la vida desde una postura digna, sincera, de amor y fortaleza.

También señala que la autoestima puede ser remodelada a cualquier edad, el primer paso es descubrir la subestimación propia y reconocerla, luego viene la disposición para el cambio. El desarrollo de la autoimagen requiere tiempo, paciencia y el valor para afrontar cosas nuevas.

2. Comunicación:

Virginia Satir plantea que existen cinco modelos de comunicación que son utilizados por las personas y familias. Los cuatro primeros serían disfuncionales o maneras negativas de comunicarse. Estos modelos, se presentan cuando una persona responde a la tensión y a situaciones de estrés y al mismo tiempo siente que ha disminuido su autoestima. El quinto modelo o modelo nivelador, se da cuando la persona es íntegra, verdadera, en contacto con su mente, cuerpo y sentimientos. Una persona que se exprese desde este modelo tiene

integridad, compromisos, sinceridad, intimidad, competencia, creatividad y la capacidad para resolver problemas verdaderos de una manera real.

Estos patrones de comunicación poseen una manifestación verbal y corporal-sonora y las discrepancias entre ambas manifestaciones producen dobles mensajes. Estos modelos son:

1. **“Aplacador** (minusválido): aplacar, calmar, sosegar, para que la otra persona no se enfade. Las palabras muestran acuerdo “Lo que usted quiera está bien. Estoy aquí para hacerle feliz”. El cuerpo dice “Soy inofensivo”. El aplacador, siempre habla tratando de complacer, disculpándose y siempre estando de acuerdo. Habla como si no pudiera hacer nada por sí mismo y siempre necesitará la aprobación de otros.

2. **Culpador** (agresivo): para que la otra persona lo considere fuerte. Es una persona que busca los errores de los demás, es un dictador, un jefe. Actúa como un superior y parece que dijera: “Si no fuera por usted todo caminaría bien”. Su voz es dura y fuerte. Es como tirano, criticando a todo y a todos. Suele usar frases como “usted nunca sabe o usted siempre hace eso, o por qué usted siempre, o porque usted nunca”. “No se molesta en contestar preguntas, eso no es importante para él. El culpador está más interesado en hacerse sentir que en averiguar algo de los demás.”

3. **Superrazonable** (racional): calcular, para enfrentar la amenaza como si fuera inocua, y la autoestima personal se oculta detrás de impresionantes palabras y conceptos intelectuales. El superrazonador es muy correcto, muy razonable, y no demuestra sentir nada. Es tranquilo, frío y ordenado. Podría ser comparado con una computadora o un diccionario. El cuerpo se siente seco, generalmente “frío” y no se entrega a ninguna situación.

Cuando usted es superrazonador su voz va a parecer “muerta”, pues usted habla sin sentimiento. Como usted no puede cometer errores, su mente está ocupada tratando de estar quieta y escogiendo palabras de “domingo”. La parte triste de este papel es que algunas

personas creen que es ideal: “Decir las palabras correctas, no mostrar sentimientos y no actuar”.

4. Irrelevante (distractor): distraer, para ignorar la amenaza actuando como si no existiera. Cualquier cosa que diga o haga el irrelevante no tiene nada que ver con lo que otra persona está diciendo o haciendo. El irrelevante nunca responde a lo preguntado, más bien ignora lo que otros dicen y sale él con otra pregunta sobre diferente tema. Generalmente su voz está fuera de tono en relación a las palabras y puede bajar o subir sin razón pues realmente no está dirigida hacia algo.

5. Niveladora o fluida (abierta y funcional): permite expresar opiniones y sentimientos”. En esta respuesta todas las partes del mensaje tienen la misma dirección. La voz dice palabras que concuerdan con la expresión facial, la posición del cuerpo y el tono de voz. Las relaciones son libres, honestas y fáciles y se siente poco amenazado y a gusto. Con esta respuesta no hay necesidad de culpar, convertirse en una computadora o estarse moviendo continuamente.

La respuesta aclaradora es real por lo que es. Si un aclarador dice “me caes bien”, su voz es afectuosa y lo mira directamente a los ojos. Si sus palabras son “Estoy furiosa con usted”, su voz es dura y su cara está tensa. El mensaje es simple y directo. La persona está integrada; su cuerpo, sus sentidos, sus pensamientos y sus sentimientos todos son manifestados. Hay fluidez, vida y amplitud, usted confía en esta persona, sabe dónde “está parado con ella” y se siente bien en su presencia. Esta respuesta es la única que hace posible vivir sintiéndose uno muy vivo y no como si estuviera muerto.

Ilustración:

Imaginémonos que yo acabo de golpearlo su brazo.

Posibles respuestas:

1) Apaciguador: (viendo hacia abajo con las manos entrelazadas). “Por favor perdóneme, soy un grandísimo torpe”.

- 2) Culpador: “Díay acabo de golpearlo. La próxima vez cuídese, para no volver a golpearlo ”
- 3 Superrazonador: “Deseo brindarle una excusa; inadvertidamente golpeé su brazo al pasar. Si hay daños, póngase en contacto con mi abogado”.
- 4) Irrelevante: (Mirando a otra persona) “Vaya, alguien anda de malas pulgas, seguro salió golpeado”.
- 5) Aclarador: (mirando directamente a la persona) “lo golpeé, lo siento. ¿Le hice daño?”.

La autora considera estas cuatro formas de comunicación, como los medios que aprendimos durante nuestro crecimiento para sobrevivir física y emocionalmente. Estas formas merecen respeto, dice la autora, pero son formas que limitan el uso de los recursos humanos y la capacidad para construir con otras personas, son formas que incrementan la cantidad de miedo y llegan incluso a afectar la salud física de las personas.

Al analizar la comunicación en un sistema familiar, hay que estar atento a que el terapeuta también tiene un modelo de comunicación, que puede corresponder a algunos de los estilos anteriormente mencionados. También es importante destacar que los modelos, en cualquier familia, pueden presentarse intercalados, estos no siempre son puros o se dan de manera excluyente de los otros.

3. Reglas que rigen la vida familiar:

Las reglas son fuerzas vitales, dinámicas y muy influyentes en la vida familiar. Es importante analizarlas en el seno familiar, discutir las y realizar los cambios pertinentes que va requiriendo cada familia. La autora plantea que es importante tener conciencia de cuáles son las reglas que rigen nuestra vida familiar. Dichas reglas pueden ser rígidas, inhumanas, fijas, inmutables e injustas. También hay reglas que son evidentes y otras más difíciles de percibir.

Para analizar este factor clave es importante, sugiere la autora, responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son las reglas de mi familia?
- ¿Qué se logra con ellas?

- ¿Qué consecuencias positivas o negativas tienen?
- ¿Qué entramientos y dificultades producen?
- ¿Qué cambios se pueden realizar?
- ¿Qué reglas deben desecharse?
- ¿Qué reglas nuevas se tienen que adoptar para facilitar el funcionamiento de la familia?

4. Enlace con la sociedad:

La manera cómo los miembros de la familia se relacionan con otras personas e instituciones ajenas a la familia, es denominada por la autora enlace con la sociedad. En las familias conflictivas este enlace es temeroso, desconfiado, aplacante o de culpabilización a otros fuera de la familia.

En las familias sanas o nutricias este enlace es abierto, confiado y fundamentado en las elecciones de cada quien. Los miembros de las familias nutricias participan en el afuera y comparten en el adentro.

Las familias conflictivas temen los enlaces con los grupos externos de la sociedad, son cerradas a estas experiencias o bien algunos de sus miembros son abiertos y confiados hacia fuera, pero por múltiples razones no las comparten hacia dentro del ambiente familiar.

La autora manifiesta su convencimiento de que una familia conflictiva puede convertirse en nutricia.

¿Cómo lograrlo?

1. Es necesario que los miembros reconozcan que en ocasiones la familia es conflictiva.
2. Las personas pueden darse la oportunidad para cambiar, con la conciencia que las cosas pueden ser distintas.
3. Las personas pueden tomar la determinación de cambiar algunas situaciones.
4. Las personas pueden adoptar alguna medida para iniciar el proceso de cambio.

Rol del profesional / terapeuta

Virginia Satir, identifica la intervención con familias como un proceso educativo, no terapéutico. De esta manera visualiza el rol del Trabajador Social como un “educador”, quien enseña y demuestra cómo aprender a percibir, responder y actuar de manera más satisfactoria. La labor terapéutica consiste en redefinir y transformar en útil la energía cautiva de la patología demostrada en un individuo o grupo familiar.

El terapeuta o el profesional es el director del proceso, lo que significa que con su experiencia ayudará a las personas a tomar decisiones sobre sus vidas y a no tomarlas por ellas.

La autora, visualiza diversas características que debe tener el profesional que interviene con familias desde este modelo. Estas son:

- Congruencia.
- Objetividad.
- Control de manifestaciones internas.
- Apoyo a los canales sensoriales.
- Capacidad de modelaje.

Habilidades terapéuticas humanas:

1. Congruencia: una persona congruente se encuentra en contacto con sus emociones sin importarle cuáles sean, no las juzga, no las critica, sólo las considera como un termómetro de su estado interno.
2. Objetividad: saber cuándo la pierde y en consecuencia también, cuándo pierde el control y el equilibrio.
3. Capacidad para controlar sus manifestaciones internas, postura corporal.
4. Apoyo en sus canales sensoriales, capacidad para ver, oír, olfatear, observar, es decir, que el terapeuta cuente con sentidos muy desarrollados.
5. Capacidad de modelaje, el proceso de modelaje más importante del terapeuta es el de correr el riesgo de manifestar sus sentimientos sin saber qué significan y qué respuesta

recibirá de la familia. Así podrá modelar en la familia, el hecho que las emociones no son destructivas y que hay una apertura del sistema.

Debe estar atento a su capacidad de concentración, su capacidad para tomar la dirección del proceso y su intervención activa cuando se percate de fuerzas negativas en la operación.

En esencia el terapeuta debe estar dispuesto a vivir con la ambigüedad de un sistema muy dinámico y cuyas variables pueden estallar en cualquier momento. “Primero la humanidad de no saber lo que es mejor para la familia. Segundo la humildad de aceptar las limitaciones que existen cuando debe confiar en sus propias percepciones internas”.

Metodología - etapas:

El Proceso de Validación Humana puede dividirse en tres etapas metodológicas. Estas etapas se entrecruzan, aunque cuentan con características distintas. Cada fase se manifiesta en toda la sesión y la duración de las mismas puede variar. Sin embargo, éstas caracterizan el movimiento general de la terapia.

Etapas metodológicas:

1. Establecer contacto y establecer un contrato de trabajo informal.
2. El caos, donde el terapeuta suele intervenir en el sistema familiar para modificar el “statu quo”.
3. La nueva integración.

1. Primera Etapa:

Hacer contacto y establecer un contrato de trabajo informal: La primera etapa se inicia cuando el terapeuta se reúne con la familia y termina cuando considera que ha recopilado suficiente información y establecido la confianza necesaria para proseguir con la siguiente fase.

Las familias llegan a la terapia sobre la base de algo negativo, experimentan dolor e impotencia ante uno o varios problemas y a menudo tienen sentimientos de vergüenza. Suelen mostrarse angustiados ante lo que podría ocurrir.

La primera tarea en esta etapa, consiste en lograr que los miembros de la familia se sientan cómodos y crear un sentimiento de confianza y esperanza, lo que permitirá en el largo plazo que los miembros de la familia corran los riesgos necesarios para el cambio. En esta etapa, el terapeuta realiza un papel activo en la dirección y entorno de la terapia. Demuestra así que sabe y da confianza, dirige y a la vez señala su capacidad para manejar cualquier situación peligrosa.

Se establece así una conexión humana y la autora brinda especial relevancia al tacto con las personas y familias atendidas, un apretón de mano, un beso y especial atención a cada individuo con el que se relaciona.

Durante este proceso de apertura informal, mientras se desarrolla la confianza, se reúne la información esencial para desarrollar la sesión. Aunque tal vez no se conozca aún el motivo por el cual la familia solicita ayuda, se está logrando la comprensión inicial del sistema familiar y desarrollando algunas hipótesis de cómo enfrentar la situación problema. Por la forma cómo hablan de sí, sabe qué sienten hacia ellos mismos, por la forma cómo hablan de los demás sabe si tienden a brindarse apoyo o a denigrar la autoestima de los demás y descubre la clase de problemas de comunicación que tiene la familia.

Es decir, esta etapa se caracteriza por la construcción de la aceptación y confianza entre terapeuta y familia y por la recogida de información en busca de la construcción del motivo de consulta. Virginia Satir planteaba que primero se construye un setting de confianza y luego se procede a conocer y clarificar la información. Esto refleja su gran hincapié de hacer de éste un encuentro principalmente humano.

Existen dos aspectos que destaca también la autora y que son variables importantes a considerar en su modelo: la comunicación y la autoestima de los miembros de la familia. Al concentrarse en estos temas, establece y explora el nivel de habilidades, de supervivencia o defensas que utiliza cada uno de los integrantes para proteger su autoestima. Necesita esta información para ayudar a cada uno de los miembros en su crecimiento y cambio.

Después de haber establecido el contacto vuelca la atención sobre el motivo de consulta. Formula preguntas sobre esperanzas, cambios o expectativas más que sobre “problemas” (como ¿cuál es el problema?, o ¿qué problemas encuentras?). Ella consultaba:

- ¿Qué esperas?
- ¿Qué es lo que quieres?
- ¿Qué te gustaría que pasara después de esta entrevista?

“El principal objetivo terapéutico de estas intervenciones, es poner de manifiesto frente a los miembros de la familia lo que ha observado, y hace explícito lo que los integrantes del grupo conocen de manera implícita” sin emitir juicios, diciendo que “es así como él ve las cosas”.

Las intervenciones de esta primera etapa, también hace que los miembros de la familia se den cuenta de que distintas personas pueden tener visiones distintas de una misma situación. Esta conciencia es importante para que puedan entender su sistema y dinámica familiar.

A veces, es esta etapa, Virginia Satir usa la técnica de la escultura, haciendo que los integrantes de la familia “esculpan” o participen de manera experimental en la situación, aunque esta técnica no es exclusiva de la primera etapa, proporciona abundante información diagnóstica sobre la familia. El uso de la escultura hace que varios o todos los miembros de la familia participen y ayuda a esclarecer la situación. El proceso de esculpido es dinámico, proporciona nueva información o conciencia y a menudo resulta divertido. Para Virginia Satir esta técnica era muy útil, además, porque ella valoraba mucho el humor como parte importante del proceso terapéutico y la capacidad de la familia para reír es un logro terapéutico importante.

También en esta etapa el terapeuta valora los límites de cada miembro de la familia con el fin de determinar qué riesgos puede correr durante la segunda etapa, el terapeuta debe tomar en cuenta los temores y necesidades de cada uno de los integrantes.

Finalmente se realiza un contrato de trabajo con la familia, acordando número de sesiones, monto, duración, etc. Virginia Satir, negocia el contrato cuando le parece más adecuado, dándole flexibilidad al proceso ya que a menudo en esta fase, no sabe adónde la conducirá el trabajo con la familia.

Establece un contrato informal, sobre la base de la confianza, con la cual comunica a los miembros de la familia que ellos tienen el control de decidir los riesgos que deseen correr y que no se les obligará a cruzar los límites que no estén dispuestos a trascender.

2. Segunda Etapa: El Caos.

Tal como su nombre lo dice, esta segunda etapa se destaca por una confusión y desorden general. Esta etapa “se caracteriza por la disposición de uno o más miembros a entrar en un territorio desconocido”, es decir, de realizar acciones o pautas relacionales que antes no habían realizado, por ejemplo decir lo que nunca habían dicho, hacer lo que no habían hecho, etc. El logro de esta etapa, no estriba en el contenido de lo que dice la persona, sino en el “hecho de que estuvo dispuesto y pudo compartir algo que antes no podía”. El permitir analizar áreas vulnerables en la familia, anuncia la disposición de esta a realizar cambios fundamentales.

Para que algún miembro esté dispuesto a atravesar por esta experiencia, el terapeuta lo ayuda y acompaña a ir hacia aquellas áreas más protegidas y defendidas. Recordemos la insistencia de Virginia Satir de construir previamente la aceptación y confianza con cada miembro de la familia. De esta manera, la o las personas pueden expresar su dolor, rabia, ira, impotencia, etc. Al manifestar estos sentimientos, se crea un gran cantidad de angustia en las personas, que a su vez, es condición indispensable para forjar la intimidad y un ambiente de apoyo en la familia.

“El terapeuta debe ser claro, firme y decidido a ayudar a la persona a pasar este trance”. Manifiesta su firmeza luego de haber hecho la alianza terapéutica, en este momento hay que armonizar con los riesgos de las personas y brindar el apoyo necesario para superar el trance. Además de apoyar a la persona con quien se trabaja, el terapeuta tiene que conservar el contacto con los restantes miembros de la familia y respaldarlos y volver su atención a cualquier elemento nuevo que surja; si el terapeuta ignora esto o no está atento, continúa como si no hubiera escuchado y la familia podría suponer que no pudo resolver la situación. “Otro elemento importante en la etapa de caos, es conservar al paciente enfocado en el presente”. Las personas en esta fase entran en contacto con una verdadera tormenta interior, más que con la realidad que los rodea y sus temores son reforzados por los recuerdos del pasado o la incertidumbre del futuro. La labor del terapeuta es devolverlo al presente, ayudarlo a utilizar los sentidos y prestar atención más a lo real que a lo imaginario. Este es un elemento que Virginia Satir enfatiza bastante como técnica de trabajo, centrar el análisis en el aquí y ahora.

En esta etapa también, el terapeuta tiene que tener un equilibrio perfecto entre la empatía y la firmeza, tener la paciencia infinita para encontrar otro canal y otro puente de salida al conflicto. En esta etapa además el profesional experimenta una sensación de inseguridad que puede ser muy intensa, por ello debe tener perfecto dominio de sus habilidades, pues no sabe a cuáles tendrá que recurrir, tomar decisiones rápidas y aceptar la ambigüedad de no saber hacia a dónde va dirigido el proceso terapéutico.

Esta segunda etapa se caracteriza por sentimientos de desesperanza, estancamiento y a veces una incapacidad para avanzar o retroceder.

2. Tercera Etapa: Nueva Integración.

Esta tercera etapa sucede cuando se ha cerrado el tema que creó el caos de la etapa anterior. Hay una sensación de esperanza y disposición para hacer las cosas de una manera

distinta y nueva. Tiene una duración variable y genera un descanso emocional en la familia, permitiéndole trabajar con el terapeuta un aspecto determinado.

La integración puede señalar el final de una sesión o servir como una pausa para iniciar un nuevo ciclo. Lo más importante de esta etapa, es la integración del tema que generó el caos anterior, es decir, la comprensión y mejoría de una situación conflictiva puntual. Esta etapa puede demarcar la necesidad de revisión de otro tema o el fin de la terapia.

Es importante destacar que la autora señala que las etapas se superponen y en la práctica no están tan bien delimitadas, a la vez no todos los miembros de la familia atraviesan por la misma etapa en un mismo momento. Es esencial que el terapeuta sepa en cuál etapa está cada uno, ya que la sesión no debe concluir antes que la familia haya tenido la posibilidad de vivir e integrar lo sucedido durante la etapa del caos. El terapeuta tiene que ver el tiempo que dispone, para decidir si pasar o no a la etapa del caos.

“El arte de la terapia se basa en conservar el equilibrio entre la dirección general de la terapia y los nuevos temas que surgen durante la misma”.

Satir compara la terapia con un tejido, tomar hebras que al principio parecen sueltas y que luego adoptan un diseño lógico. “Así, un pensamiento o una hebra expresada por un miembro de la familia, es expandido al utilizar los aportes de los miembros restantes, una hebra suelta puede retomarse después, la aparente inconexión a la larga se manifiesta en un nuevo diseño”.

Pasos para el proceso terapéutico:

1. El primer paso es la experiencia de la confianza, desarrollar la confianza.
2. El segundo paso es la capacidad de indagar en los temas conflictivos. Con este paso se introduce un nuevo entendimiento.
3. El tercer paso consiste en la aplicación de este nuevo entendimiento.
4. En el último paso sólo resta la oportunidad de practicar estos nuevos comportamientos.

4. Técnicas

En su modelo la autora enuncia y describe numerosas técnicas de gran utilidad. Ella define el término técnica como “una forma de realizar una actividad específica para satisfacer una necesidad emergente en una persona o grupo en ese momento”. La ventaja de utilizar técnicas y ejercicios, es que las actividades experimentales maximizan al aprendizaje de los participantes y su capacidad para utilizar este aprendizaje en el proceso de cambio. Para que las técnicas tengan significación deben ser hechas en la medida de la situación, de lo contrario, no se pueden utilizar. Hay que ser flexible con el uso de ellas, igualmente “hay que ser flexible hacia el resultado, que a menudo, es imprevisible, cualquiera sea el objetivo al iniciar el tratamiento, es necesario que el terapeuta esté preparado para cualquiera que sea el resultado de su intervención”.

En esta matriz, sólo se enunciarán las técnicas:

- Escultura.
- Rol playing.
- Drama.
- Resignificando comportamientos y percepciones.
- Acción.
- Asociación, disociación.
- Expresividad.
- Humor.
- Metáfora.
- Amplificando sentimientos y comportamientos positivos e interrumpiendo comunicación destructiva.
- Identificando creencias limitantes y desafiándolas.
- Postulado conversacional.
- Patrones específicos para ayudar al cambio de las personas: presuposiciones, señalar comandos (mandatos), acoplar, uso de generalidades, cambio de predicado temporal, distinciones entre la percepción y la realidad.

5. Problema:

Para Virginia Satir, sin importar cuál es el problema que condujo a la familia a consultar, o su incapacidad para resolver conflictos, existen cuatro factores claves que son imprescindibles de revisar. Estos son:

- La autoestima.
- La comunicación.
- Las reglas familiares, y
- El enlace con la sociedad.

Su revisión cobra importancia, debido a que la autora plantea que, habitualmente, las familias perturbadas presentan problemas en todos estos cuatro factores. Se plantea, además, que las familias aprenden a desarrollar estas áreas. Gran parte del trabajo que realizaba Virginia Satir con las familias, se centraba en estos aspectos claves.

2.5.5. Terapia familiar sistémica.

Foco en el sistema

Al trabajar con una orientación sistémica, el foco debería centrarse sobre el sistema más que sobre el individuo, particularmente en relación a las dificultades y temas que la familia trae a terapia. Consecuentemente, la mirada que se debería utilizar es que estas dificultades no surgen desde el interior de los individuos, sino de las relaciones, las interacciones y el lenguaje que se desarrolla entre ellos.

Circularidad

Dentro de los sistemas se desarrollan pautas de comportamiento, las cuales son repetitivas, circulares por naturaleza y están en constante evolución. Las conductas y creencias que son percibidas como dificultades se desarrollan, por tanto, de manera circular, afectando y siendo afectadas por todos los miembros del sistema.

Pautas e interacciones

Para entender las relaciones y dificultades de un sistema, será importante para el terapeuta tener en cuenta las relaciones entre las pautas circulares de comportamiento, y entre las creencias y los comportamientos dentro de los sistemas. El proceso terapéutico debería permitirles a los miembros de la familia considerar estas interacciones desde una perspectiva novedosa o diferente.

Narrativas y lenguaje

Los comportamientos y las creencias conforman la base de las historias o narrativas. Éstas son construidas por, alrededor de y entre los individuos y el sistema mismo. El lenguaje utilizado para describir estas narrativas, y las interacciones entre los individuos, construyen la realidad de la vida cotidiana. Las historias que los sujetos viven, por lo general, concuerdan con las historias que son contadas sobre ellos. Sin embargo, cuando las historias vividas y las historias contadas son incongruentes, se puede producir un cambio, a nivel de los comportamientos y/o en la construcción de nuevas narrativas.

Constructivismo

Este concepto se refiere a la idea de que las personas construyen sistemas de significados autónomos, y que buscan el sentido e interpretan la información novedosa desde ese marco de referencia. En las interacciones sociales, el entendimiento es acotado y afectado por este sistema de significados. Así, las personas no pueden predecir el significado que se le dará a la información que ellos están entregando u ofreciendo a otros. Por lo tanto solo resta la posibilidad de perturbar los sistemas de significados de las otras personas.

Construccionismo social

Al trabajar en el proceso de cambio con los sistemas, a nivel de las conductas y las creencias, será importante tomar en cuenta las ideas del construccionismo social. Entre éstas, es particularmente relevante la idea de que los significados son construidos en las interacciones sociales que ocurren entre los sujetos y que son, por tanto, dependientes del contexto, y están en constante cambio, prevaleciendo esto último por sobre el concepto de una única realidad externa.

Contexto cultural

El terapeuta debería considerar la importancia del contexto, en relación a las narrativas y significados culturales con los que las personas viven sus vidas, incluyendo las temáticas de raza, género, clase social, etc. Las relaciones entre estas narrativas, entre la relación terapéutica y su contexto, así como entre el equipo terapéutico y la familia (en un contexto más amplio), deberían ser consideradas tanto al momento de la derivación como a lo largo de la terapia.

Poder

El terapeuta debería tomar una posición reflexiva en relación a las diferencias de poder que existen tanto dentro de la relación terapéutica como al interior de las relaciones familiares.

Co-construcción de la terapia

En las interacciones terapéuticas, la realidad es co-construida entre el terapeuta, su equipo y las personas que comparten el proceso terapéutico. Ellas forman parte del mismo sistema, y comparten la responsabilidad por el cambio y el proceso terapéutico. Se debería prestar particular atención a las contribuciones que hacen todos los miembros del sistema terapéutico en el proceso de cambio.

Autoreflexividad

El terapeuta debería aplicar el pensamiento sistémico consigo mismo y, de esta manera, rechazar cualquier pensamiento sobre las familias y sus procesos que no se aplique también a los terapeutas y la terapia. La autoreflexividad pone especial relieve sobre el efecto que produce el proceso de terapia en el terapeuta, y en la manera en que esto mismo es una fuente (recurso) de cambio en la familia. Será necesario que el terapeuta esté alerta a sus propias construcciones, funcionamiento y prejuicios, de manera de poder utilizar su persona de manera efectiva con la familia.

Fortalezas y soluciones

El terapeuta debería tener una visión del sistema familiar positiva y no-patologizante del sistema familiar, a la vez que contemple las dificultades por las que éste atraviesa actualmente. Al sistema familiar que entra en un sistema terapéutico debería considerársele como un sistema que posee abundantes fortalezas y recursos para enfrentar las situaciones difíciles. Es importante que el terapeuta reconozca que existe un multiverso de posibilidades disponibles para cada familia en el proceso de cambio, y que la misma familia estará en la mejor posición para generar soluciones que les acomoden. Para facilitar este proceso, el terapeuta debe prestar atención a las fortalezas y soluciones que se encuentran en las historias que el sistema familiar trae a terapia.

Intervenciones del Terapeuta

Los terapeutas disponen de una gama de intervenciones para co-crear el proceso de cambio en su trabajo con la familia. Las cuatro intervenciones listadas a continuación son las más comúnmente utilizadas en la Terapia Familiar Sistémica, y deberían ser usadas a lo largo del curso de la terapia. El grado en que cada una de estas intervenciones deberá ser utilizada varía a través del curso de ésta, y los terapeutas deberían seguir los lineamientos que se

entregan a continuación sobre el tema. Las intervenciones adicionales, que son utilizadas de manera menos frecuente, serán destacadas en las secciones correspondientes a las distintas etapas de la terapia. (Secciones 6, 7 y 8)

Preguntas lineales

Las preguntas lineales directas, comúnmente, son útiles para reunir y profundizar la información entregada, especialmente al inicio de la terapia. Las preguntas lineales también se pueden construir de manera circular, al formular la misma pregunta (o similar) a los distintos miembros de la familia.

Ejemplos de Preguntas Lineales ¿Cuántos años tiene? ¿En dónde estudió? ¿Qué hace Ud. cuando está enojado? ¿Qué hace después de eso?

Preguntas circulares

Las preguntas circulares tienen como objetivo la observación de la diferencia y son, por lo tanto, una manera de introducir nueva información en el sistema. Son efectivas para aclarar las relaciones de los subsistemas familiares y sus respectivas ideas. Los terapeutas pueden usar una variedad de preguntas circulares, tal como se muestra en la Tabla 2. El uso de las distintas preguntas será más o menos apropiado de acuerdo al progreso de la terapia.

El uso de tipos particulares de preguntas circulares en las diferentes etapas de la terapia serán destacadas a lo largo del Manual. El tiempo en que se formulan las preguntas circulares frecuentemente cambia fluidamente entre el pasado, el presente y el futuro.

Devoluciones

La realización de devoluciones tiene tres funciones principales:

- Aclarar y reconocer lo comunicado por la familia.

- Realizar un comentario sobre la posición o estado emocional de un miembro de la familia.
- Introducir ideas del terapeuta / equipo, directamente o en forma de Equipo Reflexivo.

Al realizar devoluciones, los terapeutas se deberían asegurar de que éstas no se extiendan demasiado ni que se conviertan en monólogos. Además, deberían ser realizadas de manera en que estén abiertas a las preguntas o comentarios de la familia, y que no sean vistas como conclusiones finales. Algunas veces, las devoluciones son utilizadas como una manera de organizar la información, previo a la formulación de alguna pregunta a la familia.

Ejemplos de Devoluciones: Entonces, permítanme asegurarme de que he entendido. Ud. siente que si dejara de salir totalmente, su papá y su mamá se asegurarían de que Ud. está a salvo. ¿Lo entendí bien? Puedo ver que esto le molesta mucho, y sigue siendo un tema de conflicto para Ud. ¿Quién cree Ud. que sería la primera persona en acercarse a consolarla cuando se siente así? Ud. ha estado hablando bastante sobre la confianza, y sobre cómo algunas veces durante su infancia y en la adultez le ha sido difícil desarrollarla. ¿Cuánta confianza cree que hay en este momento en la relación entre Ud. y Alejandro?

Equipos reflexivos

Tienen como objetivo la introducción de las ideas del equipo terapéutico en la terapia, de una manera reflexiva. Hay muchos modelos distintos para realizarlos, y por lo general se adaptan a las necesidades y deseos de la familia. A continuación, se describe un modelo general para introducir e implementar estos equipos.

1. Los equipos reflexivos pueden ser introducidos durante la sesión de terapia o al final de la misma.
2. El formato del equipo reflexivo debería ser negociado con la familia.

3. El equipo reflexivo podrá consistir de algunos o todos los miembros del equipo terapéutico, teniendo siempre en cuenta el número de miembros que lo conforman y los deseos de la familia.

4. Se le debería ofrecer a la familia una gama de formatos, incluyendo: Que el equipo reflexivo se una a la familia y al terapeuta dentro de la sala de terapia. Que la familia y el terapeuta observen al equipo reflexivo a través del espejo de visión unidireccional.

5. Al ofrecer sus reflexiones a la familia, los miembros del equipo deberían asegurarse de que:

- Son respetuosos con la familia, el terapeuta y los otros miembros del equipo.
- Asumen una posición curiosa y tentativa.
- Mantienen la conexión con las ideas contribuidas previamente.
- Mantienen la conexión con el lenguaje utilizado por la familia. Utilizan un lenguaje apropiado para la edad de los miembros de la familia.
- No saturan a la familia con demasiadas ideas. Mantienen la duración del equipo reflexivo por no más de 10 minutos.

6. El terapeuta debería asumir la responsabilidad de monitorear el efecto del equipo reflexivo en la familia.

7. Siempre se le deberá dar a la familia la oportunidad de expresar sus comentarios acerca de las ideas y reflexiones del equipo terapéutico.

8. Se debería obtener retroalimentación por parte de la familia sobre cuán cómodos se sintieron y cuán útil fue el proceso del equipo reflexivo y las ideas que el equipo compartió con ellos.

Intervenciones dirigidas hacia los niños

Es importante para los terapeutas tener en mente las necesidades de los niños en la sesión de terapia. Necesariamente, las intervenciones deberán estar formuladas de manera que calcen con el desarrollo de éstos, tanto a nivel cognitivo como emocional.

El proceso y las reglas implícitas de la terapia pueden ser especialmente confusas para los niños, y pueden provocarles ansiedad. El vínculo se debe enfocar en los aspectos del mundo con los que el niño se siente familiar o le podrían gustar. Los terapeutas deberían tener un acercamiento amistoso, y no intentar traer a la mano temas que suelen provocar ansiedad. Asimismo, podría ser necesario explicar clara y explícitamente las partes del proceso terapéutico que el niño encuentre confusas. Las preguntas deberán ser adaptadas, de manera que los niños puedan entender el significado de las mismas y el tipo de respuesta que se necesita. Esto puede requerir del terapeuta la entrega de ejemplos concretos o el uso de los nombres de las personas a las cuales se refiere. Esto es particularmente importante al formular preguntas circulares que requieran de la persona el ponerse en el lugar de otro. Los niños suelen utilizar distintos canales para comunicarse, por lo que es importante que los terapeutas no utilicen únicamente canales verbales en su interacción con ellos. Los dibujos, juegos y títeres pueden ser útiles para permitir a los niños comunicar sus ideas, y los terapeutas deberían sentirse cómodos al utilizar estos métodos.

BIBLIOGRAFÍA

BÁSICA

- BADOS, López, Arturo. La intervención psicológica: modelos y técnicas. Editorial Universidad de Barcelona. 2008.
- BERNSTEIN, A, Douglas. Introducción a la psicología clínica. Editorial Mc Graw-Hill. 2006.
- MINUCHIN, Salvador. Técnicas de terapia familiar. Editorial Paidós. 2004.
- SATIR, Virginia. (2002). Nuevas relaciones en el núcleo familiar. Palo Alto, California, E.U.A. Editorial Pax México.

COMPLEMENTARIA

- CULLARI, Salvatore. Fundamentos de psicología clínica. Editorial Pearson Prentice Hall. México, 2001.
- TRULL, J, Timothy. Psicología clínica. Editorial Ciencias sociales. 2005.