

En este libro práctico y original, dos respetados terapeutas e investigadores de la Unidad de Terapia Cognitiva del Instituto de Psiquiatría Clarke (Toronto) recurren a los descubrimientos de la psicología cognitiva, la investigación sobre el desarrollo infantil y la teoría de la emoción, para demostrar cómo se produce el cambio en el contexto interpersonal de la relación terapéutica, y cómo éste no sólo incluye la modificación de la conducta y las cogniciones, sino también nuevos modos de experimentar el sí-mismo.

Recurriendo a extensas transcripciones de sesiones terapéuticas complementadas con un detallado análisis del proceso de cambio, los autores ilustran la sutil interacción de los factores cognitivos e interpersonales, muestran cómo los efectos de la terapia se manifiestan en tres niveles —el de las fluctuaciones en el mundo del paciente, el de la relación terapéutica y el de la experiencia interior del terapeuta— y ofrecen unas cuantas instrucciones respecto a cuándo corresponde centrarse en un nivel determinado.

El resultado es una excelente integración de los enfoques cognitivo e interpersonal que sin duda ejercerá una importante influencia en la teoría y la práctica cognitivas.

ISBN 84-7509-996-3



9 788475 099965

128

El proceso interpersonal en la terapia cognitiva

gal

S128p  
1a. ed. c.1

J.D.



# El proceso interpersonal en la terapia cognitiva

Jeremy D. Safran  
Zindel V. Segal

Universidad Alberto Hurtado  
Biblioteca



000100191

Psicología  
Psiquiatría  
Psicoterapia  
128



Psicología  
Psiquiatría  
Psicoterapia

Jeremy D. Safran  
Zindel V. Segal

Títulos publicados:

1. F. Alexander y otros - *Psiquiatría dinámica*
13. G. Roheim - *Magia y esquizofrenia*
14. E. Minkowski - *La esquizofrenia*
21. A. Aberastury - *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*
22. F. Tustin - *Autismo y psicosis infantiles*
28. C. R. Rogers - *Psicoterapia centrada en el cliente*
30. G. Bateson y J. Ruesch - *Comunicación. La matriz social de la psiquiatría*
39. G. Caplan - *Principios de psiquiatría preventiva*
45. D. Cooper - *Psiquiatría y antipsiquiatría*
46. E. Thayer Gaston y otros - *Tratado de musicoterapia*
48. C. R. Rogers - *El proceso de convertirse en persona*
76. E. Balint y J. C. Norell (comps.) - *Seis minutos para el paciente*
77. J. Zinker - *El proceso creativo en la terapia gestáltica*
79. D. Meltzer y otros - *Exploración del autismo*
82. G. Panbow - *Estructura familiar y psicosis*
85. R. N. Blakeney (comp.) - *Manual de análisis transaccional*
86. J. D. Page - *Manual de psicopatología*
87. S. Arieti y J. Bemporad - *Psicoterapia de la depresión*
97. A. Brauner y F. Brauner - *Vivir con un niño autístico*
104. D. H. Malan - *Psicoterapia individual*
108. M. A. Materazzi - *Drogadependencia*
109. F. Tustin - *Estados autísticos en los niños*
111. A. Aberastury - *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*
115. M. Knobel - *Psicoterapia breve*
116. L. Ricon y S. Di Segni - *Problemas del campo de la salud mental*
117. E. Torras de Beà - *Entrevista y diagnóstico*
118. L. Ricon y otros - *Otros caminos*
119. J. Poch y otros - *La consulta en psicología clínica*
120. L. Farré y otros - *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve*
121. O. Stevenson - *La atención al niño maltratado*
122. A. Musacchio De Zan y otros - *Drogadicción*
123. A. Fernández Álvarez - *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*
124. P. Chan y otros - *Psida*
125. J. Manzano y F. Palacio-Espasa: *Las terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía*
126. J. D. Guy - *La vida personal del psicoterapeuta*
127. A. T. Beck - *Terapia cognitiva*
128. J. D. Safran y Z. Segal - *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*
129. G. Caplan - *Aspectos preventivos en salud mental*
130. A. J. Campo - *Teoría, clínica y terapia psicoanalítica (1957-1991)*
131. E. Bianchi y otros - *El servicio social como proceso de ayuda*
132. G. Feixas y M. T. Miró - *Aproximaciones a la psicoterapia*
133. V. F. Guidano - *El sí-mismo en proceso*
134. V. Bruce y P. Green - *La Percepción visual*
504. A. Aberastury y otros - *Psicosis infantiles y otros cuadros graves en la infancia*

128 991

# EL PROCESO INTERPERSONAL EN LA TERAPIA COGNITIVA



1/07/2011 070844

ediciones  
**PAIDÓS**  
Barcelona  
Buenos Aires  
México



Título original: *Interpersonal procesin cognitive therapy*  
Publicado en inglés por Basic Books, Inc., Publishers, Nueva York

Traducción de Gloria Vitale

Cubierta de Víctor Viano

*A mis maestros*  
J.D.S.

*A mis padres, Icek y Mania*  
Z.V.S.

*1.ª edición, 1994*

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del «Copyright», bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier método o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

© 1991 by Basic Books, Inc.  
© de todas las ediciones en castellano,  
Ediciones Paidós Ibérica, S.A.,  
Mariano Cubí, 92 - 08021 Barcelona  
y Editorial Paidós, SAICF,  
Defensa, 599 - Buenos Aires

ISBN: 84-7509-996-3  
Depósito legal: B-3.737/1994

Impreso en Hurope, S. L.,  
Recaredo, 2 - 08005 Barcelona

Impreso en España - Printed in Spain

## INDICE

Agradecimientos .....	11
Primera parte	
LA TEORIA	
1. Introducción .....	15
2. La perspectiva cognitivo-conductual de la relación terapéutica .....	33
3. Los factores técnicos y los concernientes a la relación en la terapia .....	49
4. Un modelo teórico para la integración .....	63
Segunda parte	
LA PRACTICA	
5. La evaluación .....	109
6. Desmentido experiencial y descentramiento:	
I. El foco fuera de la sesión.....	153
7. Desmentido experiencial y descentramiento:	
II. El foco en la sesión.....	187
8. Acceso a información sobre disposición a la acción.....	243
9. Aspectos clínicos generales.....	261
10. Selección de pacientes para la terapia cognitiva a corto plazo, Jeremy D. Safran, Zindel V. Segal, Brian F. Shaw y T. Michael Vallis .....	289

---

11. Conclusión.....	307
Epílogo.....	317
Apéndice I. Entrevista para determinar la indicación de la terapia cognitiva breve .....	321
Apéndice II. Escalas de calificación de la adecuación a la terapia cognitiva breve .....	329
Apéndice III. Formulario de evaluación de la adecuación a la terapia cognitiva breve .....	339
Apéndice IV. Escala de evaluación de la adhesión a la terapia .....	341
Bibliografía.....	347
Índice analítico .....	369

## AGRADECIMIENTOS

El pensamiento rector de este libro se ha visto influido por fuentes demasiado numerosas como para mencionarlas todas aquí. Las más importantes, con todo, son las siguientes: en el ámbito interpersonal ha sido decisivo el trabajo de Don Kiesler, con su valioso apoyo y aliento a lo largo del tiempo; en el campo de las vivencias personales, la amistad y la colaboración de Les Greenberg durante años han constituido una importante influencia, y la sabiduría clínica de Harvey Freedman no ha sido menos decisiva (en muchos aspectos, Harvey es la encarnación de los principios más importantes expuestos en este libro). Dentro del área cognitiva, deseamos agradecer la aportación de Brian Shaw, quien instauró un ámbito abierto y propicio para la reflexión integradora sobre la psicoterapia cuando dirigía la Unidad de Terapia Cognitiva del Instituto Clarke, desde 1983 hasta 1986. También queremos expresar nuestro reconocimiento a Barry Wolfe, por sus útiles comentarios respecto a uno de los primeros borradores del manuscrito que condujo a este libro, y a Jo Ann Miller, nuestra redactora en Basic Books, por sus opiniones y su apoyo. Por último, queremos agradecerle a Ed Cook su dedicación y esmero al pasar en limpio el manuscrito, y a Bob Leiper el habernos ayudado a sembrar la simiente de este libro hace muchos años.

PRIMERA PARTE

LA TEORIA

*El espíritu no está en el Yo, sino entre Yo y Tú. No es como la sangre que circula en ti, sino como el aire que respiras. El hombre vive en el espíritu, si es capaz de responder a su Tú. Es capaz de hacerlo si entra en relación con todo su ser. Sólo en virtud de su poder de entrar en relación es capaz de vivir en el espíritu.*

MARTIN BUBER

## Capítulo I

### INTRODUCCION

#### LA TERAPIA COGNITIVA EN EVOLUCION

Estos parecen ser tiempos propicios para los terapeutas cognitivos. La revolución cognitiva en psicoterapia, que surgió de una fisura en la hegemonía conductista a finales de la década de los 60, se ha convertido en una corriente de psicoterapia aceptada y establecida.

Los acalorados debates acerca de las concepciones cognitivistas y del valor de las explicaciones del aprendizaje basadas en la mediación son ya materia de reseñas históricas (Rachlin, 1977; Mahoney, 1977), y los terapeutas cognitivos pueden disfrutar de la aceptación que recibe su orientación como una de las formas de intervención más difundidas entre quienes ejercen la psicoterapia (Smith, 1982).

En este saludable clima, resulta fácil creer que la teoría y la terapia conductuales cognitivas han "ordenado su casa" y que los retos para el futuro se reducen a seguir demostrando su eficacia y conseguir la difusión más amplia de sus resultados. Sin embargo, como suele suceder en épocas de abundancia, hay quienes continúan insatisfechos; es evidente que deberán producirse más cambios.

Los terapeutas cognitivos están cuestionando ciertos supuestos teóricos ampliamente aceptados y experimentan con nuevas ideas y técnicas procedentes de otras tradiciones en psicoterapia. La tensión subsiste, pues se mezclan demandas para desarrollar nuevas teorías y técnicas (Guidano y Liotti, 1983; Mahoney y Gabriel, 1987) con críticas a la vieja teoría por inadecuada y carente de una fundamentación sólida (Beidel y

Turner, 1986; Coyne y Gólib, 1983), y los teóricos comienzan a cuestionar las bases teóricas en las que se fundamenta gran parte del tratamiento cognitivo. Con el reciente estallido de interés por los afectos se ha producido un cuestionamiento de los supuestos cognitivos tradicionales sobre el rol que éstos tienen en el funcionamiento humano y sobre la relación que tienen con la cognición. Los terapeutas cognitivos muestran una creciente curiosidad por el rol de los procesos inconscientes y ponen ya en tela de juicio, con fundamentos filosóficos, el supuesto de que existe tal cosa como una realidad objetiva que las personas o perciben acertadamente o bien tergiversan. Y la lista continúa.

En este libro nos proponemos ampliar el alcance de la terapia conductual cognitiva incorporando elementos de la psicoterapia interpersonal y de otras tradiciones teóricas, y también avanzar hacia una perspectiva cognitivo-interpersonal de cómo se produce el cambio en la terapia. Nuestro objetivo se corresponde con la creciente tendencia hacia la integración en el campo de la psicoterapia, tendencia que surge, como ha expuesto John Norcross (1986), del hecho de que no se ha podido comprobar que haya diferencias en cuanto a eficacia en las distintas terapias, de la búsqueda de ingredientes comunes en las terapias eficaces y de la creciente constatación de que los "factores no específicos" de la terapia pueden ser los componentes más poderosos del buen resultado del tratamiento. Este tipo de comprobaciones ha conducido a reexaminar la creencia en la pertinencia de cualquier forma singular de abordar la terapia.

Estamos a favor de la creciente tendencia hacia la integración en psicoterapia, pero no a favor de la proliferación de nuevas y múltiples escuelas integradoras de psicoterapia (Goldfried y Safran, 1986). Una razón que a menudo se esgrime para desarrollar nuevos enfoques integradores es la de que las auténticas escuelas de psicoterapia existentes no son lo bastante flexibles o versátiles como para adaptarse a las diferencias que se dan entre los distintos pacientes. Con demasiada frecuencia, sin embargo, los nuevos enfoques suministran sistemas que son menos globales y menos perfeccionados que las escuelas de psicoterapia que están destinados a reemplazar, porque no cuentan con la sabiduría acumulada tras años de práctica y desarrollo teórico dentro de cada una de

las diversas tradiciones. Nuestra intención, por lo tanto, no es desarrollar una nueva escuela de psicoterapia, sino iniciar un proceso de expansión conceptual y técnica en la teoría cognitiva fundamentada en información procedente de otras tradiciones terapéuticas.

#### LA PSICOTERAPIA COMO ENCUENTRO HUMANO

En este libro nos centramos en el rol del vínculo terapéutico en la terapia cognitiva y en la naturaleza de la relación entre procesos cognitivos e interpersonales. Al elegir este enfoque, nuestra intención es reparar lo que consideramos un desequilibrio fundamental en las formas de abordar la terapia, desequilibrio que tiene un efecto gravemente nocivo en la práctica. Como la relación terapéutica o los aspectos no específicos de la terapia son menos tangibles y más difíciles de poner en práctica que las técnicas cognitivas y conductuales específicas, los terapeutas cognitivos tienden a considerarlos menos importantes. Y aunque desde hace unos años han comenzado a prestarle más atención a la relación terapéutica, todavía tienden a separarla de los ingredientes activos de la terapia, es decir, a considerarla como un requisito previo para el proceso de cambio, más que como una parte intrínseca de éste.

A nuestro entender, esto perpetúa un modo mecanicista de abordar la terapia que no tiene en cuenta el carácter fundamentalmente humano del encuentro terapéutico y del proceso de cambio. La afirmación de que la psicoterapia es fundamentalmente un encuentro humano no significa que no exista ninguna teoría que los terapeutas deban aprender ni ninguna técnica que deban adquirir. Lo que sí significa, en cambio, es que la teoría pertinente debe explicar el proceso a través del cual este encuentro humano origina el cambio, y que las técnicas pertinentes deben incluir la capacidad de utilizar la propia humanidad como instrumento terapéutico.

Un postulado fundamental del enfoque propuesto, derivado de la tradición interpersonal de la psicoterapia, es que el individuo siempre debe ser considerado como parte del sistema interpersonal en el que está participando. Por lo tanto, no se puede considerar al paciente que sigue una terapia, independientemente del terapeuta. Parafraseando a Harry

Stack Sullivan, el terapeuta cumple un rol inextricable en todo cuanto sucede en la terapia, y sólo clarificando sistemáticamente su propia aportación a la interacción el terapeuta puede llegar a comprender plenamente al paciente. La noción de un terapeuta objetivo o neutral es una quimera. El terapeuta es un ser humano con sus propias dificultades de comprensión y zonas de particular sensibilidad, y éstas interactuarán inevitablemente con los problemas y puntos sensibles del paciente. Sullivan definió la relación terapéutica en los siguientes términos: "Dos personas, ambas con problemas en su vida, que acuerdan trabajar juntas para estudiar esos problemas, en la esperanza de que el terapeuta tenga menos problemas que el paciente" (Kasin, 1986). La terapia, por lo tanto, debe incluir un proceso de autoexploración permanente por parte del terapeuta.

#### UNA PERSPECTIVA DE PROCESO

Una razón por la que la terapia cognitiva se ha popularizado es que se basa en técnicas claramente definidas y fáciles de especificar. Esto tiene evidentes ventajas tanto para la formación como para la investigación. Desde la perspectiva de la formación, este tipo de especificidad contribuye a mitigar la ansiedad del terapeuta frente a la inherente ambigüedad de la situación clínica. El carácter claramente operativo de las técnicas cognitivas brinda a los terapeutas la tranquilizadora sensación de que cuentan con algo concreto y tangible que ofrecer a sus pacientes. La existencia de una multitud de técnicas cognitivas diferentes les da la sensación de tener un gran arsenal terapéutico a su disposición, lo que incrementa su sentimiento de eficacia potencial.

Desde la perspectiva de la investigación, este énfasis en los aspectos técnicos, tan propio de la terapia cognitiva, hace que resulte más fácil normalizar los protocolos de tratamiento. Esto, a su vez, determina que sea más fácil efectuar investigaciones sobre terapia cognitiva que sobre otras formas de terapia en las que tanto las intervenciones como los objetivos terapéuticos son más ambiguos. Esta misma característica también ha cumplido un rol importante en cuando a restarle misterio a la psicote-

rapia y ha contribuido a crear el clima de fiabilidad que se ha ido desarrollando gradualmente en el campo de la psicoterapia.

Como aspecto negativo, sin embargo, este énfasis en la técnica también puede llevar a los terapeutas a confiar excesivamente en estos recursos sin comprender el proceso en el que se apoyan. A falta de esta comprensión, el clínico se convierte en un simple técnico —eficaz en algunos contextos, pero no en otros—, y es incapaz de identificar los factores que determinan tales diferencias. Esta clase de técnico tiende a confundir los aspectos superficiales de lo que da buen resultado con la esencia subyacente, y carece de la flexibilidad y la adaptabilidad necesarias para responder en forma creativa a las exigencias de nuevas situaciones clínicas.

Para contrarrestar este desequilibrio, nosotros hacemos hincapié en el proceso subyacente a través del cual se produce el cambio. Estableciendo una distinción entre las intervenciones terapéuticas y los mecanismos subyacentes por los que operan, se hace posible experimentar con diferentes modos de activar los mismos mecanismos de cambio. En este libro nos centramos en tres mecanismos de cambio específicos:

1. descentramiento: experimentar el propio rol en la construcción de la realidad;
2. desmentido experiencial: rebatir creencias disfuncionales acerca del sí-mismo, y de otros, mediante nuevas experiencias;
3. acceso a información sobre disposiciones a la acción: descubrir aspectos de la propia experiencia interior de los que previamente no se tenía conciencia.

Los tres mecanismos implican la adquisición de nueva experiencia. Como expondremos, el cambio requiere algo más que comprensión conceptual o análisis racional; significa experimentar al sí-mismo y a los demás de nuevas maneras. Estos tres mecanismos pueden ser activados a través de la exploración de ciertos acontecimientos en la vida del paciente fuera de la terapia, o bien de la relación terapéutica misma. En definitiva, sin embargo, la relación terapéutica mediará en cualquier cambio que tenga lugar. Un terapeuta que procura refutar la creencia de su

paciente de que los demás lo critican, pero lo hace de un modo crítico, estará confirmando en última instancia esa creencia, al igual que el terapeuta que despliega una excesiva actividad para cuestionar la creencia del paciente de no poder valerse por sí mismo.

Los seres humanos y los acontecimientos en los que participan están en un constante estado de flujo. La vida es un proceso. En todo intento de encontrar seguridad en un medio inestable hay una fuerte tendencia a imponerle a este flujo una estructura. Las personas se ven tanto a sí mismas como a los demás a través de conceptos, y tratan a estos conceptos como reales. Al reificar las cosas de este modo, pierden de vista el carácter permanentemente cambiante de la realidad subyacente. Como veremos, desarrollar conceptos rígidos del sí-mismo y de los demás es un factor central de disfunción psicológica. Lo que es más, los terapeutas que reifican los constructos y formulaciones teóricas de sus pacientes pierden de vista la realidad permanentemente cambiante tanto de la experiencia de sus pacientes como de la suya propia. La *no reificación*, o sea el hecho de no confundir constructos estáticos con la realidad dinámica subyacente, es por lo tanto un principio terapéutico básico del enfoque que proponemos. Es esencial que el terapeuta rastree los cambios en el proceso de la terapia a medida que se producen.

El proceso de la terapia se puede concebir como una serie de acontecimientos que se desarrollan a través del tiempo en tres niveles:

1. fluctuaciones sucesivas en el estado del mundo fenomenológico del paciente;
2. fluctuaciones sucesivas en el estado de la relación terapéutica;
3. fluctuaciones en la experiencia interior del terapeuta.

Estos niveles son interdependientes. Por lo tanto, las modificaciones en el estado psicológico del paciente siempre se están produciendo en el contexto de las fluctuaciones en la relación terapéutica, y viceversa. De manera similar, siempre se producen fluctuaciones en la experiencia interior del terapeuta en el contexto de la relación a medida que ésta se desarrolla, fluctuaciones que a su vez influyen en este desarrollo.

De particular importancia para nuestro enfoque es el proceso de ras-

trear la propia experiencia interior como terapeuta. Como veremos, las experiencias interiores del terapeuta pueden suministrar importantes claves respecto del estilo interpersonal y cognitivo del paciente. Lo que es más, las fluctuaciones en la experiencia interior del terapeuta proporcionan considerable información acerca de la calidad de la relación terapéutica y sus cambios, lo que a su vez puede suministrar importantes claves en cuanto a la experiencia interna del paciente.

#### LA NATURALEZA DE LA REALIDAD

La terapia cognitiva tradicional parte de la base de que la tarea del terapeuta es ayudar al paciente a adquirir una visión más acertada u objetiva de la realidad, a través del empleo de herramientas tales como la lógica y las pruebas empíricas. Esto se basa en el supuesto de que los problemas psicológicos se originan en distorsiones de la realidad, y que la corrección de estas distorsiones es la que promueve el cambio. Recientemente, estos supuestos han sido cuestionados por algunos miembros de la comunidad terapéutica cognitiva (por ejemplo, Guidano, 1987; Mahoney, 1988; Safran y Greenberg, 1986). Dadas las crecientes pruebas de que el procesamiento lógico es sólo un pequeño componente de nuestro complejo sistema de procesamiento de información (Greenberg y Safran, 1987), estamos convencidos de que una postura que identifica la salud psicológica exclusivamente con la racionalidad es sin duda insostenible. Lo que es más, las crecientes pruebas empíricas indicativas de que en muchas circunstancias los individuos deprimidos son de hecho más certeros en sus percepciones y juicios que los no deprimidos (Taylor y Brown, 1988) refutan el criterio de que la objetividad es la señal distintiva de la salud mental. Por último, a la luz de los resultados obtenidos en los campos de la epistemología, la neurociencia y el desarrollo cognitivo (Mahoney, 1985), resulta difícil sostener el supuesto racionalista de que la función del cerebro es meramente la de reflejar la realidad con exactitud y que la conducta de adaptación es luego guiada por este reflejo.

Otra perspectiva posible, que es más coherente con el enfoque que

aquí se expondrá, es la sostenida por constructivistas como Guidano (1987), Guidano y Liotti (1983) y Mahoney (1990). En la teoría y en la terapia, los constructivistas adoptan un enfoque del desarrollo más evolutivo que los racionalistas. En lugar de poner el acento en la acertada percepción de objetos físicos de valor absoluto, destacan la "construcción" activa de la realidad. En la terapia, se centran en el proceso de maduración del sí-mismo a través de la diferenciación progresiva.

Más importantes que las razones puramente filosóficas para abandonar la perspectiva de que la terapia consiste en la corrección de distorsiones cognitivas son las implicaciones terapéuticas de dicha postura. Como argumentan Coyne y Gotlib (1983) desde una perspectiva interpersonal, cuando el paciente vive en una situación interpersonal disfuncional, el supuesto de que la depresión es resultado de distorsiones cognitivas puede tener efectos potencialmente perniciosos, porque podría llevar al terapeuta a pasar por alto un *statu quo* malsano. Además, el punto de vista de que los problemas psicológicos se originan en distorsiones cognitivas tropieza con el interrogante, imposible de responder, de quién habrá de decidir en definitiva qué constituye una distorsión. Tradicionalmente, los terapeutas cognitivos abordan esta cuestión planteando que el criterio decisivo radica en qué es lo que le da buenos resultados al paciente, pero esto elude el problema. Hasta ahora, muchos terapeutas cognitivos han evitado tomar posición respecto de la pregunta vital de quién es el árbitro decisivo de la realidad del paciente: si el paciente o el terapeuta. La posición más clara al respecto probablemente sea la correspondiente a la tradición experiencial, que siempre ha sostenido que el mismo paciente es el único experto en lo concerniente a su propia realidad (Perls, 1973; Rice, 1974; Rogers, 1961).

El único modo, para los terapeutas, de aceptar realmente a los pacientes como árbitros decisivos de su propia realidad consiste en admitir con franqueza la posibilidad de que el paciente sepa algo sobre la realidad que el terapeuta no sabe. Si los terapeutas creen esto, entonces hay tantas probabilidades de que sus propios modelos del mundo cambien a consecuencia de la terapia de un paciente como de que sea éste quien modifique su modelo. En lugar de adaptar a los pacientes de manera que asuman la visión de la realidad del terapeuta, esta postura les permite a

los terapeutas atender a los pacientes de un modo que ayude a cada paciente a descubrir su propia realidad de forma creativa y constructiva.

De esta manera, el paciente y el terapeuta se perciben como dos seres humanos que son intérpretes activos y tienen sus respectivas construcciones de la realidad; que coinciden en algunos aspectos y difieren en otros. La terapia se concibe como un proceso dialéctico en el que la influencia es de carácter bidireccional, y el resultado de una terapia satisfactoria a menudo implica un cambio tanto en el paciente como en el terapeuta. Para experimentar a un paciente tal como es en un momento dado, el terapeuta debe ser capaz de desprenderse de sus prejuicios acerca de ese paciente; al hacerlo, es muy posible que el terapeuta cambie. Así, como sugirió Jung (1963), la terapia es una oportunidad de crecer, tanto para el paciente como para el terapeuta.

#### METATEORIA

Para comprender el proceso de cambio, es importante distinguir entre la teoría clínica, cuya finalidad es clarificar los mecanismos a través de los cuales operan determinadas intervenciones específicas, y la metateoría, que aporta una teoría de nivel más elevado sobre el funcionamiento humano. Mientras que algunos teóricos proponen centrarse en lo que de hecho tiene lugar en la terapia en vez de desarrollar modelos de nivel más elevado del funcionamiento humano, nuestra opinión es que ambos niveles de análisis teórico son necesarios.

Si bien muchos terapeutas cognitivos se están volcando en la teoría del procesamiento de información en busca de esta clase de marco de referencia, nosotros creemos que el valor de esa teoría como modelo global del funcionamiento humano es limitado. Un modelo teórico adecuado debe permitir clarificar no sólo cómo se procesa la información, sino también las formas en que los procesos afectivos, cognitivos y conductuales se desarrollan e interactúan en un contexto interpersonal. La metateoría aquí expuesta es tanto interpersonal como cognitiva: es interpersonal porque parte del supuesto fundamental de que los seres humanos son por naturaleza criaturas interpersonales y que esto tiene profundas impli-

caciones para el desarrollo humano, los problemas clínicos y la psicoterapia; es cognitiva porque pone el acento en el modo como las personas construyen representaciones de su experiencia.

Hemos procurado integrar conclusiones de la teoría cognitiva, la teoría interpersonal, la teoría del apego y la teoría de la emoción que son a la vez compatibles con las pruebas empíricas existentes y clínicamente útiles. El marco metateórico que articulamos, con todo, debe considerarse como preliminar. Será importante ir perfeccionando este marco a medida que surjan nuevas conclusiones teóricas y empíricas.

#### TERAPIA DE APOYO FRENTE A TERAPIA ORIENTADA AL *INSIGHT*\*

Una crítica que a menudo se le hace a la terapia conductual-cognitiva es la de ser una terapia de apoyo y orientada a lo superficial, y no una verdadera terapia orientada a la comprensión (Wolberg, 1988). Para determinar si esta crítica tiene fundamento, revisaremos la distinción entre estas dos formas de terapia.

La distinción tradicional entre la terapia de apoyo y la orientada al *insight* se deriva de un modelo psicoanalítico clásico del funcionamiento humano que dista de ser universal. Según este punto de vista, la finalidad de la psicoterapia de apoyo consiste en fortalecer funciones mentales que son "aguda o crónicamente inadecuadas para enfrentar las demandas del mundo exterior y del mundo psicológico interior del paciente" (Werman, 1984, p. 5). La tarea del psicoterapeuta de apoyo, según se la concibe tradicionalmente, radica en ayudar a los pacientes a distinguir entre las percepciones realistas y las distorsionadas de una situación dada, ayudarles a ver con claridad diferentes modos posibles y constructivos de encarar o solucionar las situaciones problemáticas y brindarles el apoyo y la segu-

\* El término proviene de la tradición psicoanalítica anglosajona. Significa "nueva percepción, revelación", significados que quedan elididos si se traduce por *introspección*. Por este motivo lo dejamos sin traducir. [T.]

ridad necesarios para controlar su ansiedad de modo que puedan funcionar adecuadamente.

Por el contrario, la tarea del psicoterapeuta orientado al *insight* es la de ayudar a los pacientes a tomar conciencia de ciertos impulsos reprimidos o ajenos al yo, a reducir o modificar las defensas que mantienen a estos impulsos fuera de su conciencia y a comprender los factores históricos o genéticos que han contribuido al desarrollo de sus conflictos neuróticos.

De acuerdo con estos criterios, la terapia cognitiva tradicional tal como fue descrita por Aaron Beck y colaboradores (1979) está, en efecto, más cerca de la psicoterapia de apoyo que de la orientada al *insight*. Para empezar, se centra en gran medida en el empleo de procedimientos cognitivos expresamente destinados a ayudar a los pacientes a poner a prueba sus percepciones y a discriminar entre percepciones de la realidad acertadas y distorsionadas. En segundo lugar, esta corriente no sólo rechaza explícitamente los conceptos psicoanalíticos clásicos del conflicto neurótico, sino que no concede ningún lugar al análisis de las defensas y la revelación de los impulsos reprimidos.

La distinción entre la terapia orientada al *insight* y la terapia de apoyo, sin embargo, no es tan clara y definida como en principio parece. En primer lugar, gran parte de lo que sucede en las formas de terapia supuestamente orientadas al *insight* se dirige a distinguir entre apreciaciones adaptadas e inadaptadas de la realidad, lo cual es un objetivo habitualmente asociado con la psicoterapia de apoyo. Así, la práctica psicoanalítica de analizar la relación de transferencia ayuda a los pacientes a distinguir entre la realidad y la realidad tal como ellos la interpretan. Esto es particularmente cierto en lo que se refiere al enfoque freudiano y al enfoque interpersonal, en los que el interés primordial se ha desplazado de la tarea de alcanzar la comprensión de las causas históricas del problema actual hacia la de brindar una experiencia emocional correctiva. Como es evidente, el significado del concepto mismo de *insight* está siendo cuestionado.

En segundo lugar, como sostiene Lester Luborsky (1984), una buena terapia implica un equilibrio razonable y dinámico entre los aspectos de apoyo, que ayudan a controlar el nivel de ansiedad del paciente reforzan-

do la alianza terapéutica, y los aspectos de la terapia más orientados al *insight*, que radican en explorar procesos psicológicos y afectivos de los que el paciente puede no ser consciente en la actualidad.

Aunque la frontera entre la psicoterapia de apoyo y la orientada al *insight* no está, por consiguiente, bien definida, de todos modos es cierto que la exploración de los impulsos reprimidos y las defensas que los excluyen de la conciencia no cumple ningún papel en la terapia cognitiva tradicional.

Nuestro enfoque, en cambio, sí tiene en cuenta la exclusión defensiva de información de la conciencia. Mientras que los teóricos y terapeutas cognitivos contemporáneos rechazan la conceptualización psicoanalítica clásica del inconsciente y la metapsicología de la pulsión, hay pruebas categóricas, procedentes de la psicología cognitiva experimental, que indican que diversas formas de procesamiento de la información tienen lugar fuera del nivel consciente (Erdelyi, 1974; Shevrin y Dickman, 1980). Esta constatación ha llevado a algunos terapeutas cognitivos a reconocer que el concepto de inconsciente tiene cabida en la teoría cognitiva (Meichenbaum y Gilmore, 1984; Safran y Greenberg, 1987).

Para esclarecer el papel que la exclusión defensiva de información de la conciencia cumple en la situación clínica, nuestro enfoque utiliza conclusiones de la teoría del procesamiento de la información, la teoría de la emoción y la teoría del desarrollo. La conceptualización de la emoción, que está ganando aceptación entre los teóricos e investigadores de orientación cognitiva, la presenta como un tipo de información generada internamente sobre la "disposición a la acción" (Greenberg y Safran, 1987; Frijda, 1988; Lang, 1983; Leventhal, 1984). En el funcionamiento humano, la emoción motiva la conducta de adaptación, suministrando a las personas información sobre su grado de preparación para actuar de determinadas formas.

Pueden surgir problemas, sin embargo, en personas que no logran sintetizar totalmente cierta información sobre disposiciones a la acción potencialmente adaptativa. Por ejemplo, el individuo que no logra sintetizar una información sobre disposiciones a la acción adecuada a su situación de soledad tal vez no pueda adoptar conductas de búsqueda de intimidad que potencialmente le llevarían a tener relaciones interperso-

nales significativas. La persona que no logra sintetizar información sobre disposiciones a la acción potencialmente adecuadas con respecto a la ira podría ser incapaz de protegerse de ciertas situaciones interpersonales destructivas.

Las interacciones con otras personas significativas tienen una influencia decisiva en el desarrollo emocional. Se aprende a atender selectivamente a diferentes clases de experiencia emocional y luego a integrarlas en un sentido global del sí-mismo. A través de las interacciones con otras personas significativas se desarrollan reglas tácitas que guían el procesamiento de la información afectiva. A partir de la perspectiva cognitiva de orientación interpersonal que aquí describimos, una premisa fundamental es que estas reglas tácitas pueden dar lugar a una actitud disfuncional tan importante de identificar y cuestionar como lo son las actitudes disfuncionales a las que apuntan los enfoques cognitivos típicos descritos por Beck y sus colaboradores (1979).

#### TERAPIA A CORTO PLAZO FRENTE A TERAPIA A LARGO PLAZO

Se ha dado un creciente movimiento hacia el desarrollo de enfoques terapéuticos a corto plazo. Esta tendencia es congruente con la creciente sensación de eficacia que ha ido surgiendo en los últimos diez años. Al mismo tiempo, sin embargo, los terapeutas cognitivos reconocen cada vez más que no todos los problemas se prestan al cambio mediante una terapia a corto plazo. Esto resulta particularmente evidente cuando los terapeutas cognitivos se ocupan de pacientes que tienen estilos cognitivos e interpersonales más arraigados. El interés en los enfoques a largo plazo también se ha visto influido por ciertas conclusiones teóricas que destacan la importancia de modificar estructuras cognitivas centrales (Guidano y Liotti, 1983; Mahoney, 1982; Safran, Vallis y otros, 1986).

El enfoque expuesto en este libro se puede aplicar en formas de terapia a largo o a corto plazo. Si bien hay diferencias entre el alcance y el carácter de los cambios que se pueden esperar en los tratamientos a largo y a corto plazo, en nuestra opinión los objetivos coinciden en un aspecto

importante. En última instancia, es vital que el paciente tenga una experiencia interpersonal constructiva. Emplear un enfoque a corto plazo con pacientes que carecen de ciertas características que les permitirían beneficiarse del mismo aumenta la posibilidad de que el tratamiento fracase y de que tenga lugar una experiencia interpersonal no constructiva que reducirá la receptividad del paciente hacia futuras intervenciones terapéuticas. Es crucial, por consiguiente, contar con medios para evaluar si los pacientes son adecuados para la terapia a corto plazo, tema que consideraremos más adelante.

#### INTEGRACION DE LA PSICOTERAPIA

Hay dos niveles en que los distintos sistemas de psicoterapia captan aspectos diferentes del funcionamiento humano y la realidad clínica. En primer lugar, se centran en fenómenos distintos y describen fenómenos distintos. Por ejemplo, el énfasis del sistema conductual en la generalización de los beneficios del tratamiento y en los acontecimientos fuera de la sesión ha contribuido a la comprensión de los principios que fundamentan el mantenimiento del cambio. En contraste con esto, el interés psicodinámico tradicional en el inconsciente ha contribuido a la comprensión de un importante aspecto del funcionamiento psicológico, generalmente ignorado por los conductistas.

En segundo lugar, los distintos sistemas de psicoterapia aportan diferentes ópticas para contemplar un mismo fenómeno. Así, por ejemplo, el interés psicodinámico en la transferencia pone de relieve el papel del pasado en el modelado de las relaciones actuales. La tradición de la terapia centrada en el cliente, en cambio, subraya el carácter real de la relación terapéutica.

La integración de diferentes sistemas de psicoterapia, por consiguiente, incrementa la posibilidad de comprender y tratar importantes fenómenos clínicos, al ampliar la gama de los fenómenos que se examinan, dando además múltiples perspectivas del mismo fenómeno.

Las ventajas de proporcionar múltiples perspectivas del mismo fenómeno tiene una analogía en la física cuántica; en este campo se reconoce

que la realidad nunca puede ser aprehendida en un sentido absoluto y que se necesitan distintas perspectivas para captar aspectos diferentes y aparentemente contradictorios de un fenómeno. Para describir las propiedades de la luz, por ejemplo, los físicos contemporáneos aceptan la noción de que la luz tiene a la vez las características de una partícula y las de una onda. Reconocen, no obstante, que estos conceptos son sólo aproximaciones a la realidad, y que las limitaciones de los procesos lógicos y conceptuales hacen necesario aplicar ópticas conceptuales diferentes y a veces contradictorias al mismo fenómeno.

Cuando consideramos lo que ha sucedido históricamente en la psicoterapia, encontramos que diferentes tradiciones se han convertido en ortodoxias, cada una con sus reglas o condiciones definitorias para la afiliación de miembros. Por ejemplo, una regla para poder ser miembro de la escuela conductista ha sido la creencia de que la relación de transferencia no existe o bien no es importante. Una regla para afiliarse a la escuela psicodinámica ha sido la convicción de que las prescripciones activas siempre obstruirán el proceso de la terapia.

Irónicamente, las restricciones conceptuales y técnicas, y los límites claramente trazados de cada sistema, aumentan las posibilidades de que el sistema se vuelva cada vez más especializado y centrado en su particular centro de interés, tal como las personas que quedan ciegas desarrollan una mayor habilidad para emplear sus otros sentidos. Pero pese a esta mayor habilidad, el individuo ciego seguirá discapacitado, y el sistema de psicoterapia con fronteras estrictamente establecidas seguirá teniendo sus limitaciones.

Por estos motivos, es importante sintetizar distintos enfoques de psicoterapia: Desde luego, eliminar todas las fronteras entre los diferentes enfoques psicoterapéuticos no es deseable, pues esto impediría la especialización que sí se ve facilitada por las fronteras claramente delimitadas. Además, en cierto sentido es valioso contar con "verdaderos creyentes" que apoyan a diferentes escuelas de psicoterapia: el apego emocional a un sistema puede suministrar el incentivo y la motivación para desarrollar todo su potencial.

A medida que más teóricos de diferentes tradiciones se interesan en la integración de la psicoterapia, es importante discriminar entre los con-

ceptos y las estrategias terapéuticas que son auténticamente nuevos y la mera traducción de ideas de un lenguaje a otro, con la que sólo se "vuelve a inventar la rueda". En cierto sentido, es imposible volver a inventar la rueda o *meramente* traducir de un lenguaje a otro. Así como no hay una traducción exacta del ruso al inglés, es improbable que se pueda lograr la traducción exacta de un concepto de una tradición de psicoterapia a otra. De todos modos, la posibilidad de desarrollar una síntesis auténticamente nueva se incrementa si podemos emprender un análisis explícito y crítico de las similitudes y las diferencias existentes entre los conceptos y las intervenciones propios de diferentes tradiciones. Esta clase de análisis, por lo tanto, es un aspecto importante de nuestro libro.

Otro aspecto es el frecuente uso de transcripciones de psicoterapias. Algunos enfoques que parecen similares a nivel conceptual pueden ser marcadamente distintos en la práctica. Dado que la comprensión del proceso de cambio y de las sutilezas de las transacciones interpersonales entre terapeutas y pacientes son objetivos fundamentales de nuestro enfoque, esas transcripciones son analizadas en detalle para examinar lo que realmente sucede en la terapia.

Consideramos nuestro enfoque —y este libro— como una foto instantánea de un intento continuado de comprender cómo tiene lugar el cambio. Aunque nuestra estructura conceptual se basa en la integración de los enfoques cognitivo e interpersonal, es importante reconocer la influencia que han tenido otras tradiciones psicoterapéuticas en nuestra perspectiva, en particular las tradiciones experienciales de la terapia centrada en el cliente y de la terapia gestáltica. Nuestra insistencia en examinar las sutilezas de la fenomenología del paciente en todo su detalle idiosincrásico está centrada en el cliente, como lo está la insistencia en ayudar al paciente a comprender y revelar la verdadera índole de su propia experiencia, sin imponerle los preconceptos del terapeuta respecto de esa experiencia.

Esta insistencia es congruente tanto con el interés cognitivo en comprender el proceso por el que el paciente construye la realidad como con la constante preocupación de Sullivan (1953) por los peligros de la reificación en la teoría y la práctica de la psicoterapia. Otras influencias importantes de la tradición de la terapia gestáltica son el acento en el

aquí y el ahora, en el proceso más que en el producto y en la aceptación tanto por parte del paciente como por parte del terapeuta de lo que es antes que de lo que podría o debería ser.

### EL ESQUEMA DEL LIBRO

En el capítulo 2 reseñamos la bibliografía cognitivo-conductual sobre la relación terapéutica. El propósito de este capítulo es poner en evidencia la ventaja de integrar las perspectivas cognitiva e interpersonal, así como aportar una muestra de las perspectivas cognitivas existentes respecto de este tema a efectos de establecer un punto de partida para seguir desarrollándolo más adelante.

En el capítulo 3 reseñamos la literatura tanto teórica como empírica sobre la relación terapéutica en el campo de la psicoterapia en general, presentamos pruebas empíricas sobre el papel fundamental que cumple la relación terapéutica en la terapia y comenzamos a mostrar el modo en que esa relación podría conectarse con los aspectos técnicos de la terapia.

En el capítulo 4 reseñamos la bibliografía empírica y teórica pertinente para el desarrollo de un marco sistemático e integrador que sirva de guía para el uso de la relación en la terapia cognitiva. Esta bibliografía se ha entresacado de diversas subdisciplinas de la psicología, incluyendo la teoría del procesamiento de la información, el enfoque ecológico de la percepción, la psicología del desarrollo, la teoría del apego y la teoría de la emoción. Este capítulo proporciona la base teórica para el resto del libro.

En el capítulo 5 nos centramos en la evaluación de los procesos cognitivo e interpersonal, tomando como referencia un marco integrador cognitivo-interpersonal. En este capítulo se destaca la importancia de la observación participante por parte del terapeuta y se ofrecen pautas para tratar los problemas que surgen en el proceso de evaluación.

El capítulo 6 trata de la activación del cambio a través de la exploración de acontecimientos externos a las sesiones. Se examinan dos mecanismos distintos de cambio: 1) el desmentido experiencial y 2) el descen-

tramiento. En este capítulo se ofrece una conceptualización básica del modo como operan estos mecanismos de cambio, se suministran pautas para la intervención en distintos contextos y se destaca el rol de la relación terapéutica en cuanto a mediar en el proceso de cambio.

En el capítulo 7 se explora la activación del desmentido experiencial y el descentramiento a través del examen de la relación terapéutica. En este capítulo se hace especial hincapié en el rol que cumple la metacomunicación terapéutica en la activación de estos procesos y se destaca también la importancia de elaborar las rupturas en la alianza terapéutica.

En el capítulo 8 se examina el mecanismo de cambio del acceso a la información de disposición a la acción. Proponemos aquí que lograr el acceso a cierta información que no ha sido totalmente sintetizada puede servir para modificar el sentido de sí-mismo del paciente, y que la relación terapéutica cumple un papel crucial como mediadora en este proceso.

En el capítulo 9 se exploran varias cuestiones clínicas que se ponen de manifiesto cuando se integran los enfoques cognitivo e interpersonal. Estas son, entre otras: cómo mantener un enfoque terapéutico, calibrar el nivel de actividad del terapeuta, plantear los criterios terapéuticos al paciente y manejar la finalización de la terapia.

En el capítulo 10 se brinda un esquema del procedimiento que hemos elaborado para evaluar si los pacientes son o no adecuados para un enfoque terapéutico a corto plazo o de tiempo limitado.

En el capítulo 11 se resumen los principios distintivos de nuestro enfoque y se proponen líneas de investigación pertinentes.

Por último, los apéndices contienen un manual de entrevistas y escalas de puntuación específicas para determinar si es adecuado o no un tratamiento de corto plazo para un paciente dado, así como formas de supervisar si la terapia se lleva a cabo de un modo compatible con los principios expuestos en este libro.

## Capítulo 2

### LA PERSPECTIVA COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA RELACION TERAPEUTICA

En este capítulo exploramos las razones prácticas y teóricas para extender el enfoque cognitivo-conductual incorporando aspectos de la teoría interpersonal. También reseñamos la literatura cognitivo-conductual referente a la relación como aspecto de la terapia.

#### LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

Si bien la bibliografía existente sobre el tratamiento cognitivo-conductual es prometedora, aún queda mucho por mejorar. El conjunto más sólido y coherente de pruebas experimentales controladas sobre la eficacia de los procedimientos cognitivo-conductuales proviene de la investigación en torno de la terapia cognitiva de la depresión. Actualmente hay unos diez estudios de resultados, bien diseñados y controlados, que demuestran que la terapia cognitiva es tanto o más eficaz que la medicación antidepressiva (Hollon y Najavits, 1988; Hollon y Beck, 1986). Sin embargo, pese a este impresionante conjunto de pruebas, la terapia cognitiva no es eficaz para todos los pacientes. En el tratamiento de la depresión unipolar adulta, la psicoterapia, en general, muestra ser superior a la terapia farmacológica (Steinbrueck, Maxwell y Howard, 1983), pero los estudios metaanalíticos realizados para comparar la eficacia de la terapia cognitiva con la de desensibilización sistemática sólo han suministrado indicios limitados de la superioridad de los métodos específicamente cognitivos (Berman, Miller y Massman, 1985; Shapiro y Shapiro, 1982).

Además, el estudio recientemente terminado del Instituto Nacional de Salud Mental sobre el tratamiento de la depresión reveló que aunque ambos tratamientos psicológicos eran tan eficaces como la medicación en el tratamiento de pacientes moderadamente deprimidos, en el de pacientes gravemente deprimidos la terapia cognitiva no era significativamente más eficaz que la administración de un placebo. Por el contrario, tanto la medicación antidepresiva como la terapia interpersonal eran significativamente más eficaces en el tratamiento de pacientes gravemente deprimidos que la administración de un placebo (Elkin y otros, 1986).

Como observó Donald Kiesler (1966) hace ya más de dos décadas, debemos evitar dar crédito a los mitos sobre la uniformidad respecto de los pacientes y los procedimientos de tratamiento. Si bien la terapia cognitiva en su forma actual es eficaz para muchos pacientes, no lo es para todos. Incluso los estudios de resultados que arrojan las cifras más impresionantes (por ejemplo, Beck, Hollon y otros, 1985; Murphy y otros, 1984) indican que entre el 25 y el 30 por ciento de los pacientes deprimidos tratados con terapia cognitiva no mostraron ninguna mejoría clínica en el momento de la finalización del tratamiento. Si a esto le agregamos el 25 por ciento adicional de todos los pacientes que abandonan la terapia antes de completar el tratamiento (Beck, Hollon y otros, 1985; Murphy y otros, 1984), encontramos una cantidad apreciable de pacientes excluidos de los beneficios de este enfoque. Estos pacientes normalmente son considerados como resistentes al tratamiento. En la siguiente sección examinaremos las diversas formas en que ha sido conceptualizado el problema de la resistencia al tratamiento desde una perspectiva cognitivo-conductual.

#### LA RESISTENCIA TERAPEUTICA

La teoría cognitivo-conductual tradicionalmente no acepta el concepto psicodinámico de la resistencia del paciente y ha preferido conceptualizar el problema como disconformidad con el tratamiento. Una razón de este cambio de conceptualización ha sido planteada por Arnold Laza-

rus y Allen Fay (1982), quienes argumentan que en muchos casos el concepto psicodinámico de resistencia es una justificación del fracaso del tratamiento en lugar de una explicación útil.

Otros conductistas cognitivos, como G. T. Wilson (1984), critican la conceptualización psicodinámica de la resistencia argumentando que tiene una base motivacional. Según Wilson, la hipótesis de que un paciente se resiste a aceptar una interpretación determinada porque ésta resulta amenazadora para su yo es simplemente antieconómica. Wilson sostiene que es más razonable tratar de explicar los "fenómenos mentales en términos simples y no motivacionales, en lugar de recurrir a construcciones motivacionales y menos económicas (típicamente psicodinámicas)" (p.332). Wilson (1984) sigue a R. Nisbett y L. Ross (1980) al sostener que la dificultad para lograr el acceso a ciertas clases de material cognitivo se explica mejor a partir de las limitaciones intrínsecas de la maquinaria cognitiva humana que sobre la base de concepciones motivacionales. Propone que se trate la resistencia previendo las dificultades que pueden tener determinados pacientes con ciertas técnicas conductuales específicas y trabajando luego con el paciente para elaborar estrategias destinadas a enfrentarse a tales eventualidades. Este enfoque recuerda al de G. A. Marlatt y G. R. Gordon (1980) relativo a la prevención de la recaída en el tratamiento del alcoholismo.

Coincidiendo con las propuestas de Wilson, muchos terapeutas conductistas y cognitivo-conductuales sugieren abordar el problema de la disconformidad dando a los pacientes una base adecuada para cumplir en el tratamiento y las tareas asignadas, y desarrollando todas esas tareas en colaboración con el paciente (Beck, Rush y otros, 1979; Beck y Emery, 1985; Lazarus y Fay, 1982; Meichenbaum y Gilmore, 1982).

M. R. Goldfried (1982) sostiene que la resistencia puede reflejar una o más de las siguientes variables: una muestra directa del problema que presenta el paciente; otros problemas del paciente; pesimismo respecto del cambio; temor a cambiar; escasa motivación para cambiar; reactancia psicológica; un efecto de sobrecarga del paciente por un exceso en la asignación de tareas, y contingencias en el entorno del paciente que interfieren en el tratamiento.

Lazarus y Fay (1982) identifican cuatro tipos de resistencia en la

terapia: la resistencia que es función de las características individuales del paciente; la resistencia que es producto de las relaciones interpersonales del paciente (procesos de sistemas o familiares); la resistencia que es función del terapeuta (o de la relación); y la resistencia debida al estado actual del método terapéutico. También observan que una de las principales formas de resistencia en la terapia cognitivo-conductual consiste en no realizar las tareas asignadas. Según estos autores, si una tarea asignada no se realiza, el terapeuta debería plantearse las siguientes preguntas: ¿La tarea asignada era incorrecta o no pertinente? ¿Era demasiado amenazadora para el paciente? ¿El paciente no aprecia el valor y el fundamento de los ejercicios asignados como tareas? ¿Está fallando la relación terapéutica? ¿Hay alguien, en la red de relaciones del paciente, que está socavando o sabotando la terapia, o el paciente está obteniendo demasiados beneficios secundarios como para renunciar a su conducta inadaptada?

D. Meichenbaum y J. B. Gilmore (1982) destacan la importancia de las expectativas y temores iniciales del paciente respecto de la psicoterapia y la necesidad de que el terapeuta comprenda de qué modo estas expectativas pueden crear una resistencia. Por ejemplo, los pacientes que temen que el hecho de expresar sus pensamientos y sentimientos pueda hacer que los internen y los sometan a terapia electroconvulsiva difícilmente se mostrarán colaboradores en la terapia. De igual modo, un paciente que es derivado a un terapeuta para el tratamiento de un dolor no tenderá a cooperar si piensa que el terapeuta cuestiona o pone en tela de juicio la veracidad del dolor.

Desde un punto de vista psicodinámico, S. J. Blatt y H. S. Erlich (1982) afirman que los terapeutas cognitivos tienden a considerar la resistencia como un incumplimiento de los consejos e instrucciones del terapeuta y que suelen verla como una manifestación de la falta de compromiso del paciente con el cambio. Como resultado, consideran que su tarea consiste en manipular a los pacientes para convencerles de que el cambio es posible y de que se comprometan en el tenaz esfuerzo necesario para producir el cambio. Para los terapeutas cognitivos, dicen Blatt y Erlich, la resistencia no es una parte constitutiva del problema, sino algo externo y adicional a los factores que han impedido a los

pacientes desenvolverse natural y espontáneamente en el curso general de su vida.

La caracterización que hacen Blatt y Erlich de la perspectiva cognitivo-conductual de la resistencia no es del todo exacta. Goldfried (1982), por ejemplo, sostiene que la resistencia y la disconformidad terapéutica pueden ser utilizadas por el terapeuta como una muestra de la conducta problemática del cliente, y Meichenbaum y Gilmore (1982) también plantean que la resistencia es una importante fuente de información sobre la índole de las creencias, las expectativas y la conducta del paciente. Con todo, incluso en aquellos enfoques cognitivo-conductuales en los que se advierte una conexión entre la resistencia y el problema que presenta el paciente, se tiende a concebir la resistencia como algo que debe ser superado antes de que las técnicas del tratamiento puedan empezar a tener efecto sobre el problema presentado. Lo que este punto de vista pasa por alto es que tratar la resistencia puede en sí mismo ser un ingrediente básico del proceso de cambio.

Más recientemente y desde una perspectiva cognitiva, G. Liotti (1987) ha formulado un análisis de la resistencia en el que se destaca la necesidad de preservar el significado como un factor que hace que el individuo se aferre a viejas construcciones cuando se enfrenta con información nueva. El valor de esta perspectiva es que alienta a los terapeutas cognitivos a pensar en la resistencia en el contexto de la organización del sistema cognitivo en su totalidad. Como sostendremos en el capítulo 4, este tipo de análisis puede ser favorecido teniendo en cuenta la relación entre los procesos cognitivos e interpersonales en el desarrollo y el mantenimiento de estructuras cognitivas.

#### LA RELACION TERAPEUTICA

En la tradición conductual primitiva, era notorio hasta qué punto se desestimaba la importancia de la relación terapéutica con respecto a los principios del condicionamiento. Se suponía que como la eficacia de los tratamientos conductuales era atribuible a ciertos principios del condicionamiento derivados de la investigación de laboratorio, la relación tera-

péutica carecía relativamente de importancia. Programando las contingencias de aprendizaje apropiadas, se podía ayudar a los pacientes a desaprobar conductas inadaptadas y reemplazarlas por conductas adaptadas. T. Ayllon y J. Michael (1959), por ejemplo, se autodesignaban "ingenieros conductuales"; en sus primeros escritos H. H. Eysenck (1966) sostenía que "las relaciones personales no son esenciales para la cura del trastorno neurótico, aunque pueden ser útiles en ciertas circunstancias" (p. 67).

A medida que el enfoque conductual comenzó a adoptar una perspectiva más social del aprendizaje, sin embargo, la relación terapéutica pasó a asumir un papel más importante (Bandura, 1969; Staats, 1970; Ullman y Krasner, 1965). La incorporación a la tradición conductual de principios procedentes de la psicología social y la psicología del desarrollo formó un marco de referencia dentro del cual ciertos procesos de influencia social como la persuasión, la expectativa, el cambio de actitud y la atracción interpersonal pasaron a ser considerados cruciales.

Este mayor interés conceptual en la relación se ha reflejado en una creciente literatura empírica dirigida a demostrar que los pacientes perciben la relación como crucial, aunque sus terapeutas no lo hagan. R. B. Sloane y colaboradores (1975) comprobaron que los pacientes para quienes la terapia conductual resultaba satisfactoria consideraban que la interacción personal con el terapeuta era el aspecto singular más importante de su tratamiento. J. F. Alexander y otros (1976) constataron que las variables de la relación contribuían en grado significativo a determinar los resultados en el tratamiento de delincuentes y sus familias. A. D. Rabavilas, J. C. Boulougouris y C. Perissaki (1979) interrogaron a treinta y seis pacientes obsesivo-compulsivos que hablaron sobre las actitudes de sus terapeutas alrededor de un año después de haber recibido tratamiento. Encontraron una significativa correlación entre un resultado favorable y las actitudes de comprensión, interés y respeto de parte del terapeuta. En cambio, un punto del estudio destinado a indagar si el terapeuta había o no gratificado las necesidades de dependencia del paciente mostró que en este aspecto no había correlación con el resultado del tratamiento.

A. M. Mathews y colaboradores (1976) les pidieron a sus pacientes agorafóbicos que enumeraran, por orden, los elementos de tratamiento más beneficiosos de la terapia conductual que habían recibido. Encontra-

ron que, en lo referente a ayudarles a controlar su pánico, los pacientes consideraban que el aliento y la solidaridad de los terapeutas era más importante que el componente práctico del tratamiento. Más recientemente, J. B. Persons y D. D. Burns (1985) comprobaron que las evaluaciones por parte de los pacientes de la calidad de la relación terapéutica se relacionaban de manera significativa con los cambios de estado de ánimo en la terapia cognitiva.

Las pruebas empíricas, por consiguiente, han coincidido en que la relación terapéutica es una variable importante en el proceso de cambio, aunque la teoría cognitivo-conductual no lo haya puesto de relieve.

#### *Facilitación del proceso de influencia social*

Un tema fundamental y persistente en la bibliografía cognitivo-conductual referente a la relación terapéutica ha sido la conceptualización de la terapia como un proceso de influencia social que puede facilitarse aumentando el atractivo del terapeuta (Goldstein, Heller y Sechrest, 1966; Lazarus, 1971; Wilson y Evans, 1977). Se suele considerar que ciertas cualidades personales del terapeuta, como empatía, calidez y sinceridad, ejercen una influencia positiva sobre el proceso terapéutico al incrementar las probabilidades de que el paciente cumpla con las tareas terapéuticas. Es interesante notar que a diferencia de la tradición centrada en el cliente, en la que la empatía y la calidez se consideran esenciales para facilitar la autoaceptación del paciente, la tradición conductual tiende a considerar estas cualidades como medios de aumentar el atractivo social y la consiguiente influencia social del terapeuta.

Los terapeutas conductistas y los cognitivo-conductuales han reaccionado argumentando que una buena relación terapéutica puede ser necesaria, pero ciertamente no suficiente para lograr un buen resultado en la terapia. Por ejemplo, Edna Foa y colaboradores (1983) sostienen que "Las cualidades personales del terapeuta, que parecen ser esenciales para el resultado de la psicoterapia, tienen menos repercusión en las técnicas, más precisamente formuladas, de la terapia conductual. Es probable que cuanto más poderoso sea el procedimiento terapéutico empleado,

tanto menos potente será el efecto del terapeuta" (p. 15). L. Krasner (1962) caracterizó al terapeuta conductual primitivo como una máquina de refuerzo social que era capaz de producir una conducta nueva y adaptada por parte del paciente; esta caracterización fue más tarde rechazada por muchos colegas debido a sus connotaciones deshumanizantes y a su simplicidad conceptual.

G. T. Wilson e I. M. Evans (1977), por ejemplo, señalan que el refuerzo social no tiene lugar en forma automática, y que todos los procesos de refuerzo social están sujetos a la interpretación del individuo cuyas conductas están siendo reforzadas. Según estos autores: "Que un paciente produzca la conducta deseada o bien incurra en actos de control de sentido opuesto dependerá de una serie de factores complejos y en mutua interacción, como la situación o contexto, la naturaleza del incentivo, las características personales tanto del terapeuta como del paciente y así sucesivamente" (p. 550). Con todo, estos autores siguen considerando al refuerzo social como uno de los procesos fundamentales a través de los cuales la relación terapéutica incide en la terapia conductual.

### *Expectativas terapéuticas positivas*

Otro aspecto de la relación terapéutica que han tenido en cuenta los terapeutas conductistas y los de orientación cognitivo-conductual es el papel que tiene en la creación de expectativas terapéuticas positivas. A. P. Goldstein y colaboradores (1966), por ejemplo, sostuvieron que una forma útil de incrementar las expectativas del paciente respecto del buen resultado de la terapia consiste en proporcionarle una conceptualización convincente de su problema específico y un fundamento convincente del tratamiento específico empleado. Goldfried y Davison (1976) también destacan la importancia de transmitir un fundamento convincente. En particular, sugieren el uso de "organizadores anticipados", o simientes conceptuales de ciertos aspectos importantes del fundamento terapéutico que se habrán de introducir más adelante. Así, por ejemplo, proponen introducir tempranamente en la cura conceptos como los de "aprendizaje pasado", "temores aprendidos" y "modelos a imitar". De manera similar, Goldfried y Davison (1976) subrayan la importancia de incrementar las

expectativas del paciente respecto de la eficacia del tratamiento a través de procedimientos tales como alusiones a otros pacientes que han tenido y superado problemas similares, recomendar bibliografía pertinente y destacar la diferencia entre otras experiencias terapéuticas previas que han fracasado y la experiencia terapéutica actual. Wilson y Evans (1977) afirman que "Cualquiera que observe a un terapeuta conductual en acción advertirá sus intentos sistemáticos de incrementar las expectativas de los clientes" (p. 554).

### *El terapeuta como modelo de rol*

En este aspecto, el centro de interés ha sido el papel que puede cumplir el modelado en técnicas tales como el modelado participativo (Bandura, 1971) y el entrenamiento en autoafirmación (Alberti y Emmons, 1974). T. J. D'Zurilla y M. R. Goldfried (1971) subrayan la utilidad, para los pacientes, de aprender a imitar roles apropiados cuando aprenden estrategias de resolución de problemas. Mahoney (1974) sostiene que puede ser útil que el terapeuta "piense en voz alta" a efectos de suministrar a los pacientes un buen modelo del tipo de mecanismos cognitivo-mediadores que pueden emplearse al tratar situaciones difíciles.

En los enfoques mencionados, el acento está puesto en el uso intencional de uno mismo como modelo para tratar determinadas situaciones problemáticas específicas. Algunos terapeutas cognitivo-conductistas (por ejemplo, Mahoney, 1974) subrayan la importancia de presentar al paciente un modelo de cómo enfrentarse a las cosas, más que un modelo de total dominio, porque, según advierten, si los terapeutas se presentan como personas perfectamente adaptadas en lugar de como seres humanos con defectos, los pacientes pueden tener más dificultades para emularlos.

### *Empirismo cooperativo*

A. T. Beck y sus colegas (Beck, Rush y otros, 1979; Beck y Emery, 1985; Beck y Young, 1985) no han tratado extensamente sobre el papel de la relación terapéutica en la terapia cognitiva, pero siempre han desta-

cado la importancia del "empirismo cooperativo", o sea, la necesidad de que los terapeutas entablen relaciones cooperativas con los pacientes para ayudarles a *descubrir* las percepciones que son incongruentes con la realidad, en vez de tratar de persuadir a los pacientes de que sus percepciones son irracionales o tendenciosas.

Para entablar una buena cooperación terapéutica, Beck y Young (1985) sostienen que los terapeutas deben ser auténticamente cálidos, empáticos, sinceros y atentos, y no representar el papel de "experto absoluto". Deben preocuparse por no parecer críticos o reprobadores y por mostrar una actitud segura y profesional, que contribuya a inspirar confianza y a contrarrestar la desesperanza que inicialmente pueda tener el paciente. Parte del proceso de entablar una buena relación cooperativa, señalan estos autores, implica trabajar junto con el paciente para fijar objetivos terapéuticos, determinar prioridades y acordar un orden del día para cada sesión.

Obtener sistemáticamente retroalimentación del paciente, indican también Beck y Emery (1985), es útil para establecer una buena relación cooperativa. Esta retroalimentación ayudará al terapeuta a determinar si el paciente está cumpliendo con sus indicaciones o instrucciones tan sólo por temor a ser rechazado. Los autores sugieren que es importante transmitir un fundamento adecuado para cada procedimiento del tratamiento, de manera que el paciente pueda comprender el proceso de tratamiento y participar activamente en él.

### *La conducta en la sesión como manifestación del problema*

En contraste con la tradición psicodinámica, los terapeutas conductistas y de orientación cognitivo-conductual le han restado importancia a la relación de transferencia en el proceso psicoterapéutico. La posición cognitivo-conductual tradicional al respecto ha sido que el cultivo y el manejo terapéutico de la relación de transferencia tiene escasa repercusión en la vida cotidiana del paciente. Como afirmó Albert Bandura (1969): "Por más cosas que el paciente pueda repetir con el terapeuta, relativamente pocos efectos benéficos de estas repeticiones se trasladan a

su vida interpersonal cotidiana. Lo más probable es que la relación artificial suministre gratificaciones sustitutivas de las que faltan en las relaciones naturales del paciente, en lugar de servir como un vehículo importante del cambio de personalidad" (p. 79).

Más recientemente, sin embargo, algunos conductistas cognitivos han comenzado a asumir una posición menos inflexible. Goldfried y Davison (1976) y Goldfried (1982), por ejemplo, recomiendan que los terapeutas consideren la conducta problemática exhibida por los pacientes dentro de la sesión como una muestra de la conducta problemática que constituye el motivo original de que estén en terapia. Influidos explícitamente por el trabajo de Sullivan (1953), estos autores sugieren que la conducta del paciente dentro de la sesión puede tratarse como una muestra de la conducta problemática general del paciente y que, por lo tanto, la interacción terapéutica puede ser útil a efectos de la evaluación. Según ellos, los terapeutas de orientación conductista pueden utilizar sus propios sentimientos y reacciones frente al paciente como un medio de detectar e identificar conductas del paciente que pueden ser problemáticas en situaciones interpersonales.

D. G. Arnkoff (1983) sostiene que prestar atención a las interacciones terapéuticas dentro de la sesión puede ser útil de tres maneras. En primer lugar, dice esta autora, las interacciones terapéuticas le suministran al terapeuta observaciones de primera mano del funcionamiento corriente del paciente. En segundo lugar, afirma que centrarse en la relación terapéutica puede afianzar emocionalmente al paciente. En tercer lugar, plantea que en la medida en que sus problemas corrientes son representados en la relación terapéutica, el paciente puede hacer descubrimientos y ensayar nuevas conductas que se generalizarán fuera de la terapia.

Al analizar las similitudes y diferencias entre las perspectivas psicodinámica y cognitivo-conductual, Arnkoff (1983) establece las siguientes distinciones: la perspectiva cognitivo-conductual le otorga menos importancia a la historia pasada que la perspectiva psicodinámica, y está más centrada en el presente; la terapia cognitivo-conductual se centra en la existencia de cogniciones disfuncionales y déficits y excesos conductuales, mientras que la terapia psicodinámica se centra en conflictos psico-

sexuales y estados motivacionales; las cuestiones de la transferencia son más esenciales para la terapia psicodinámica que para la cognitiva; los terapeutas cognitivos pueden tratar las cuestiones de la transferencia como distorsiones en la percepción que tiene el paciente del terapeuta, pero no presuponen que los cambios que se produzcan en la percepción del paciente como resultado de tratar estas distorsiones habrán necesariamente de generalizarse a sus percepciones y conductas fuera de la sesión.

N. S. Jacobson (1989) dice también que las creencias disfuncionales importantes que influyen en la vida cotidiana del paciente probablemente influirán en la relación terapéutica, y señala la necesidad de explorar y cuestionar estas creencias cuando se ponen de manifiesto en la relación terapéutica.

Como muestra esta breve reseña, en los últimos años los terapeutas cognitivos se han interesado cada vez más en la relación terapéutica como terreno propicio para explorar y modificar conductas y creencias disfuncionales. Sin embargo, como sostiene Jacobson (1989): "Aunque los teóricos y los terapeutas psicoanalíticos han estado escribiendo durante décadas acerca del potencial curativo de la relación terapeuta-cliente, esta cuestión no ha aparecido en la bibliografía cognitivo-conductual sino en forma reciente" (p. 89).

#### DESARROLLO DE UN ENFOQUE COGNITIVO SISTEMÁTICO DE LA RELACION TERAPEUTICA

M. J. Lambert (1983), en su análisis de la perspectiva que adoptan diferentes tradiciones de terapia respecto de la relación terapéutica, observa que "Las teorías conductuales cognitivas [...] han mencionado la relación terapeuta-paciente sólo de paso y como parte de las funciones administrativas del terapeuta, y no como una faceta integrada de la teoría del cambio" (p. 4). Como indica nuestra reseña de la bibliografía correspondiente a este punto, este juicio de la situación no es totalmente acertado porque, en años recientes, los terapeutas cognitivos han prestado una atención creciente al tema de la relación terapéutica.

Con todo, hay dos consideraciones que creemos que merecen ser

consideradas detenidamente. La primera es si existe un marco conceptual adecuado y global en la terapia cognitiva para comprender la relación entre los factores técnicos específicos y la relación terapéutica genérica. La segunda es si se ha prestado la debida atención a la tarea de especificar a cada momento, o paso a paso, los hechos del proceso terapéutico a través de los cuales se interrelacionan los factores técnicos y la relación.

Con respecto a la primera consideración, Paul Wachtel (1982) plantea que aunque los terapeutas cognitivo-conductuales reconozcan la importancia de la relación terapéutica, no tienen un marco teórico sistemático para integrar la relación y los factores técnicos. Sostiene que sin este marco teórico integrador, los terapeutas cognitivos tendrán mayor propensión, por ejemplo, a suponer, erróneamente, que una postura terapéutica cálida y alentadora es apropiada para todos los pacientes. Wachtel afirma que las teorías cognitivo-conductuales no tienen en cuenta las historias de aprendizaje idiosincrásico de cada paciente tanto como las psicodinámicas, por lo que son menos idóneas para comprender cómo un paciente dado puede percibir una postura terapéutica dada. También señala que la terapia conductista se basa en teorías que "son esencialmente libres de contenido, teorías centradas en procesos básicos, en cómo se aprende pero no particularmente en qué se aprende, o se piensa o se encuentra reforzador. En consecuencia, dado que estas teorías no les dan orientación alguna en este sentido, los terapeutas conductistas han tendido a basar sus supuestos respecto de los contenidos en premisas culturales generales" (p. 597).

Wilson (1984), respondiendo a esta crítica, sostiene que los terapeutas cognitivos *son* sensibles a los sutiles factores interpersonales que indican si una determinada postura en la relación es apropiada para un paciente dado. Afirma que los terapeutas cognitivo-conductuales aprenden una variedad de estrategias terapéuticas no específicas que no proceden de los descubrimientos de la psicología experimental, sino de sus propias historias de aprendizaje social, de sus experiencias vitales y de la supervisión clínica. Sostiene que si bien los terapeutas cognitivos analizan el proceso de supervisión clínica en menor medida que los terapeutas psicodinámicos, la supervisión cognitivo-conductual tiene igualmente en cuenta lo que él llama "los aspectos no específicos de la terapia".

Si Wilson está en lo cierto y los terapeutas cognitivos aprenden los factores "no específicos" apropiados en la supervisión clínica, ¿por qué estos factores "no específicos" de la terapia no se describen más detalladamente en la literatura cognitivo-conductual? ¿No tendría más sentido elaborar un marco teórico sistemático para que podamos iniciar el proceso de investigar empíricamente estas variables?

A. A. Sweet (1984) hace una observación en este sentido. Tras analizar una serie de estudios empíricos que demuestran la importancia de la relación terapéutica en la terapia cognitivo-conductual, Sweet se muestra sorprendido de que los investigadores de orientación cognitivo-conductual no hayan realizado investigaciones sistemáticas del modo en que los factores de la relación inciden en el resultado de la terapia. Sugiere que los investigadores deberían responder a preguntas como: "¿Qué forma de recolección de datos, de conducta no verbal, de presentación técnica o de asignación de tareas conducirá a la obtención de mejores resultados? ¿Qué clases de clientes responderán mejor a una determinada técnica? ¿Qué personas tenderán a terminar prematuramente la terapia y cómo se puede hacer para inducirlos a que continúen el tratamiento?" (p. 265). También manifiesta que es importante comenzar a investigar y definir de manera operacional las conductas terapéuticas de aquellos terapeutas que naturalmente entablan buenas relaciones con los pacientes. Su conclusión es que "El apropiado manejo de la relación es una capacidad que implica una evaluación acertada y una puesta en práctica cuidadosa. Esta posiblemente sea la capacidad más difícil de enseñar, pero dada su interacción con la aplicación de técnicas, es esencial aprender a emplearla correctamente" (p. 266).

La comprobación realizada por G. E. Swan y M. L. MacDonald (1978) de que los métodos de refuerzo de la relación son los procedimientos de tratamiento que con más frecuencia dicen utilizar los terapeutas conductistas suscita los interrogantes de cuáles son, exactamente, los métodos de refuerzo de la relación que están siendo empleados y qué clase de marco conceptual orienta esta práctica.

Foa y Emmelkamp (1983) publicaron un libro con el propósito de especificar algunos de los sutiles procesos interactivos que son importantes a efectos de la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual. Pero

este tipo de texto es relativamente excepcional en la literatura cognitivo-conductual. A nuestro entender, no basta con incluir unas pocas páginas dedicadas al tema de la relación en un libro sobre terapia cognitiva ni, como sugiere Wilson (1984), *suponer* que los terapeutas aprenderán las capacidades pertinentes en la supervisión clínica, aunque éstas no aparezcan detalladamente expuestas en el material escrito. Especificar la sutileza de las capacidades que conciernen a la relación es sólo parte de la batalla. Igualmente importante es la tarea de desarrollar un modelo teórico integrador que clarifique la relación entre los factores específicos y los no específicos y que facilite el proceso de intervención.

### Capítulo 3

## LOS FACTORES TÉCNICOS Y LOS CONCERNIENTES A LA RELACION EN LA TERAPIA

### FACTORES TÉCNICOS FRENTE A FACTORES QUE CONCERNEN A LA RELACION

La separación de la terapia en factores específicos y no específicos tiene una larga historia en la investigación en psicoterapia. El término "específico" generalmente se aplica a aquellos factores técnicos que se consideran específicos de una particular forma de psicoterapia, mientras que "no específico" se aplica a los factores comunes a todas las formas de psicoterapia. Estos factores comunes, según normalmente se los conceptúa, son cualidades de la relación entre terapeuta y paciente que contribuyen al cambio, como la calidez, la empatía, la aceptación y la expectativa de que el tratamiento será beneficioso. El término "factor no específico" se utiliza a veces en conexión con el concepto de efecto placebo.

Sobre la base de un análisis exhaustivo de los descubrimientos de la investigación en psicoterapia, Lambert (1986) y Lambert, Shapiro y Bergin (1986) estiman que sólo el 15 % de la variación en los resultados de la terapia es atribuible a factores técnicos específicos, mientras que hasta un 45 % de variación se puede atribuir a factores no específicos.

J. D. Frank (1973; 1979; 1982) ha sido uno de los principales autores que ha puesto de relieve la importancia de los factores comunes. Sostiene que el cambio terapéutico es atribuible primordialmente a ciertos factores comunes a distintas formas de psicoterapia, entre los que se cuentan la presencia de una relación de confianza, una fundamentación

convinciente y la fe en que el tratamiento será beneficioso. La fe se considera el factor que ayuda a modificar los sentimientos de desmoralización del paciente.

Como estos factores pueden estar presentes en otras relaciones e instituciones sociales normales, desde la relación entre amigos íntimos hasta las instituciones religiosas, algunos autores han argumentado que la psicoterapia no tiene nada exclusivo y que es inútil investigar y desarrollar nuevos mecanismos de cambio.

Stephen Butler y Hans Strupp (1986) abordan este tema cuestionando la distinción tradicional entre los factores específicos y los no específicos en la psicoterapia. Sostienen que esta distinción se basa en el supuesto inapropiado de que la psicoterapia es análoga al tratamiento médico. A diferencia del tratamiento mediante medicación, en el que la acción biológica puede distinguirse en teoría del significado simbólico del tratamiento, las técnicas psicoterapéuticas están intrínsecamente ligadas al contexto interpersonal en el que se emplean. Por consiguiente, estos autores plantean que "la complejidad y sutileza de los procesos psicoterapéuticos no puede ser reducida a una serie de técnicas abstractas debido a que las técnicas adquieren su significado y, a la vez, su eficacia a partir de la particular interacción de los individuos participantes" (p. 33).

Butler y Strupp señalan que el efecto que tiene en el paciente la conducta del terapeuta debe entenderse en última instancia en términos de la percepción que tiene de dicha conducta, y que esta percepción en definitiva está determinada por la historia de aprendizaje del paciente. Agregan que el particular significado que le adjudica el paciente a la conducta del terapeuta determinará no sólo su respuesta, sino también si conducirá a un nuevo aprendizaje o bien a la confirmación de las percepciones y pautas interpersonales inadaptadas.

La errónea separación en la terapia de factores específicos y no específicos es en parte responsable de la dificultad para demostrar la superioridad de una forma de psicoterapia respecto de otra, o la superioridad de los así llamados "tratamientos activos" frente al "efecto placebo". Como han expresado otros autores, la noción de placebo, aunque apropiada en el contexto de las investigaciones farmacológicas en las que se pueden

contrastar mecanismos biológicos de cambio con mecanismos psicossociales, es inapropiada en el contexto de la psicoterapia, en el que todos los mecanismos son de carácter psicosocial.

#### LA PREDICCIÓN DE DIFERENCIAS INDIVIDUALES

Aunque la investigación no ha podido demostrar la superioridad de una forma de psicoterapia respecto de las demás, sería un error suponer que todos los pacientes mejoran en igual grado con la psicoterapia. Como explicó Bergin (1970), la investigación dirigida a comparar promedios grupales soslaya el hecho de que en todo grupo en tratamiento, algunos pacientes mejoran muchísimo, algunos mejoran moderadamente, algunos se mantienen sin cambios y algunos empeoran. La existencia de grandes diferencias individuales en los resultados del tratamiento, combinada con el hecho de que no se ha podido demostrar que haya diferencias consistentes entre distintos tratamientos, ha llevado a los investigadores a tratar de identificar variables que sirvan para predecir el resultado del tratamiento.

Los primeros intentos efectuados en este sentido, que se centraron en las características del paciente identificadas previamente al tratamiento, resultaron decepcionantes. Lester Luborsky y sus colegas (1980), por ejemplo, trataron de predecir el resultado de la terapia utilizando datos del Proyecto de Psicoterapia Penn y se encontraron con que el acierto de las mediciones predictivas basadas en información previa al tratamiento era en general insignificante, y que la mejor de dichas mediciones predecía sólo entre el 5 y el 10 por ciento de la variación en el resultado. Esto llevó a Luborsky a formular la hipótesis de que los factores predictivos cruciales podían ser los que no se ponen de manifiesto hasta que paciente y terapeuta han tenido ocasión de interactuar (Luborsky y otros, 1980). La evaluación de diferentes características del proceso de la psicoterapia y aspectos de la interacción terapeuta-paciente se muestra más prometedora.

## LA ALIANZA TERAPEUTICA

El concepto de la alianza terapéutica tuvo su origen en la literatura psicoanalítica, pero en los últimos años diversos investigadores y teóricos de distintas tradiciones de psicoterapia han comenzado a explorar su valor potencial como en la psicoterapia genérica. Josef Breuer y Sigmund Freud ([1912] 1958) se refirieron desde un principio al paciente como a un colaborador activo del tratamiento, pero sin centrarse en la importancia de la alianza terapéutica en el psicoanálisis. Para 1912, no obstante, Freud ([1912] 1958) subrayó con más claridad la importancia de la camaradería y el afecto entre el paciente y el terapeuta en el psicoanálisis.

Richard Sterba (1934) suele ser reconocido como un importante impulsor del interés en la alianza terapéutica en el ámbito del psicoanálisis. Sterba subrayó que una identificación positiva con el terapeuta puede a veces motivar al paciente a trabajar hacia el cumplimiento de las tareas terapéuticas. Freud (1940) se hizo eco de esta idea cuando habló de que el analista y el paciente se unían contra los síntomas del paciente en un "pacto" basado en la libre exploración por parte del paciente y en la discreción y la comprensión competente por parte del terapeuta.

Si bien estas aportaciones se pueden tomar como precursoras importantes del concepto de la alianza terapéutica, por lo general se considera que E. Zetzel (1956) fue quien inició la actual tendencia en el ámbito del psicoanálisis a distinguir los aspectos "reales" de la relación entre el terapeuta y el paciente de los aspectos "transferenciales" de esa relación. Según R. R. Greenson (1967), el desarrollo de una alianza terapéutica depende de la capacidad del paciente y el terapeuta para desarrollar una colaboración real y no distorsionada el uno con el otro, sobre la base de auténticos sentimientos de simpatía, confianza y respeto. Greenson sostuvo que este aspecto de la relación terapéutica existe paralelamente al aspecto distorsionado o transferencial de la relación y que forma la base necesaria para desarrollar la alianza terapéutica.

Aunque la alianza terapéutica figura desde hace bastante tiempo como un concepto importante en la literatura psicoanalítica, sólo a fines de la década de 1970 comenzó a atraer la atención y despertar el interés de teóricos e investigadores de la psicoterapia.

En un influyente artículo, E. S. Bordin (1979) dividió la alianza terapéutica en tres componentes: tareas, vínculos y metas. Bordin plantea que sobre la base de estos componentes se pueden distinguir diferentes psicoterapias, y que la fuerza de la alianza terapéutica depende del grado de acuerdo entre terapeuta y paciente respecto de las metas, las tareas de la terapia y la fuerza del vínculo entre el terapeuta y el paciente.

Las metas de la psicoterapia son los objetivos generales hacia los que se dirige la psicoterapia. Por ejemplo, el psicoanálisis parte de la premisa de que los problemas que llevan a las personas a recurrir a la terapia son función de un núcleo subyacente de sentimientos, actitudes y creencias. El objetivo del psicoanálisis es modificar este núcleo subyacente, más que erradicar los síntomas. La meta de la terapia conductista tradicional, en cambio, tiende a ser la de eliminar los síntomas, antes que la de modificar el núcleo subyacente.

Las tareas de la psicoterapia consisten en las actividades específicas (ya sean manifiestas o implícitas) que se requiere que el paciente realice para beneficiarse del tratamiento. Por ejemplo, el psicoanálisis clásico requiere que el paciente haga asociaciones libres atendiendo al flujo de la experiencia interior y procurando informar sobre ese flujo sin censurarlo. Un ejemplo de una tarea importante en la terapia cognitivo-conductual sería la de llevar a cabo un ejercicio conductual activo entre dos sesiones de terapia.

El vínculo de la alianza terapéutica se refiere a la índole de la relación entre el terapeuta y el paciente. Bordin (1979) sostiene que las diferentes formas de psicoterapia establecen distintas exigencias respecto de la relación. Por ejemplo, el tipo de vínculo necesario para alentar al paciente a llevar a cabo un ejercicio conductual seguramente difiere en calidad (aunque no necesariamente en intensidad) de la clase de vínculo que requiere que el cliente revele material íntimo al terapeuta. El tipo de vínculo necesario para una terapia estratégica tenderá a ser muy distinto del requerido para una terapia centrada en el cliente.

En los últimos años, se han elaborado varios métodos para evaluar la alianza terapéutica (por ejemplo, Luborsky y otros, 1983; Gomes-Schwartz, 1978; Marmar y otros, 1986; Horvath y Greenberg, 1986; Allen y otros, 1984) que tienen razonables propiedades psicométricas y una bue-

na validez predictiva. D. E. Orlinsky y R. I. Howard (1986), en su amplia reseña de las investigaciones que exploran la relación entre las variables del proceso de psicoterapia con sus resultados, estiman que hasta el 80 % de la investigación basada en el valor predictivo de la alianza terapéutica ha arrojado resultados significativamente positivos. También señalan que la perspectiva (terapeuta, paciente o terceros) desde la que se evalúan distintos aspectos de la relación terapéutica determina importantes diferencias. Resulta particularmente llamativa la constatación de que, cuando se las evalúa desde la perspectiva del paciente, ciertas variables como la empatía del terapeuta se relacionan marcadamente con el resultado de la terapia, mientras que esa relación aparece como mucho menor cuando son evaluadas desde la perspectiva del terapeuta o de un tercero. Por el contrario, la investigación demuestra que otras variables, como la calidez del paciente y su dedicación al proceso terapéutico, y la afirmación mutua o recíproca entre paciente y terapeuta, son fuertemente predictivas del resultado aun cuando las evalúa una tercera parte.

Estos datos indican que mientras que la calidad de la interacción terapéutica y los aspectos de la conducta del paciente que inciden en el resultado aparecen visibles para terceros, es el paciente quien ve las cualidades importantes del terapeuta. Por consiguiente, el factor crucial para determinar si la terapia será o no eficaz es la percepción que tiene el paciente del significado de la conducta del terapeuta.

#### LA COMPETENCIA DEL TERAPEUTA

En contraste con la imposibilidad de demostrar que alguna forma de psicoterapia sea superior a otras, están comenzando a aparecer resultados empíricos que indican que ciertos psicoterapeutas son regularmente más eficaces que otros (Ricks, 1974; Piper y otros, 1984). Luborsky y colaboradores (1986) reanalizaron los datos procedentes de cuatro importantes estudios de psicoterapia para evaluar el efecto de la variable correspondiente al terapeuta en el resultado de la terapia. Encontraron que en estos estudios la dimensión de los efectos del terapeuta eclipsaba cualquier diferencia debida a los efectos del tratamiento.

Aunque casi no se han realizado otras investigaciones para evaluar el rol de los efectos del terapeuta, los resultados de este trabajo concuerdan con las pruebas surgidas de investigaciones anteriores, que demuestran que la personalidad del terapeuta puede contribuir en gran medida al cambio, y que los terapeutas de los que se ha establecido que tienen una personalidad más sana, tanto según mediciones objetivas como por juicios de sus pares, obtienen mejores resultados terapéuticos que el resto (Beutler, Crago y Arrizmendi, 1986).

Estas pruebas pueden llevar a algunos a la conclusión de que si la personalidad es más importante que la técnica, la investigación dirigida a desarrollar nuevas técnicas, o a tratar de comprender los mecanismos a través de los que opera la psicoterapia, es del todo inútil. Hasta se podría llegar a la conclusión aún más pesimista de que las personas que tienen las personalidades apropiadas presumiblemente pueden ser tan eficaces como cualquier psicoterapeuta profesional.

Estas posturas reflejan el supuesto de que las técnicas terapéuticas y la persona que las aplica pueden tratarse como entidades independientes. Según argumentan Butler y Strupp (1986), sin embargo, es más válido conceptualizar las técnicas terapéuticas y la persona que las aplica como partes inseparables de una totalidad orgánica.

Un interesante estudio realizado por Luborsky y colaboradores (1985) es particularmente pertinente a este respecto. En este estudio se compararon la terapia cognitiva acompañada de prescripción de fármacos, la terapia psicodinámica acompañada de prescripción de fármacos y la prescripción de fármacos sola como tratamientos para la drogadicción. Aunque se encontró que los tres tratamientos eran igualmente eficaces, surgieron significativas diferencias respecto de la eficacia de los distintos terapeutas. La variable más significativa que distinguía a los terapeutas que obtenían buenos resultados de los que no los obtenían era la capacidad para formar una buena alianza terapéutica con los pacientes. En esto, a su vez, incidían ciertas cualidades del terapeuta, como la estabilidad personal y el interés en ayudar. Estas constataciones indican la inseparabilidad de la técnica utilizada, las cualidades personales del terapeuta y la relación terapéutica.

Aunque la calidad de la alianza terapéutica evaluada en el inicio de

la terapia sirve para predecir el resultado, las alianzas terapéuticas insatisfactorias no son irreversibles. Por ejemplo, Luborsky y sus colegas (1983) comprobaron que las señales positivas iniciales en la alianza terapéutica tienen una considerable permanencia desde las primeras a las últimas sesiones y son buenos factores de predicción del resultado, pero las señales iniciales negativas de la alianza no siempre implican una predicción negativa del resultado. Estos autores sugieren, por lo tanto, que las pruebas referentes a la presencia de señales positivas y negativas de la alianza terapéutica son equiparables a las observaciones sobre las relaciones amorosas: "sí" quiere decir "sí", pero "no" significa "tal vez".

Como la calidad de la alianza terapéutica parece ser tan importante para el resultado de la terapia, es útil tener alguna idea de los factores que pueden sustentar o mejorar las alianzas terapéuticas. Strupp (1980), en su profundo análisis de los datos procedentes del Estudio Vanderbilt I, constató que una característica fundamental de los casos de malos resultados era la tendencia de los terapeutas a responder con hostilidad al negativismo y la hostilidad del paciente.

S. A. Foreman y C. R. Marmar (1985) estudiaron a seis pacientes de los que tras la segunda sesión de terapia psicodinámica de tiempo limitado se evaluó que habían establecido malas alianzas terapéuticas. De los seis, tres mostraron una mejoría en la alianza y un buen resultado para cuando finalizó el tratamiento, mientras que los otros tres siguieron con malas alianzas durante toda la terapia y obtuvieron un resultado insatisfactorio. Las acciones de parte del terapeuta que más contribuyeron a determinar la diferencia entre ambos grupos fueron: tratar las defensas del paciente; tratar los sentimientos de culpa y las expectativas de castigo en el paciente; tratar los sentimientos problemáticos del paciente con respecto al terapeuta, y relacionarlos con las defensas del paciente.

Si bien estos dos estudios son preliminares, ambos señalan algunos factores potencialmente responsables del mantenimiento de malas alianzas terapéuticas, así como otros factores que pueden contribuir a mejorarlas. Dada la aparente trascendencia de la alianza para el proceso terapéutico, parece importante que todo enfoque adecuado de la terapia profundice en este tema.

#### LAS IMPLICACIONES PARA LA TERAPIA COGNITIVA

Los avances, tanto teóricos como empíricos, en el campo de la psicoterapia apuntan cada vez más al rol fundamental de la relación terapéutica en el proceso de cambio, y los terapeutas cognitivos comienzan a prestar mayor atención al papel que tiene en el tratamiento. Sin embargo, falta una investigación sistemática tanto como un desarrollo teórico del tema.

Hay pocos estudios empíricos dirigidos a examinar la alianza terapéutica como posible factor de predicción de la eficacia del tratamiento en la terapia cognitiva, y en la literatura cognitivo-conductual se ha tendido a presentar la relación paciente/terapeuta y los procedimientos específicos de terapia como componentes independientes, teóricamente separables, del tratamiento. J. B. Persons y D. D. Burns (1985), por ejemplo, sostienen que "A diferencia de lo que sucede en la mayoría de las demás psicoterapias, el carácter o la calidad de la relación paciente/terapeuta en la terapia cognitiva se ve como un factor importante pero no fundamental para el tratamiento ni para su resultado (Beck, Ruch y otros, 1979). Se parte de la hipótesis de que el ingrediente activo del tratamiento y el mecanismo que da pie al cambio de estado de ánimo es la disminución de la creencia del paciente en sus pensamientos automáticos, y los esfuerzos del terapeuta, en consecuencia, se dirigen primordialmente a lograr ese objetivo. Una buena relación terapéutica se considera necesaria pero no suficiente para la eficacia de la terapia cognitiva" (p. 540). Los autores llegan a la conclusión de que la relación y los factores técnicos tienen papeles aditivos e independientes en el proceso de cambio.

Como antes planteamos, sin embargo, tal vez sea posible separar empíricamente los factores técnicos y los concernientes a la relación, pero no tiene sentido separarlos en la teoría. Según indica la bibliografía reseñada en este capítulo, la alianza terapéutica no es una entidad estática e inmutable, sino un aspecto fluctuante y dinámico de la relación terapéutica, en el que incide continuamente la *percepción* por parte del paciente del significado de los actos del terapeuta.

Al parecer, por lo tanto, toda intervención "técnica" que efectúe el terapeuta inevitablemente repercutirá en la alianza terapéutica. Y a la

inversa, toda intervención de las que suelen llamarse "reforzadoras de la relación" es, en realidad, una intervención técnica que moldea la percepción que tiene el paciente del significado de los actos del terapeuta, por lo que suministra información relevante sobre sus creencias respecto de otras personas. Si podemos empezar a considerar las "intervenciones concernientes a la relación" desde esta perspectiva cognitiva, surgirá la posibilidad de desarrollar una comprensión profunda de los factores que promueven o retardan el desarrollo de la alianza terapéutica.

Dado que el objeto explícito de la terapia cognitiva es comprender y modificar percepciones, ciertamente no hay ninguna razón, en teoría, para que los terapeutas cognitivos eludan investigar la relación entre las percepciones del paciente y la alianza terapéutica. Pero a tal efecto es necesario comprender el modo característico que tiene el paciente de interpretar los hechos, identificando tanto los patrones interpersonales y específicos con que tiende a asociarse este estilo interpretativo como los hechos que tienen lugar en la interacción terapéutica.

Un ejemplo interesante de esta clase de planteamiento puede encontrarse en un artículo de A. Ryle (1979), que se refiere a los "dilemas, obstáculos y trampas" que constituyen diferentes tipos de *impasse* en la psicoterapia. Ryle define las trampas como el resultado de relacionarse con los demás al estilo "o bien... o..." y "si..., entonces...". Un ejemplo de la actitud de relacionarse con el terapeuta al estilo "o bien... o..." es el caso del paciente que parece plantearse la opción de ser o bien indebidamente complaciente con los demás, o intempestivamente irascible y agresivo. Esta clase de dilema "o bien... o..." puede surgir cuando un paciente al principio se muestra indebidamente complaciente hacia los demás, pero luego comienza a sentirse agraviado e invadido, y como consecuencia se torna irritable y colérico. Esta reacción le lleva a sentirse culpable y, en respuesta a este sentimiento de culpa, a volverse excesivamente complaciente. Como el paciente sólo cuenta con las alternativas de ser indebidamente complaciente o intempestivamente irascible, no puede escapar del círculo vicioso, lo que crea entonces un obstáculo para la terapia: el paciente no tiene la opción de formar con el terapeuta la clase de relación de roles que conduciría al cambio. Este ejemplo mues-

tra cómo los problemas que aparecen en la relación terapéutica pueden estar vinculados con las creencias fundamentales del paciente acerca de las relaciones interpersonales, y pone de relieve el vínculo integral entre la modificación de dichas creencias y la resolución del *impasse* en la relación terapéutica.

Un enfoque semejante se encuentra en los trabajos de Horowitz (1979) y Horowitz y Marmar (1985), que introducen el concepto de los modelos de relación de roles como un medio de analizar factores para determinar si se puede establecer una adecuada relación terapéutica. Según Horowitz y Marmar (1985): "Cualquier paciente puede ser descrito en función de modelos variados de relación de roles que él puede utilizar para organizar sus expectativas e intenciones a medida que surgen en la psicoterapia" (p. 575). Ciertas clases de modelos de relación de roles facilitan el desarrollo de la alianza terapéutica; otros son problemáticos.

Siguiendo la línea de Ryle (1979), Horowitz y Marmar (1985) enumeran algunos dilemas que surgen recurrentemente como obstáculos que se oponen al logro del modelo de relación de roles apropiado. Tres ejemplos de esto son: 1) los pacientes que tienen temores respecto de su propia experiencia interior, pero perciben como una intrusión o una invasión a su privacidad cualquier intento del terapeuta de estructurar la comunicación de esa experiencia; 2) los pacientes tan deprimidos o desmoralizados que su aportación a la terapia es poco provechosa, pero que perciben todo intento del terapeuta de afrontar esta actitud como señal de que éste es indiferente o bien ingenuamente optimista respecto de su capacidad de cambiar, y 3) los pacientes que tienden al *acting-out* y se muestran más rebeldes cuando el terapeuta aborda este patrón de conducta, porque toman como críticas sus comentarios.

Mientras que Ryle (1979) tiende a especificar cada alternativa del dilema desde el punto de vista del paciente, Horowitz y Marmar (1985) procuran especificar patrones habituales de la interacción terapeuta/paciente que pueden provocar una *impasse* en la terapia. Ambos enfoques son potencialmente útiles. Al parecer, sin embargo, una comprensión plena de los patrones de *impasse* típicos en la interacción terapeuta/paciente implicaría tanto la comprensión de los patrones inter-

personales como de los estilos interpretativos característicos que conducen a esos patrones.

Los tipos específicos de patrones de *impasse* en la interacción paciente/terapeuta que describen Horowitz y Marmar (1985) pueden considerarse resultados de la interacción entre tipos de interpretación por parte del paciente y los requerimientos de la situación psicoterapéutica, o lo que L. N. Rice y L. S. Greenberg (1984) denominan el "ámbito de tareas" específico de la terapia. Un ámbito de tareas que afronta las distorsiones cognitivas del paciente interactuará de un modo específico y predecible con pacientes que perciben a otras personas significativas como críticas o descalificadoras. Por ejemplo, el ámbito de tareas que consiste en ayudar a un paciente a experimentar afectos reprimidos puede interactuar, específica y predeciblemente, con aquellos pacientes que perciben como intrusivas a otras personas significativas o que creen que sus propios sentimientos e ideas son demasiado caóticos y potencialmente destructivos para las relaciones interpersonales.

El énfasis de la terapia cognitiva en la comprensión de la fenomenología actual del paciente es en cierto modo apropiada para dilucidar la índole de esos dilemas terapéuticos. Pero para seguir esta línea de investigación necesitamos comprender mejor cómo interactúan los factores cognitivos e interpersonales. ¿Qué relación hay entre estilos característicos de interpretación cognitiva y patrones interpersonales redundantes que tienden a surgir tanto en la vida cotidiana como en la relación terapéutica? ¿Cómo puede el terapeuta utilizar esta clase de conocimiento para facilitar el desarrollo de la alianza terapéutica? Estos son los interrogantes que debería plantearse una perspectiva integrada cognitivo-interpersonal, interrogantes que exploraremos en los capítulos siguientes.

Analizando los problemas de la relación terapéutica a través de la interacción entre estilo interpretativo típico del paciente y la conducta del terapeuta, surge la posibilidad de desarrollar el concepto de la alianza terapéutica (Safran, 1990a; 1990b; Safran, Crocker y otros, en prensa), abriendo así la posibilidad de suministrar nuevas ideas para facilitar la alianza y resolver las *impasses* en la relación terapéutica que impiden el tratamiento.

#### EL ROL DEL TERAPEUTA EN LA INTERACCION TERAPEUTICA

Aunque en los materiales escritos de la terapia cognitiva se ha subrayado cada vez más la importancia de los factores correspondientes a la relación, se ha prestado poca atención al papel de los sentimientos, los pensamientos y las reacciones del terapeuta. Hay una tendencia a dar por sentado que los terapeutas pondrán en práctica —óptimamente— cualquier intervención que sea apropiada sin que sus sentimientos interfieran en absoluto. Tal vez se presupone, como sugiere Wilson (1984), que los terapeutas aprenden a manejar terapéuticamente sus propios sentimientos y reacciones a través de sus propias experiencias personales, o que la supervisión clínica les enseña a controlarlos. Dada la importancia de esta variable, sin embargo, resulta peligroso hacer tales suposiciones.

Las tradiciones en las que los sentimientos del terapeuta se consideran fuentes importantes de información útil para comprender al paciente, como algunos de los enfoques psicodinámicos e interpersonales, prestan suma atención a esta variable. Strupp (1980) señaló la dificultad de utilizar los sentimientos negativos de los terapeutas de modo que puedan contribuir a la interacción terapéutica en lugar de obstruirla. Tras comparar el curso de la terapia en casos de pacientes de ingresos elevados y pacientes de ingresos bajos en el Proyecto de Psicoterapia Vanderbilt, Strupp efectuó las siguientes observaciones:

por consiguiente, los principales impedimentos a la formación de una buena alianza terapéutica son no sólo las distorsiones caracterológicas y las defensas inadaptadas del paciente sino también —y con al menos igual importancia— las reacciones personales del terapeuta [...]; tradicionalmente, estas reacciones se han considerado bajo el título de contratransferencia.

Se está haciendo cada vez más evidente, sin embargo, que esta concepción es demasiado estrecha. El hecho concreto es que ningún terapeuta —en realidad, ningún ser humano— puede permanecer inmune a sus reacciones negativas (coléricas) frente a la ira suprimida y reprimida que normalmente se encuentra en pacientes con trastornos entre moderados y graves. Tan pronto como uno entra en el mundo interior de este tipo de

persona a través de una relación terapéutica, se encuentra frente a la ineludible necesidad de lidiar con sus propia reacción ante la tendencia del paciente a asociar sus dificultades con el terapeuta a través de la transferencia. En el Proyecto Vanderbilt, los terapeutas —incluso los muy experimentados y los que habían realizado un análisis personal— tendían a responder a esos pacientes con una hostilidad que a menudo se manifestaba como frialdad, distanciamiento y otras formas de rechazo. De más está decir que para el paciente esas respuestas eran profecías autorrealizativas y llevaban a una disolución de la relación terapéutica, a la terminación prematura de la terapia y a un resultado insatisfactorio. En nuestro estudio, no encontramos ni un solo caso en el que la hostilidad y el negativismo de un paciente difícil fueran abordados de forma satisfactoria o resueltos. Hay que reconocer que esto podría deberse a ciertas peculiaridades de la muestra de terapeutas que tomamos y a la brevedad de la terapia; no obstante, otra posibilidad más factible es que las respuestas negativas de los terapeutas a los pacientes difíciles sean mucho más comunes y mucho más tenaces de lo que suele reconocerse (pág. 953).

Aunque Strupp efectuó estas observaciones en el contexto de la terapia psicodinámica, no hay ninguna razón para suponer que los terapeutas cognitivos sean más inmunes a las reacciones y sentimientos contraterapéuticos que sus colegas psicoanalistas. Ya sea que la terapia se centre o no en la relación terapéutica, parece indispensable tener una perspectiva teórica integrada que 1) explique el papel que cumplen los sentimientos y las reacciones del terapeuta en el sistema interpersonal creado por el terapeuta y el paciente y 2) formule con claridad prescripciones técnicas para usar los sentimientos y reacciones del terapeuta al servicio de la terapia, en lugar de permitir que se conviertan en obstáculos para la terapia. La incorporación de esta perspectiva a un marco teórico integrador nos permitiría analizar la alianza terapéutica como una función de transacción continuada tanto en el nivel cognitivo como en el interpersonal. Este marco para la comprensión de los procesos de terapia debe formularse en el contexto de una perspectiva aún más amplia: la comprensión de la relación entre los procesos cognitivos e interpersonales en el desarrollo humano y en el funcionamiento cotidiano.

## Capítulo 4

### UN MODELO TEORICO PARA LA INTEGRACION

#### EL PROCESO COGNITIVO Y EL PROCESO INTERPERSONAL

Desde fines de la década de 1960, la mayor atención prestada al rol de la cognición en la etiología y el tratamiento de trastornos emocionales ha promovido una prodigiosa labor de investigación, que se refleja en una abundante literatura sobre los procesos cognitivos. Esta literatura, si bien es testimonio de la popularidad del modelo cognitivo entre los investigadores en psicopatología, también ha provocado algunas controversias (Segal y Shaw, 1986a; 1986b).

Un debate que se ha intensificado en los últimos años se refiere a la importancia relativa de los procesos cognitivo e interpersonal en la etiología y el tratamiento de trastornos emocionales. Gran parte de esta controversia ha girado en torno del modelo cognitivo de la depresión y tiene implicaciones de amplio alcance. Una de las críticas que con más insistencia se ha efectuado a los modelos cognitivos de la depresión es que los terapeutas cognitivos no prestan suficiente atención a las dificultades ambientales con que se enfrentan las personas deprimidas, y por eso no comprenden la razón por la cual sus esfuerzos por controlar los factores de estrés suelen ser improductivos (Coyne y Gotlib, 1983; 1986; Krantz, 1985). Estos autores también se refieren a la literatura sobre los factores sociales en la depresión, en la que se sugiere que hay una relación entre los aspectos interpersonales y el mantenimiento del trastorno o la eventual recuperación del paciente (Brown y Harris, 1978; Weissman y Paykel, 1974). La investigación ha demostrado, por ejemplo, que la falta de

una relación de confianza con el cónyuge contribuye a la vulnerabilidad del paciente a la depresión (Brown y Harris, 1978) y que las críticas coléricas por parte del cónyuge (Hooley, Orley y Teasdale, 1986), así como un aumento en la frecuencia de las peleas matrimoniales, suelen preceder el comienzo de un episodio depresivo (Weissman y Paykel, 1974).

Los estudios en que se examinaron tanto la conducta de personas deprimidas que mantenían una interacción social como las respuestas que obtenían de otros, corroboraron la idea de que las personas deprimidas manifiestan un estilo interpersonal marcadamente distinto del de las personas no deprimidas. I. H. Gotlib y R. F. Asamow (1979) constataron que los individuos deprimidos eran menos competentes para resolver problemas interpersonales. En sus conversaciones con otras personas, estos individuos suelen centrarse en sí mismos y hablar en tonos negativos con el objeto de transmitir su falta de autoestima, su pesar y su desaliento (Biglan y otros, 1985).

El funcionamiento matrimonial de las personas deprimidas también ha sido objeto de estudio. En una muestra de veinte individuos deprimidos que interactuaban con sus cónyuges y con desconocidos del sexo opuesto, M. Hinchcliffe, D. Hooper y F. J. Roberts (1978) comprobaron que en comparación con las interacciones de los sujetos de control (pacientes quirúrgicos no deprimidos), las parejas con un cónyuge deprimido mostraban más conflictos, tensión y expresiones negativas. M. Hautzinger, M. Linden y N. Hoffman (1982) obtuvieron similares resultados en su estudio de veintiséis parejas en terapia matrimonial. Entre las trece parejas en las que uno de los cónyuges estaba deprimido, los patrones de comunicación estaban más perturbados que en las parejas sin ningún cónyuge deprimido.

La hostilidad es también un factor frecuente en esos patrones de interacción. H. Arkowitz, S. Holliday y M. Hutter (1982) constataron que tras las interacciones con sus esposas, los maridos de mujeres deprimidas informaban sentirse más hostiles que los maridos de los sujetos de control psiquiátricos y no psiquiátricos. J. Kahn, J. C. Coyne y G. Margolin (1985) también informaron que tras las interacciones matrimoniales, las parejas con un cónyuge deprimido estaban más tristes e irascibles, y cada

cónyuge percibía al otro como más negativo, hostil y desapegado que las parejas no deprimidas.

La convivencia con una persona deprimida puede afectar al cónyuge. Coyne y sus colegas (1987) comprobaron que hasta el 40 por ciento de los individuos encuestados que vivían con una persona deprimida estaban lo bastante perturbados como para satisfacer los criterios de derivación para una intervención terapéutica. Estos investigadores señalan que la depresión clínica a menudo es indicativa de la presencia de un contexto interpersonal con disfunciones más generales y que lo que los terapeutas cognitivos identifican como distorsiones en el pensamiento se podría conceptualizar más apropiadamente como rasgos del intercambio de los pacientes deprimidos con los ambientes en los que viven. Sus cogniciones podrían ser negativas debido a que son reflejos de realidades interpersonales. El riesgo sería pues que una inexactitud en el modelo cognitivo de la depresión —el supuesto de que los individuos depresivos distorsionan negativamente la realidad— dé lugar a un abuso clínico en el que los terapeutas cuestionan o intervienen en las percepciones que presentan los pacientes en lugar de tratar de descubrir si las circunstancias en las que viven los pacientes son la causa de esas interpretaciones.

Coyne y Gotlib (1986) proponen que se abandone el modelo cognitivo de los procesos depresivos a favor de la descripción de las circunstancias presentes en la vida de las personas deprimidas, o bien que se descarte la terapia cognitiva en favor de los enfoques sistémicos. En nuestra opinión, esta solución equivale a sustituir un desequilibrio teórico por otro. Otros autores (por ejemplo, Bedrosian 1981; Gotlib y Colby, 1987; Krantz, 1985; Meddin, 1982) han propuesto que se combinen técnicas del enfoque cognitivo y del sistémico o interpersonal. Pero esta solución tiene el problema de que puede conducir a un eclecticismo mal documentado, antes que a una perspectiva teórica genuinamente integradora.

El debate en torno de la importancia relativa de los factores cognitivos frente a los interpersonales corre parejo con el debate sobre la importancia relativa de los factores específicos frente a los no específicos en el proceso de cambio. Se parte de la base de que el proceso cognitivo y el interpersonal son teóricamente separables. Nosotros sostenemos que los

niveles cognitivo e interpersonal son completamente interdependientes; son las dos caras de la misma moneda. Lo que se requiere es un modelo teórico integrador que clarifique la índole de esta interdependencia. Ese modelo puede servir para mejorar nuestra comprensión del desarrollo de los trastornos emocionales y de la relación entre los factores de cambio específicos y no específicos en la terapia.

#### LA PSICOLOGIA COGNITIVA EXPERIMENTAL

Pese a la creciente popularidad en la teorización de la psicoterapia de la orientación cognitiva, no existe una teoría cognitiva única, uniforme, del desarrollo de la personalidad, la psicopatología y el cambio, sino tan sólo una multitud de conceptos cognitivos diferentes, muchos de los cuales parecen ser independientes y no tener cohesión con el resto (Greenberg y Safran, 1980; 1981).

A efectos de encontrar una base teórica global para su trabajo, los investigadores y teóricos de la terapia cognitiva se están volcando cada vez más en la psicología cognitiva experimental (por ejemplo, Goldfried y Robins, 1983; Hollon y Kriss, 1984; Ingram y Kendall, 1986; Segal, 1988; Williams y otros, 1988). Su expectativa es desarrollar modelos cognitivos de los trastornos emocionales acumulando conclusiones de la investigación empírica y aplicando metodologías rigurosas procedentes de las ciencias cognitivas.

En efecto, es fácil encontrar ejemplos de conceptos derivados de la psicología cognitiva experimental aplicados al análisis de determinados trastornos (por ejemplo, de la ansiedad: Mathews y Macleod, 1985; de la depresión: Segal y otros, 1988; Segal y Vella, en prensa) y utilizados para describir el proceso de cambio en la terapia cognitiva (Ingram y Hollon, 1986; Winfrey y Goldfried, 1986).

Como el entusiasmo de los terapeutas cognitivos por la psicología cognitiva experimental no da señales de declinar, creemos que es importante evaluar algunos de sus puntos fuertes y sus debilidades. En esta sección argumentaremos que pese a sus virtudes como paradigma científico, la psicología cognitiva —en particular el enfoque del procesamien-

to de información— tiene limitaciones como marco teórico amplio para comprender la relación entre los ámbitos cognitivo e interpersonal en el desarrollo humano y el proceso de cambio.

Para encontrar el fundamento de este modelo examinaremos en primer lugar los puntos fuertes y débiles de la teoría cognitiva contemporánea. Luego consideraremos las formas en que podríamos incorporar la teoría y la investigación propias de disciplinas como la psicología del desarrollo, la teoría de la emoción y la teoría del apego a un modelo cognitivo expandido, en el que la cognición, la emoción y la acción se conciben como aspectos integrados de un organismo biológico que se desarrolla y funciona en un contexto interpersonal.

Desde los años 50, cuando los cuestionamientos cognitivos a las más firmemente establecidas tradiciones conductistas ya no pudieron seguir siendo ignorados, ha quedado claro que las simples explicaciones asociacionistas de la conexión entre un estímulo y una respuesta no bastaban en absoluto para dar cuenta de la complejidad y la organización jerárquica de una secuencia ordenada de conductas. Estas explicaciones tampoco brindaban una descripción adecuada de cómo llegan a planearse y organizarse las secuencias conductuales (Gardner, 1985). La alternativa que propusieron los científicos cognitivos fue desarrollar modelos del pensamiento humano que les permitieran analizar el proceso por el cual los estímulos se convierten en conducta y realizar investigaciones de base empírica, evitando así los escollos con que tropezaron los introspeccionistas en anteriores intentos de abordar estos mismos problemas.

Un punto clave de las ciencias cognitivas, según Howard Gardner (1985), es la importancia atribuida a la representación mental como concepto explicativo: los aspectos ambientales son codificados y manipulados en la imaginación y luego se actúa a partir del resultado de estas operaciones. Otros dos puntos son la referencia a la computadora como metáfora para comprender y realizar modelos de procesos cognitivos, y el enfoque interdisciplinario, que toma información de la filosofía, la lingüística, la antropología, la neurociencia, la inteligencia artificial y la psicología.

Según R. Lachman y J. Lachman (1986), los enfoques de la psicología clínica basados en el procesamiento de información se originan en

dos aspectos destacados de la tradición de la ciencia cognitiva. El primero es el enfoque formalista, que está estrechamente ligado a los estudios de la inteligencia artificial y privilegia el desarrollo detallado de simulaciones por computadora de los procesos mentales. Este trabajo apunta a un desarrollo teórico que abarca tanto la psicología cognitiva como la inteligencia artificial, y a menudo se basa en simulaciones o modelos de procesos estudiados a través de programas de computadoras.

El segundo aspecto es el enfoque neofuncionalista, que puede describirse como una serie de programas de investigación sistemática dirigidos a explicar la microorganización que subyace a determinadas tareas cognitivas. El interés, en este caso, radica en descubrir qué variables influyen en el funcionamiento cognitivo y tratar de construir modelos matemáticos apropiados para transmitir los detalles de dicho funcionamiento. Dentro de esta tradición, los paradigmas clásicos incluyen el uso de informes verbales sobre estados de imaginación, el análisis del proceso de decisión y el empleo de procedimientos establecidos de medición de la memoria. Este enfoque, en particular, hace hincapié en el uso de estudios de laboratorio del funcionamiento humano, por lo que ha contribuido al creciente empleo de estas tareas y procedimientos en el estudio de problemas clínicos.

Los enfoques basados en el procesamiento de información han provocado una revolución en las ciencias de la información. La psicología también se ha beneficiado con ellos a través del análisis detallado de determinadas actividades cognitivas específicas y la consiguiente construcción de modelos de dichas actividades por medio de programas y procedimientos verificables, que han sido aclamados como un paso adelante en relación con las anteriores explicaciones introspeccionistas de fenómenos como las imágenes mentales, los planes cognitivos y la memoria reconstructiva. Un beneficio adicional es que la aplicación científica de los métodos de la ciencia cognitiva a ciertos problemas puede suministrar una guía para su eventual solución, un "camino" que podrán seguir otros experimentadores para establecer su validez.

Tomando como ejemplo el fenómeno del procesamiento de información fuera de la percepción consciente, Maichembaum y Gilmore (1984) señalan que aunque las conclusiones de la ciencia cognitiva muestran

una creciente convergencia hacia ciertos conceptos mentalistas anteriores, como el del inconsciente, es importante que a estas conclusiones se llegue por la vía de la investigación experimental rigurosa. El enfoque cognitivo y otros enfoques terapéuticos pueden sacar provecho de la precisión y el rigor de los métodos de la ciencia cognitiva, porque estos métodos pueden utilizarse para evaluar importantes concepciones teóricas, y además suministran un medio para reformular productivamente aquellos conceptos que carecen de un fundamento adecuado. Como es comprensible, la aplicación de estos instrumentos a la investigación de fenómenos clínicos resulta muy atractiva para quienes buscan plantear científicamente el estudio de la psicoterapia.

#### LOS PROBLEMAS DEL ENFOQUE BASADO EN EL PROCESAMIENTO DE INFORMACION

El enfoque basado en el procesamiento de información sin duda tiene aspectos muy positivos, pero como ha planteado U. Neisser (1976; 1980; 1982), también tiene importantes limitaciones que deben ser tenidas en cuenta al evaluar sus contribuciones potenciales. Neisser señala que debido a que las tareas acotadas de laboratorio que comúnmente se emplean en la investigación de procesamiento de información carecen de validez ecológica, muchas veces los resultados no pueden generalizarse a situaciones del mundo real.

Neisser (1982) sostiene que esta falta de validez ecológica limita en última instancia el valor de la teoría cognitiva. Citando como ejemplo el problema de la investigación sobre la memoria, argumenta: "Los resultados de 100 años de estudio psicológico de la memoria son bastante desalentadores. Hemos establecido generalizaciones empíricas firmes, pero en su mayoría son tan obvias que cualquier niño de diez años las sabe de todos modos. Hemos realizado descubrimientos, pero sólo conciernen de forma marginal a la memoria; y en muchos casos no sabemos qué hacer con ellos, y los desgastamos con interminables variaciones experimentales. Tenemos un conjunto de teorías intelectualmente impresionante, pero la historia no nos da mucha confianza en que esas

teorías nos hayan de suministrar una comprensión significativa de la conducta natural" (p. 11-12).

La crítica de Neisser es en parte una objeción metodológica que, en teoría, deberíamos poder solucionar diseñando tareas experimentales que sean más ecológicamente válidas (por ejemplo, interactuar con personas en lugar de reaccionar a un estímulo escrito). Pero la crítica sobre la validez ecológica se extiende más allá de este aspecto metodológico y abarca un problema más fundamental.

La metáfora de la computadora dio forma al enfoque basado en el procesamiento de información y proporcionó un modo de concebir los procesos psicológicos humanos que contribuía a liberar a los psicólogos experimentales del ceppo del conductismo radical, haciendo accesibles a efectos experimentales los procesos psicológicos no observables. Las analogías como ésta son de enorme importancia en la investigación científica, porque abren vías para considerar procesos que no se comprenden claramente y brindan a los psicólogos experimentales una guía para plantearse problemas de investigación y desarrollar teorías. Pero como toda analogía, la metáfora de la computadora tiene limitaciones. Si bien existen algunas similitudes entre las computadoras y los procesos psicológicos humanos, hay también importantes diferencias.

Los críticos del enfoque basado en el procesamiento de información plantean que en este paradigma hay una tendencia a concebir a los seres humanos como máquinas descarnadas que no sienten ni actúan. Estos críticos cuestionan que sea posible comprender cómo funciona la cognición fuera del contexto de la acción y la emoción (Safran y Greenberg, 1986; 1987).

Citando a R. Shaw y J. Bransford (1977), al utilizar la analogía entre la persona y la computadora los psicólogos cognitivos "tendemos a olvidar que los seres humanos y los animales son criaturas activas e investigadoras, impulsadas por intenciones definidas a través de ámbitos complejos y cambiantes que están llenos de significado en una diversidad de niveles de análisis. Así, no tenemos ningún reparo teórico en comparar ciegamente a esos seres activos, buscadores de conocimiento, con máquinas inconscientes y estáticas que carecen de motivación natural. A diferencia de los seres humanos y los animales, que

exploran perceptualmente el mundo en busca de información basados en su necesidad de saber, los sistemas artificiales pueden absorber información pasivamente si se los alimenta con una cantidad de caracteres alfanuméricos que han sido predigeridos conceptualmente por programadores humanos...; en un modelo tan estéril del hombre, la percepción se convierte en un proceso pasivo y el saber en un proceso carente de propósito, mientras que la acción (es decir, la conducta guiada por un propósito) es inexistente" (p. 3).

Las computadoras realizan diversas actividades porque están programadas para procesar información de ese modo. En las computadoras, las cuestiones motivacionales no son relevantes. En los seres humanos, son fundamentales. Por qué las personas hacen ciertas cosas y actúan de cierto modo son interrogantes de primordial significación en la vida cotidiana y ciertamente en la psicoterapia. El enfoque basado en el procesamiento de información, al estar influido por la metáfora de la computadora, nunca tuvo por objeto abordar cuestiones referentes a la motivación.

Neisser (1967) reconoció esto en su importantísimo trabajo sobre la psicología cognitiva al observar: "Aunque la psicología cognitiva se interesa en toda la actividad humana y no sólo en una parte de ella, este interés se manifiesta desde un punto de vista particular. Hay otros puntos de vista igualmente legítimos y necesarios. Uno de ellos es el de la psicología dinámica, que parte de los motivos antes que del *input* sensorial. En lugar de preguntarse de qué modo las acciones y experiencias de un hombre son consecuencia de lo que vio, recordó o creyó, el psicólogo dinámico se pregunta cómo se derivaron de las metas, las necesidades o los instintos de ese individuo. Ambas preguntas se pueden hacer respecto de cualquier actividad, sea normal o anormal, espontánea o inducida, manifiesta o encubierta, real o soñada" (p. 4).

Así, desde un principio existió un claro reconocimiento de que la teoría del procesamiento de información no podía brindar una perspectiva global del funcionamiento humano. Si bien el desarrollo inicial de la terapia cognitiva fue en gran medida independiente de la psicología cognitiva, este descuido de las cuestiones motivacionales también ha sido y sigue siendo característico de la teoría de la terapia cognitiva, en tanto

los terapeutas cognitivos recurren a la psicología cognitiva en busca de un marco metateórico integrador.

#### EL CONCEPTO DE LA MOTIVACION

Aunque en la teoría cognitivo-conductual los conceptos motivacionales son sistemáticamente pasados por alto, hay muy pocos trabajos en la bibliografía cognitivo-conductual que expliciten las razones de tal omisión. Además, un factor importante que complica cualquier tratamiento del concepto de motivación es la confusión existente en cuanto a lo que significa.

Si bien un análisis detallado del concepto de motivación escapa a los propósitos del presente trabajo (pero véase el excelente análisis filosófico de Peters, 1960), parece útil distinguir entre dos usos diferentes del término que a menudo se confunden en la práctica. El primer contexto en el que se aplica el concepto de motivación surge cuando las acciones específicas de un individuo son evaluadas porque no se cumplen las expectativas convencionales (Peters, 1960).

Para citar el ejemplo de Peters, cuando se formula la pregunta: "¿Por qué cruzó Jones la calle?", una respuesta satisfactoria podría ser: "Para comprar cigarrillos". Por otra parte, "Para comprar cigarrillos" sería una respuesta anómala a la pregunta: "¿Por qué se arrastró Jones a través de la calle?". En la segunda situación, por lo tanto, a menos que Jones pudiera ofrecer una respuesta coherente con un modelo de hombre que sigue reglas y tiene propósitos, sería razonable indagar acerca de sus verdaderos motivos. Por consiguiente, el primer contexto en el que se plantea el concepto de la motivación aparece cuando la conducta de una persona diverge de las expectativas convencionales y las razones ofrecidas para explicar esa divergencia no son convincentes.

En psicoterapia, por ejemplo, muchas veces se hacen preguntas motivacionales cuando los pacientes llegan tarde a una sesión y no ofrecen una razón de su tardanza que tenga sentido en función de un modelo de conducta racional, guiado por un propósito. El terapeuta, entonces, puede ponerse a especular sobre las motivaciones del paciente. Es posi-

ble que los teóricos cognitivo-conductuales prefieran no tratar el tema de la motivación debido a un comprensible deseo de tomar al pie de la letra las explicaciones de los pacientes y a una justificable reticencia a hacer conjeturas respecto de sus "verdaderos" motivos.

Pero el concepto de la motivación también se utiliza para suministrar un modelo explicativo general de la acción humana. En este segundo contexto, las preguntas son: ¿Qué factores son responsables de la organización de la conducta humana? ¿Cuáles son las diversas fuerzas, metas y necesidades que moldean la organización de la conducta humana? Este segundo contexto a menudo interactúa con el primero. Cuando la conducta de un individuo diverge de las normas convencionales y la explicación brindada no nos resulta satisfactoria en función de un modelo racional, acorde con las reglas, recurrimos a una teoría general de la motivación para buscar respuesta a la pregunta.

#### TEORIA DEL PROCESAMIENTO DE INFORMACION Y METAPSICOLOGIA DE LA PULSION

A diferencia de lo que sucede en la teoría cognitiva tradicional, las cuestiones motivacionales ocupan un lugar central en la teoría psicoanalítica clásica. En este caso, la teoría motivacional es la metapsicología de la pulsión. Otra razón por la que los teóricos conductistas y cognitivo-conductuales evitan la teorización motivacional es que no aceptan aspectos de la metapsicología de la pulsión tales como el modelo psicosexual de Freud, la teoría de la sexualidad infantil y la hipótesis del papel que tienen los impulsos sexuales y agresivos inconscientes en la conducta humana. Por otra parte, las críticas a la metapsicología del impulso formuladas desde dentro de la comunidad psicoanalítica, como las tensiones entre defensores y críticos de la metapsicología de la pulsión, han constituido una dialéctica creativa fundamental dentro del desarrollo de la teoría psicoanalítica.

Puede ser instructivo, por consiguiente, examinar la función que inicialmente estaba destinada a cumplir la metapsicología de la pulsión dentro de la propuesta teórica de Freud, y observar los problemas que

plantea. La teoría de la pulsión y el modelo de la energía psíquica de Freud fueron elaborados para explicar el modo en que interactúan factores psicológicos y biológicos en la estructuración de la acción humana.

Como expresan Greenberg y Mitchell (1983): "La investigación de Freud le condujo a lo que él consideraba las 'profundidades' de la experiencia humana, los impulsos que eran manifestaciones de la naturaleza biológica del hombre, exigencias generadas por el cuerpo que suministran la energía y determinan las metas de toda la actividad mental" (p. 3). Las ideas de Freud sobre la motivación reflejaban su formación inicial en neurofisiología, y su uso del concepto del instinto era un intento de vincular el psicoanálisis con la biología. Freud, por lo tanto, consideraba todos los aspectos del funcionamiento humano, del desarrollo de la personalidad y de la psicopatología como derivados, o como una función, de la pulsión. Estaba convencido de que nunca podríamos comprender verdaderamente a los seres humanos a menos que los entendiéramos como criaturas biológicas, y de que cualquier psicología que omitiera aprehender este aspecto fundamental del funcionamiento humano sería poco profunda.

Los defensores de la metapsicología de la pulsión temen que abandonarla significaría abandonar una, si no la más importante, de las ideas de Freud: que los seres humanos no son exclusivamente criaturas racionales que siguen reglas, sino organismos biológicos que se rigen por pasiones animales no siempre advertidas por ellos. Su preocupación por el potencial olvido de esta herencia biológica humana en la teorización psicológica está en consonancia con algunas de nuestras críticas al paradigma del procesamiento de información.

Dentro de la comunidad psicoanalítica, sin embargo, algunos críticos han encontrado aspectos problemáticos en la metateoría de la pulsión. En primer lugar, la unidad de análisis, para Freud, era el individuo, y no el individuo en interacción con otros (Eagle, 1984; Greenberg y Mitchell, 1983). Las personas no se contemplaban como animales intrínsecamente sociales. Por el contrario, se consideraba que la sociedad les es impuesta a individuos que ya están completos en sí mismos y que aceptan la protección de la sociedad a costa de renunciar a muchas de sus metas más personales. En este modelo, se puede hablar del individuo fuera de un contexto interpersonal.

Por lo tanto, el origen de toda actividad humana puede remontarse, en última instancia, a las exigencias de una pulsión instintiva biológicamente heredada, cuyo origen no es influido por el contexto social. En este modelo, no hay ningún objeto inherente, ningún vínculo predeterminado en el entorno humano.

Sin embargo, las pruebas empíricas indican que, por el contrario, por naturaleza los seres humanos son interpersonales de forma innata. Los estudios clásicos de H. F. Harlow (1958), por ejemplo, mostraron que el apego de un mono recién nacido a su madre sustituta no es resultante ni derivado de una pulsión instintiva no social (como, por ejemplo, el hambre o la sed). Por el contrario, ese apego parece estar basado en una propensión instintiva a buscar lo que Harlow (1958) llamó el bienestar provocado por el contacto.

Las pruebas suministradas por las investigaciones también indican que los bebés están biológicamente predisuestos a ser sensibles a la información transmitida por otros seres humanos. Por ejemplo, R. Fantz (1963), en una serie de estudios, demostró que los bebés prefieren mirar rostros humanos a mirar otras configuraciones visuales. Otras investigaciones (por ejemplo, Friedlander, 1970) demuestran que los bebés prefieren la voz humana a otros sonidos de igual tono e intensidad, y que su mirada varía según se dirija a rostros humanos animados o a figuras geométricas. Cuando miran rostros humanos, se muestran menos atraídos por elementos o rasgos parciales y contemplan el rostro entero con más fluidez (Donee, 1973). Los bebés también actúan de manera diferente cuando miran nuevos rostros que cuando contemplan figuras inanimadas. Al mirar un nuevo rostro, mueven los brazos y las piernas, abren y cierran manos y pies en forma más suave, más regulada y menos espasmódica (Brazelton, Koslowski y Main, 1974).

Otros datos indican que a los dos o tres días de vida los bebés pueden distinguir e imitar sonrisas, entrecejos fruncidos y expresiones de sorpresa en el rostro de seres humanos (Field y otros, 1982). Las pruebas sugieren, por lo tanto, que los bebés tienen una capacidad incorporada para detectar y distinguir rasgos faciales y expresiones faciales asociadas a diferentes emociones.

Por último, la investigación de la intersubjetividad, que se puede

definir como un "intento deliberado de compartir experiencias relativas a hechos y cosas" (Trevarthan y Hubley, 1978), indica que los bebés intentan y pueden compartir con otros una variedad de experiencias subjetivas antes de adquirir competencia verbal. Cierta tipo de pruebas muestra que a edad muy temprana los bebés son capaces de compartir el centro de atención de su madre. Por ejemplo, C. M. Murphy y D. J. Messer (1977) demostraron que los bebés de nueve meses apartan la mirada de la mano con que su madre señala algo y la dirigen hacia el objeto señalado, lo que indica que desde esta temprana edad el bebé puede apreciar la intención subjetiva del gesto de señalar de la madre. Otras investigaciones muestran que a una edad aún más temprana los bebés pueden seguir la visual de la madre cuando ella vuelve la cabeza (Scaife y Bruner, 1975).

Otra línea de investigación demuestra que los bebés de poco más de nueve meses son capaces de comprender y transmitir intenciones y expectativas en forma sutil. Por ejemplo, Dunn (1982) y Dunn y Kendrick (1979; 1982) observaron que los niños pequeños comparten bromas con otros niños un poco mayores. Un chico de tres años y otro de un año pueden echarse a reír de pronto por un chiste que sólo ellos comparten. Estos hechos requieren la capacidad de comprender y compartir el estado mental y las intenciones del otro sin una comunicación verbal directa.

Las pruebas acumuladas, por consiguiente, indican que los seres humanos son desde su nacimiento criaturas interpersonales. La omisión de la teoría de la pulsión en tener esto en cuenta es, pues, problemática.

El segundo reparo respecto de la metapsicología de la pulsión consiste en que es una teoría mecanicista y, por ende, incompatible con una psicología del significado. Los conceptos de Freud de la energía psíquica, la catexia libidinal y el principio de constancia se basan en metáforas físicas e hidráulicas. Como observó M. M. Gill (1976), la metapsicología de la pulsión está formulada dentro de un marco propio de las ciencias naturales, de fuerza, energía y estructura, que no tiene ninguna conexión natural con las proposiciones psicológicas relativas a la intención y el significado. La metapsicología de la pulsión se puede entender, en parte, como un intento de conceptualizar los datos de la psicología en términos que fueran análogos a los que eran corrientes en la física y la química

contemporáneas en la época de Freud (Sulloway, 1979). Freud, empeñado en enmarcar sus conceptos en términos científicos apropiados y aceptables, tomó en préstamo conceptos desarrollados por teóricos de las ciencias naturales, como G. T. Fechner, H. Helmholtz y J. F. Herbart. Esta emulación de las ciencias naturales se asemeja a la tendencia de los terapeutas cognitivos contemporáneos a tomar préstamos de las conclusiones de las ciencias cognitivas más firmemente establecidas.

El hecho de que el pensamiento de Freud fuera inevitablemente influido por un marco científico ahora anticuado no significa, sin embargo, que su deseo de comprender el vínculo entre la biología y la psicología estuviera en esencia desencaminado. Como hemos sostenido, uno de los problemas fundamentales que surgen del intento de los terapeutas cognitivos de tomar prestado un marco metateórico de la psicología cognitiva es la exclusión de las consideraciones de nuestra herencia biológica y la consiguiente omisión en tratar los aspectos intencionales o motivacionales de la conducta.

#### OTRO MODO POSIBLE DE ABORDAR LA MOTIVACION

Hemos identificado dos reparos importantes a la posibilidad de incorporar conceptos motivacionales a la teoría de la psicoterapia. El primero es clínico, y atañe a la práctica potencialmente perniciosa de desestimar la experiencia subjetiva y hacer suposiciones sobre los motivos reales del paciente. El segundo reparo es teórico y se refiere a los problemas que plantea el marco motivacional originado en la teoría psicoanalítica clásica. En los últimos años, no obstante, se han producido avances teóricos y empíricos en dos ámbitos psicológicos afines que sirven de base para proponer un nuevo modo de conceptualizar las cuestiones motivacionales, más compatible tanto con la perspectiva cognitiva como con la interpersonal y que además es no mecanicista. El primer ámbito es la teoría del apego (Bowlby, 1969; 1973) y el segundo corresponde a los recientes avances teóricos y empíricos de la teoría de la emoción (Greenberg y Safran, 1987; 1989; Izard, 1971; Lazarus, 1971; Leventhal, 1984; Lang, 1983; Safran y Greenberg, 1986; 1989).

Desde hace más de dos décadas, el trabajo de J. Bowlby (1969) sobre el apego ha influido tanto en la teoría como en la investigación en el campo de la psicología del desarrollo, pero su repercusión en la teorización y la investigación sobre la clínica es más reciente. Con la creciente popularidad de la teoría interpersonal y de la relación objetal, sin embargo, algunos teóricos psicoanalíticos de orientación empírica han comenzado a volcarse hacia la teoría del apego y sus conclusiones empíricas, en un intento de vincular el pensamiento psicoanalítico actual con conceptos empíricamente fundados (por ejemplo, Eagle, 1984; Stern, 1985).

Los terapeutas cognitivos han tardado más en demostrar interés en la perspectiva interpersonal, pero algunos teóricos cognitivos, como Guidano y Liotti (Guidano y Liotti, 1983; Guidano, 1987; Liotti, en prensa), Mahoney (1985) y Perris (1989), han reconocido la conveniencia de considerar el desarrollo de los procesos cognitivos dentro de un contexto interpersonal y también han empezado a utilizar las aportaciones teóricas de la teoría del desarrollo. El enfoque general de Bowlby, que se basa tanto en la etología contemporánea como en el pensamiento contemporáneo sobre el procesamiento de información y la cibernética, puede suministrar parte de un marco global para conceptualizar los aspectos motivacionales. Debido a esto, presenta una perspectiva de la motivación humana que abarca algunos de los temas importantes que la teoría cognitiva corriente no trata, pero que son compatibles con la teorización cognitiva contemporánea.

#### PATRONES DE ACCION/SISTEMAS CONDUCTUALES

Partiendo de conceptos previamente desarrollados por los etólogos, Bowlby (1969) plantea que es conceptualmente útil considerar la estructura básica de ciertas secuencias fundamentales de conducta social en función de patrones de acción que se han incorporado a la especie humana a través de un proceso de selección natural. Bowlby establece una distinción entre dos clases de patrones conductuales biológicamente incorporados: los patrones de acción fija y los patrones de objetivo esta-

blecido. Los patrones de acción fija son patrones estructurados y altamente estereotipados de movimiento, que una vez que se ponen en marcha siguen su curso típico hasta completarse. Los patrones de acción de este tipo son mucho más comunes en las especies inferiores de la escala filogenética y han sido ampliamente estudiados por los etólogos. Son ejemplos de este tipo de patrón la conducta de apareamiento del gasterósteo de tres espinas (Tinbergen, 1953) y las formas de cortejo de los patos de ojo dorado (Dane, Walcott y Drury, 1959).

Los patrones de objetivo establecido son formas menos estereotipadas del patrón de acción incorporado y tienden a encontrarse en los seres humanos y otras especies superiores. En un patrón de este tipo, el particular objetivo del patrón de acción está biológicamente incorporado, y el sistema va seleccionando determinadas conductas y combinaciones de conductas de un amplio repertorio hasta que se alcanza el objetivo. Estos patrones de objetivo establecido podrían denominarse sistemas corregidos por el objetivo, porque el sistema selecciona determinadas conductas específicas en respuesta a una retroalimentación [*feedback*] continua sobre el progreso que realiza el organismo en la consecución del objetivo. Por lo tanto, en las especies más avanzadas, y en particular en los seres humanos, la conducta instintiva funciona dirigiendo al organismo hacia objetivos biológicamente incorporados, pero de un modo relativamente flexible. Cuanto más complejo es el organismo, más intervienen los procesos cognitivos para organizar y coordinar distintas secuencias de acción y sistemas conductuales a efectos de tratar de alcanzar objetivos biológicamente incorporados.

Los patrones conductuales incorporados pueden ser conceptualmente organizados en unidades de distintos tamaños. Algunos son relativamente pequeños y discretos, como por ejemplo la sonrisa del bebé de seis a ocho semanas en respuesta a los rasgos faciales humanos (Spitz, 1946). Este sistema conductual relativamente simple es puesto en marcha por determinadas configuraciones de estímulos y normalmente es activado y se termina en un lapso bastante breve. Otros sistemas de conducta son más complejos e incluyen la coordinación de cierta cantidad de unidades conductuales más pequeñas y simples a lo largo de un período prolongado.

Un ejemplo de un sistema conductual más complejo sería la conducta de apego. Otros son: la conducta de apareamiento, la conducta exploratoria y la conducta parental. Como la conducta de apego tiene particular significación para la perspectiva interpersonal, la consideraremos con mayor detalle.

#### EL APEGO

La conducta de apego es un patrón de objetivo establecido de fundamental importancia en los seres humanos (Ainsworth, 1982; Bowlby, 1969; 1973; 1980; Stern, 1985; Sroufe, 1979). Tiene la función biológica específica de mantener la proximidad entre el bebé y la madre o la persona a cuyo cuidado se encuentra. Cuando el bebé se separa de la madre, hay varios sistemas conductuales componentes y específicos que pueden ser activados para reducir la distancia entre ambos o mantener su proximidad. Algunas de estas conductas funcionan en el sentido de llevar a la madre hacia el bebé, como por ejemplo las de llorar y sonreír. Otras conductas funcionan en el sentido de llevar al niño hacia la madre, como las de aferrarse a ella o seguirla (Bowlby, 1963).

Al igual que otros patrones conductuales incorporados, la conducta de apego contribuye a la supervivencia de la especie. En los seres humanos, así como en otras especies superiores cuyos miembros no pueden valerse por sí mismos al nacer y dependen por entero de la persona que los cuida por un largo tiempo después del nacimiento, las conductas de apego son importantes para garantizar la seguridad física de los bebés y la satisfacción de sus necesidades básicas. Además, como los bebés humanos dependen muchísimo de los adultos para aprender las capacidades vitales básicas que necesitan para sobrevivir, el mantenimiento de la proximidad es muy importante.

Está claro que la conducta de apego tiene un papel significativo en el desarrollo del bebé, pero no termina al concluir la infancia sino que continúa, en distintas formas, durante toda la vida. Mantener la proximidad con otros seres humanos tiene una importante función de supervivencia en los adultos y fue particularmente trascendente en el medio de adapta-

ción evolutiva de los seres humanos, cuando el aislamiento interpersonal de un ser humano le exponía al ataque de las fieras y a otras catástrofes naturales.

#### LA EMOCION Y LOS SISTEMAS CONDUCTUALES

En la teoría cognitivo-conductual tradicional, la emoción se considera un fenómeno postcognitivo. Los tratamientos cognitivo-conductuales tradicionales de la emoción se centran en los estados afectivos negativos, como la ansiedad y la depresión, y en el desarrollo de técnicas para controlarlos. No se busca entender la emoción como un aspecto integrado del sistema biológico humano que tiene un papel particular que cumplir en el funcionamiento humano. Otros enfoques más recientes sobre la emoción propuestos por algunos teóricos cognitivos (Greenberg y Safran, 1984, 1987, 1989; Safran y Greenberg, 1986, 1987, en prensa; Guidano, 1987; Guidano, en prensa; Mahoney, 1983) están reparando esa omisión.

Hay un creciente convencimiento, apoyado por pruebas empíricas, de que la emoción guarda una conexión intrínseca con las disposiciones a la acción o con los sistemas de conducta (Greenberg y Safran, 1987; Safran y Greenberg, 1986). Si bien esta perspectiva de la emoción fue reconocida por Bowlby (1969) y por algunos teóricos de la emoción (por ejemplo, Arnold, 1960, 1970; Izard, 1971; Plutchick, 1980; Tomkins, 1962), en los últimos años han profundizado más en ella numerosos teóricos de la emoción más versados en la teoría cognitiva contemporánea del procesamiento de información (Buck, 1980; Frijda, 1988; Lang, 1983; Leventhal, 1984). Esta perspectiva se dirige a integrar lo que sabemos sobre el procesamiento de información cognitivo con un enfoque biológico y evolutivo de la emoción: la emoción se considera una forma biológicamente incorporada de información sobre el sí-mismo en interacción con el medio.

Cuando se suscitan sistemas conductuales de grados variables de dimensión y complejidad, activados por las condiciones apropiadas, se produce un continuo procesamiento de información sobre el grado de

preparación del organismo para actuar de un modo específico. Esa información es procesada subjetivamente a través de la experiencia emocional, de modo que determinados estados emocionales se vinculan con determinadas disposiciones a la acción. La cólera, por ejemplo, ocurre en respuesta a un hecho vivenciado como un ataque y se asocia con acciones que son autoprotectoras y vengativas. El temor es suscitado por hechos percibidos como peligrosos y se relacionan con la vigilancia y la huida. El amor se relaciona con conductas de afiliación. El núcleo de la experiencia emocional, por lo tanto, consiste en actos motores-expresivos organizados que se asocian con sistemas conductuales que están biológicamente incorporados a través de un proceso de selección natural.

La emoción cumple una importante función adaptadora porque nos brinda una información continua sobre el grado de preparación de nuestro sistema para adoptar ciertos tipos de conducta o ejecutar diversos sistemas conductuales (Leventhal, 1984). Esta información está sujeta a un nivel más elevado de procesamiento cognitivo en el que luego se toman decisiones acerca de qué sistemas conductuales ejecutar y cómo lograr una coordinación entre dichos sistemas. El procesamiento emocional, pues, suministra medios para integrar y coordinar sistemas conductuales incorporados, de diversos grados de complejidad, con procesos corticales y funciones ejecutivas de nivel más elevado (Leventhal, 1984; Greenberg y Safran, 1987; Safran y Greenberg, 1986). Además de proporcionar un informe sobre los sistemas conductuales que requieren ser activados, la emoción también proporciona continuamente información sobre el modo en que un sistema conductual de objetivo establecido se encamina hacia su objetivo una vez que ha sido activado.

Aunque la estructura básica del organismo humano para la experiencia emocional está genéticamente incorporada, la cualidad idiosincrásica de la experiencia emocional individual surge como resultado de las experiencias de aprendizaje individuales, al igual que las diferencias en las condiciones que habrán de activar distintos sistemas conductuales. La emoción, por lo tanto, es una compleja mezcla de biología y aprendizaje, de patrones de acción incorporados y procesos simbólicos complejos. Escapa a los propósitos de este libro estudiar en detalle los modos en que se produce esta mezcla, pero los lectores interesados pueden consultar

otras fuentes, como Greenberg y Safran, 1987, 1989; y Safran y Greenberg, 1986 (en prensa).

#### LA COORDINACION DE SISTEMAS CONDUCTUALES

En ciertas ocasiones, es inevitable que el organismo o individuo se encuentre con ciertas condiciones de activación que suscitan sistemas conductuales o disposiciones a la acción contradictorios. Por ejemplo, un individuo puede estar expuesto a un estímulo que normalmente activaría una conducta exploratoria, pero percibe el entorno inmediato como peligroso. O un individuo se encuentra con una condición de activación que suscita a la vez conductas agresivas y de apego. La forma en que el individuo concilia disposiciones o sistemas conductuales contradictorios cumple un rol fundamental en el desarrollo de la identidad personal.

Como planteó Sullivan (1953), hay una continua tensión entre las que él denominó *necesidades de satisfacción* y *necesidades de seguridad*. Según Sullivan, en el desarrollo de la especie humana, las necesidades de satisfacción son filogenéticamente previas a las necesidades de seguridad. Entre ellas se cuentan necesidades biológicas básicas como el hambre, el deseo sexual y la autoprotección. Las necesidades de seguridad consisten en la propensión incorporada a establecer relaciones interpersonales.

Si bien los modos particulares en que finalmente llegan a coordinarse y expresarse estos sistemas conductuales biológicamente incorporados están determinados por las experiencias de aprendizaje social del individuo, estas experiencias son, a la vez, influidas por una propensión innata a mantener relaciones interpersonales. De este modo, los niños aprenden a coordinar su repertorio afectivo y conductual en el proceso de mantener relaciones con figuras que suscitan apego. Por ejemplo, un niño puede aprender a reprimir la plena activación de sistemas conductuales asociados con la dependencia y a percibir como desagradables los sentimientos concomitantes. Otro niño, que aprende que el hecho de ejecutar sistemas conductuales dirigidos a buscar auxilio junto con una conducta juguetona, de tono sexual, puede llevarle a obtener respuestas

afectuosas de parte de otras personas, probablemente aprenda a actuar de forma seductora como un medio de mantener relaciones interpersonales. En ambos ejemplos, el proceso de apego interviene para coordinar los sistemas conductuales en una configuración particular. Por lo tanto, es a través de las experiencias de aprendizaje social como se completan y se perfeccionan las rudimentarias estructuras de conducta incorporadas del ser humano. A través de un proceso de evolución natural y adaptación a su particular situación ecológica, el organismo humano ha evolucionado de tal modo que está biológicamente programado para experimentar nuevas programaciones a través de las experiencias de aprendizaje social.

Irónicamente, aunque la receptividad y la sensibilidad del bebé humano a la influencia de las figuras que suscitan apego son de vital importancia para su supervivencia, contienen la simiente de un desarrollo patológico. Mientras que las experiencias adaptadas de aprendizaje social le brindan al niño la oportunidad necesaria para aprender a elaborar, activar y coordinar diversas estructuras conductuales en forma sana y adaptada, las experiencias mal adaptadas de aprendizaje social tienen el efecto opuesto y contribuyen a empobrecer los repertorios conductuales.

Durante toda la vida del individuo, el sistema de apego interviene para determinar el modo preciso en que se elaboran, se coordinan y se expresan otros sistemas conductuales. Una de las principales vías por las que tiene lugar esta intervención, es la de influir en la elección de las reglas a seguir para procesar información procedente de estos otros sistemas conductuales, información que se experimenta subjetivamente en forma de emoción. El sistema de apego, por consiguiente, cumple un rol fundamental en el desarrollo emocional, el que a su vez funciona como el principal sistema de motivación en el organismo humano (Greenberg y Safran, 1987).

Un aspecto central de la experiencia subjetiva del sí-mismo de un individuo es el particular patrón de acuerdo con el cual sus sistemas conductuales y las emociones a ellos asociadas se organizan y se estructuran a través de diversas experiencias de aprendizaje. A la inversa, el sentido del sí-mismo se puede concebir como una estructuración psicológica de la experiencia interna que moldea futuras experiencias y conductas. Por

esta razón, entender en profundidad cómo se estructura el sí-mismo es útil para comprender tanto el desarrollo normal como el patológico.

#### EL DESARROLLO DEL SI-MISMO

El sí-mismo es un patrón constante de apercepción a través del cual se organizan los procesos psicológicos (Stern, 1985). Este patrón suministra una experiencia subjetiva organizadora que le da a la percepción un sentido de coherencia y unidad. Sin un sentido organizador del sí-mismo, las experiencias sensoriales serían fragmentarias e incoherentes, y habría poca diferencia entre el sí-mismo y otros o, para el caso, entre el sí-mismo y el resto del mundo. Lo que es más, sin un sentido del sí-mismo no habría ninguna apreciación de la continuidad de la experiencia a través del tiempo, y por lo tanto ninguna estructura organizadora para la experiencia (Guidano, 1987; Hartman y Blankstein, 1986; Markus, 1977). Por todo ello resulta evidente que, para entender cómo se organizan y estructuran los procesos cognitivos y cuál es la mejor manera de cambiarlos, es importante comprender cómo se desarrolla el sí-mismo.

Dado que la capacidad de detectar constantes, y así organizar la experiencia, es esencial para la supervivencia, el desarrollo de un sentido del sí-mismo cumple un rol fundamental en el desarrollo cognitivo. D. N. Stern (1985) sostiene que hay cuatro constantes experienciales que son cruciales para el sentido esencial de sí-mismo: el agente o la autoría de la acción, la autocoherencia, la autoafectividad y la autohistoria.

Según Stern (1985), el agente o la autoría de la acción es la constante más fundamental de la experiencia esencial del sí-mismo y se compone del sentido de volición que precede a un acto motor y del sentido de predictibilidad de las consecuencias que siguen a las acciones. Sin este sentido fundamental de agente, las personas no podrían aprender a manipular el mundo con fines de supervivencia.

La autocoherencia describe la organización de diferentes experiencias sensorias, motoras y conceptuales para formar un sentido unitario del sí-mismo, e implica tener el sentido de ser una totalidad física no fragmentada, con fronteras y con un centro de acción integrada. Sin este

sentido de autoconcordancia, las experiencias del individuo serían fragmentarias y despersonalizadas.

La autoafectividad incluye la organización de la experiencia en diferentes estados afectivos, cada uno con una constelación característica e invariable de acontecimientos internos; el individuo experimenta un patrón característico e invariable de retroalimentación propioceptiva y experiencia subjetiva para cada estado emocional. La autoafectividad, según Stern (1985), es por lo tanto un orden más elevado de constancia del sí-mismo. R. N. Emde (1983) lo explica planteando que como la estructura básica para diferentes experiencias emocionales está "incorporada" al organismo humano y permanece constante a través del tiempo, la experiencia afectiva contribuye significativamente a mantener la continuidad de la personalidad consciente, mientras el individuo cambia en otros aspectos.

Por último, la autohistoria le da una continuidad a la experiencia a través del tiempo, sin la cual el aprendizaje sería prácticamente imposible. Aunque el sentido de autohistoria es esencial para que el aprendizaje o la experiencia se organicen a través del tiempo, es precisamente este aspecto de la personalidad consciente el que permite que tenga lugar un aprendizaje disfuncional. Al imponerle una estructura histórica a la experiencia, los contenidos de la percepción subjetiva se enquistan y de esa forma impiden o entorpecen el nuevo aprendizaje.

¿Qué factores intervienen en el desarrollo del autoconocimiento? Un factor, considerado crucial por Sullivan (1953, 1956), es la ansiedad. Sullivan sostuvo que la ansiedad es una tensión nociva inversamente relacionada con la experiencia de sentirse bien con uno mismo, y que esta tensión se debe a una falta de integración de relaciones interpersonales. Sullivan no brindó una explicación totalmente clara de la conexión existente entre la ansiedad y la falta de integración de relaciones interpersonales, pero por entonces no contaba con los conocimientos que actualmente nos proporcionan la teoría y la investigación de la conducta de apego y el desarrollo emocional. A la luz de estos conocimientos actuales, ahora parece razonable considerar la ansiedad como una forma biológicamente incorporada de retroalimentación sobre un daño potencial al organismo.

Según Bowlby (1969), los animales de todas las especies están genéticamente predispuestos a responder con ansiedad al estímulo de situaciones que funcionan como indicios espontáneos de ciertos hechos potencialmente peligrosos para su especie. Dado que mantener la proximidad con otros seres humanos es tan importante para la supervivencia de la especie humana (particularmente en el caso del bebé indefenso que depende de alguien que le cuide constantemente para poder sobrevivir), no es de extrañar que la percepción de la posibilidad de que se interrumpa una relación interpersonal suscite automáticamente una respuesta de ansiedad en los seres humanos.

Es, pues, razonable la hipótesis de que los seres humanos están, por naturaleza, perceptualmente predispuestos a detectar cualquier indicio de una posible desintegración de sus relaciones interpersonales y que están programados para responder con ansiedad. La ansiedad funciona como una señal, en tanto las conductas y experiencias que se asocian con la interrupción o la desintegración de las relaciones con otras personas significativas también son identificadas como peligrosas y en consecuencia provocan ansiedad.

Según Sullivan (1953, 1956), llegamos a experimentar ciertas características personales pertenecientes al sí-mismo a través de las apreciaciones sobre nosotros reflejadas por otras personas. Las características valoradas por otras personas significativas pasan a personificarse como el sí-mismo (el "yo bueno", en términos de Sullivan) y adquieren un valor positivo, mientras que las experiencias y características que se asocian con un grado moderado de obstáculo al mantenimiento de las relaciones interpersonales significativas (y por lo tanto con un grado de ansiedad moderado) igualmente se personifican como parte del sí-mismo, pero se las juzga negativamente (Sullivan se refirió a estos sentimientos, experiencias y características como el "yo malo").

En el punto más extremo de esta escala continua están los sentimientos, características y experiencias que en el pasado se asociaron con interrupciones en las relaciones interpersonales significativas. Debido a la intensa ansiedad asociada con estas experiencias, el procesamiento de información sobre las mismas —tanto información externa (reacciones de los demás) como interna (pensamientos y sentimientos)— es obstrui-

do, de tal forma que no queda bien codificada en la memoria. Así, las experiencias y características asociadas con una ansiedad extrema no se integran correctamente en la memoria con otras informaciones y no quedan cognitivamente representadas como parte del sí-mismo. Por este motivo, Sullivan (1953, 1956) catalogó las experiencias y características de este tipo como el "no yo".

La investigación de la concordancia del afecto (Stern, 1985) muestra aún más claramente el papel crucial que pueden cumplir las interacciones con figuras que suscitan apego en el desarrollo del sentido subjetivo del sí-mismo en el individuo. La concordancia del afecto tiene lugar cuando la madre del bebé realiza alguna conducta o comunicación que expresa la cualidad de un estado afectivo que el niño ha experimentado, sin que sea una imitación directa de la conducta o vocalización del niño. Por ejemplo, una niña de nueve meses se entusiasma con un juguete, exclama jubilosamente "¡ah!" y mira a la madre. La madre le responde levantando los hombros y balanceando la parte superior de su cuerpo, de un modo que refleja el júbilo o la cualidad lírica de la vocalización de la pequeña. En otro ejemplo, un niño de nueve meses golpea rítmicamente con la mano un juguete blando, y la madre le responde diciendo "Pam, pam" con el mismo ritmo del golpeteo del niño (Stern, 1985).

Como muestran estos ejemplos, la madre le responde al bebé de un modo que parece captar algún estado afectivo interior del niño. El hecho de que la conducta de la madre no sea una imitación exacta de la conducta o vocalización del bebé indica una concordancia con el estado interior subjetivo del niño a través de un proceso empático, y no meramente por una conducta superficial de imitación.

Stern y colaboradores (1985) también investigaron lo que sucedía si se le indicaba a la madre que respondiera en forma discordante. Por lo general, cuando la madre hace que su respuesta concuerde con la experiencia afectiva del bebé, éste responde prosiguiendo su juego o actividad como si nada hubiera sucedido. Cuando, en cambio, se indicó a las madres que modificarían sus respuestas concordantes, creando así un desajuste con la experiencia interior del bebé, se comprobó que, en general, los niños advertían la discrepancia y detenían su conducta como si estuvieran sorprendidos. Cuando se indicaba luego a las madres que

hicieran concordar de nuevo sus respuestas como lo harían normalmente, los bebés retomaban su conducta normal.

Por último, Stern (1985) y sus colegas comprobaron que cuando las respuestas de concordancia afectiva se graban en vídeo y se interroga a las madres al respecto, éstas a menudo no tienen plena conciencia de su conducta. Cuando se les hace prestar atención a su conducta y se les pregunta por sus razones para efectuar esas concordancias, sus respuestas típicas son que desean "estar con" el bebé, "compartir" con el bebé, "participar" en la experiencia del bebé o "unirse" a la experiencia del bebé.

La investigación de la concordancia del afecto es curiosa, porque sugiere que hay otro proceso importante que podría intervenir en el desarrollo del sí-mismo del niño: una acertada concordancia del afecto puede ayudar al bebé a reconocer sus propios estados internos de sentimiento como formas de experiencia humana que pueden compartirse con otros. A la inversa, los estados de sentimiento a los que se responde con discordancia tal vez nunca sean totalmente vivenciados como experiencia humana comunicable. Por lo tanto, los niños cuyos padres se muestran sistemáticamente discordantes con determinados estados afectivos, por diversas razones (como una falta de capacidad empática, que podría deberse a que ellos mismos no llegan a experimentar similares estados afectivos, o a que se sienten amenazados por los sentimientos del niño), podrían no llegar a desarrollar nunca los sentimientos o emociones en cuestión como parte de su experiencia comunicable. *Las experiencias y sistemas conductuales asociados, por consiguiente, podrían no llegar nunca a definirse como parte del sentido del sí-mismo de los bebés,* y la consecución de diversos objetivos importantes del desarrollo (como intimidad, autonomía y exploración) podría verse bloqueada.

Otra línea de investigación del desarrollo proporciona pruebas adicionales de cómo pueden repercutir las relaciones tempranas en el desarrollo del sentido del sí-mismo del bebé. Esta investigación indica que los niños pequeños "leen" los estados afectivos de sus madres para obtener una segunda apreciación de cómo deberían sentirse en ciertas situaciones ambiguas. Cuando un bebé se encuentra en una situación ambigua (por ejemplo, impulsado por el atractivo de un juguete, a cruzar gateando

un "precipicio visual"), tenderá a mirar a la madre y leer su rostro en busca de un contenido afectivo. Si la madre ha recibido del experimentador la instrucción de sonreír, el niño cruzará. Si, en cambio, se le ha indicado a la madre que haga un gesto facial de temor, el niño se apartará del precipicio visual y quizá se angustie (Campos y Sternberg, 1980; Emde y Sorce, 1983; Emde y otros, 1978; Klinnert, 1978; Klinnert y otros, 1983). Las investigaciones de este tipo corroboran el planteamiento que hace Sullivan (1953) de que, previamente al desarrollo de la competencia verbal por parte del bebé, se transmiten sutiles estados afectivos entre madres e hijos a través de lo que él denominó un proceso empático. Estas pruebas también tienen importantes implicaciones, porque sugieren que las figuras productoras de apego le pueden comunicar sutilmente aprobación y desaprobación respecto de distintos estados afectivos al niño, y que esta comunicación no verbal puede tener una significativa influencia en la clase de experiencias que el niño llega a definir como una parte aceptable del sí-mismo, o como una parte negativa del sí-mismo, o como algo completamente ajeno a él.

Una línea formal de pruebas pertinentes proviene de la investigación sobre los errores y sus reparaciones en la comunicación afectiva entre madre y bebé. En las parejas madre-bebé normales, la interacción a menudo alterna entre períodos de coordinación afectiva en los que la madre concuerda con la experiencia afectiva del niño y períodos de estados no coordinados en los que la madre es discordante respecto de la experiencia afectiva del niño o le responde de un modo afectivamente negativo (Tronick y Cohn, 1989). Cuando el niño recibe una respuesta discordante o negativa a su afecto, se origina un estado afectivo secundario. Por ejemplo, si el niño estima que el objetivo de buscar autonomía está bloqueado y que ese bloqueo puede ser superado, es posible que responda con cólera. Si estima que el objetivo de conseguir intimidad está bloqueado y que ese bloqueo no puede superarse, probablemente responderá con aflicción.

En las parejas madre-bebé sanas, la madre acepta y muestra empatía hacia la respuesta afectiva secundaria, y la comunicación afectiva vuelve a coordinarse. El bebé experimenta entonces un estado afectivo positivo. En las parejas disfuncionales, la madre no muestra empatía hacia el esta-

do afectivo secundario, y persiste el estado afectivo mal coordinado (Tronick, 1989).

En las parejas madre-bebé normales, la continua oscilación entre la falta de coordinación o el error interactivos y la reparación interactiva ayudan al niño a desarrollar la expectativa de que las interrupciones en la relación son remediables y que la experiencia afectiva negativa se transformará en experiencia afectiva positiva. Los niños desarrollan representaciones de ellos mismos como seres eficaces y de quienes los cuidan como seres dignos de confianza, por lo que son capaces de mantener el contacto interpersonal en condiciones de estrés.

En las parejas disfuncionales, esta clase de representación no tiene lugar y los niños son incapaces de mantener el contacto interpersonal en condiciones de estrés. Además, dado que la relación interpersonal se ve amenazada, pueden tener dificultades para experimentar la emoción primaria que ha recibido una respuesta discordante, o la emoción secundaria, o ambas (Tronick, 1989). Como veremos en el capítulo 7, esto tiene importantes implicaciones en lo que concierne a los problemas que tenderán a surgir en la terapia para el establecimiento de una alianza, así como también en lo que se refiere a los procesos para resolverlos.

En suma, postulamos tres procesos interpersonales posibles que influyen en el desarrollo del sí-mismo: la transmisión empática de ansiedad, la concordancia y discordancia del afecto y la "lectura" del estado afectivo del otro. Como veremos, estos procesos interpersonales también intervienen en los cambios que se producen en el sentido del sí-mismo del paciente durante la terapia. Nuestra hipótesis es que estos procesos moldean el desarrollo de todas las constantes experienciales de la personalidad consciente postuladas por Stern (1985). Las particulares experiencias afectivas que pasan a ser representadas como parte del sí-mismo influyen en la naturaleza de la autoafectividad del individuo. El sentido de agente del individuo es influido por el patrón asociado de sistemas conductuales que se representa como contenidos en el ámbito de autoexpresión posible. Los que quedan así representados se experimentan como intencionales. Los otros, no.

Las interacciones evolutivas que ayudan al individuo a integrar plenamente experiencias, tanto internas como externas, contribuyen a facili-

tar la adquisición de un sentido coherente de uno mismo. A la inversa, las experiencias reiteradas de intensa ansiedad o de escasa concordancia del afecto pueden dar lugar a un sentido fragmentado de uno mismo. En los casos más extremos, se pueden manifestar estados fronterizos o síndromes de personalidad múltiple. Por último, la reiteración de experiencias similares con otras personas significativas (por ejemplo, concordar con un tipo de emoción pero no con otra) da origen, con el paso del tiempo, a un sentido de continuidad y a un sentido estable de la autohistoria para el individuo. Este sentido estable de la autohistoria, como veremos, tiende a mantenerse a través de procesos tanto cognitivos como interpersonales.

#### LA MEMORIA Y EL AUTOCONOCIMIENTO

El sistema de la memoria es el medio a través del cual diferentes aspectos de la autoexperiencia (es decir, el agente, la afectividad, la coherencia y la continuidad a través del tiempo) se integran en una única perspectiva subjetiva organizadora.

En los últimos años, el concepto de esquema ha asumido un rol central en la teoría de la memoria (Alba y Hasher, 1983; Hasher y Zacks, 1979). Un esquema puede definirse como una representación cognitiva genérica que la mente extrae en el curso de su exposición a instancias particulares de un fenómeno (Bartlett, 1932). Esta estructura genérica de conocimiento guía el procesamiento tanto de la información como de la acción. La mayoría de los investigadores de este campo concuerdan en que no existe una teoría unitaria del esquema, sino una gama de conclusiones empíricas que se interpretan en relación con los efectos de la memoria que se consideran congruentes con las proposiciones iniciales de Bartlett sobre el procesamiento esquemático. El concepto de esquema que más atención ha recibido en la teoría clínica y en la investigación cognitiva social es el de autoesquema, pero aunque este mismo término aparece en las bibliografías de ambas, hay una discrepancia en el modo en que es utilizado.

En la bibliografía de la corriente cognitivo-social, por ejemplo, el

autoesquema se ha definido tradicionalmente como "generalizaciones cognitivas" sobre el sí-mismo, derivadas de la experiencia pasada, que organizan y guían el procesamiento de la información relativa al sí-mismo contenida en la experiencia social de un individuo (Markus, 1977).

En la literatura cognitivo-conductual, en cambio, se tiende a considerar el esquema como una contingencia de autovaloración (Kuiper y Olinger, 1986). Beck y colaboradores han sido los principales defensores de esta perspectiva (Beck, 1967; Beck, Rush y otros, 1979), y consideran al esquema como una regla tácita que guía el proceso de autoevaluación. En el modelo de Beck, el autoesquema del individuo deprimido se considera una actitud rígida y disfuncional que opera como una contingencia para estimar el propio valor. Por ejemplo, la regla tácita o la creencia de que "Yo tengo que ser perfectamente competente en todo lo que hago para ser valioso como persona" podría ser contemplada por Beck y sus colegas como una parte importante del autoesquema particular de un individuo deprimido.

Esta noción del esquema como contingencia de autovaloración es atractiva desde una perspectiva clínica, porque los procesos que gobiernan la percepción subjetiva que tiene el paciente de su valor son de indudable importancia clínica. Desde un punto de vista conceptual, en cambio, no queda claro cómo se aplica esta perspectiva a la teoría del esquema de la psicología cognitiva. Sin duda, el nexo teórico entre la representación genérica de la experiencia y las reglas para evaluar el sí-mismo debe ser clarificado (Safran, 1986).

La definición de H. Markus (1977) del autoesquema como generalización cognitiva acerca del sí-mismo está más estrechamente vinculada con la investigación del esquema desde la perspectiva de la psicología cognitiva. Sin embargo, el interés centrado en el procesamiento de información estática (es decir, los adjetivos) que ha surgido de la investigación propia de la cognición social respecto del autoesquema, según señalan Markus y Nurius (1986), le ha impuesto un punto de vista restringido a la investigación del autoconocimiento.

¿Cómo podemos, entonces, ampliar nuestra conceptualización del esquema en la teoría clínica de un modo que nos permita abordar aspectos motivacionales y autoevaluativos centrales y, al mismo tiempo, tener

en cuenta los fundamentos y las conclusiones de la teoría y la investigación cognitivas? En respuesta a estas cuestiones, Safran (1986, 1990a, 1990b; Safran, Segal y otros, en prensa) ha propuesto la noción de un *esquema interpersonal* que puede definirse como una representación genérica de interacciones entre el sí-mismo y otros, que se extrae de la experiencia interpersonal.

Desde esta perspectiva, el centro de interés es el procesamiento esquemático de *acontecimientos* en el mundo real, antes que el procesamiento de adjetivos estáticos o información sobre rasgos. El procesamiento de adjetivos autorreferenciales, si bien se presta a la investigación de laboratorio, no refleja el tipo de fenómeno que se quería explicar mediante la formulación del concepto de esquema. Cabe recordar que Bartlett (1932) desarrolló originalmente su enfoque para dar cuenta del modo como las personas manejan acontecimientos nuevos en el mundo real.

Por ello, Bartlett investigó la memoria para las narraciones, más que para las palabras aisladas, entendiendo que esto le brindaría una reproducción más aproximada del tipo de proceso de memoria que se da en la vida cotidiana. Pero aunque la lectura de una narración puede ser una tarea ecológicamente más válida que la memorización de adjetivos, de todos modos tiene sus limitaciones. En el mundo real, la adquisición de conocimientos es un proceso activo en que los individuos se mueven, actúan, manipulan objetos e interactúan con otras personas (Gibson, 1969; Neisser, 1976).

Considérese, por ejemplo, la clase de estructura de conocimiento que se requiere para jugar al tenis, que es un proceso en el que el individuo está en constante interacción dinámica con la pelota. El jugador de tenis bien adiestrado no aprende movimientos motores fijos, y aunque la pelota llegue a un lugar al que nunca antes había llegado, tendrá más habilidad para pegarle que un jugador no adiestrado. El jugador de tenis necesita un conocimiento genérico, y no el conocimiento de instancias específicas o movimientos motores fijos.

Este conocimiento genérico es mucho más complejo y elaborado que la estructura de conocimiento requerida para apreciar una narración, y *mucho* más complejo y elaborado que la estructura de conocimiento

requerida para procesar palabras aisladas. La estructura de conocimiento genérico para el tenis incluiría, por ejemplo, expectativas generales respecto de dónde podría caer la pelota, contingencias del tipo "si... entonces..." (si la pelota cae en cierto lugar péguele con la raqueta del derecho, si cae en otro lugar péguele del revés), conocimiento de uno mismo (cuáles son los puntos fuertes y débiles de uno), objetivos generales y estrategias. Presumiblemente, la estructura de conocimiento correspondiente al procesamiento de información sobre el sí-mismo será aún más compleja.

#### REPRESENTACION DE LAS INTERACCIONES DEL SI-MISMO CON OTROS

Si el sí-mismo se desarrolla en un contexto interpersonal, parece razonable suponer que el desarrollo del autoconocimiento incluye la representación cognitiva de acontecimientos interpersonales. Como se planteó anteriormente, uno de los acontecimientos relativos a la supervivencia que mayor importancia tiene para el bebé humano es la interacción con figuras productoras de apego. Bowlby (1969, 1980), de hecho, teoriza que el bebé humano desarrolla modelos operativos internos de interacciones con figuras productoras de apego que le permiten predecir interacciones futuras. Según Bowlby (1969), un modelo operativo interno de las relaciones de apego se organiza a partir de la representación interna de resultados o planes experimentados que tiene particular significación para el establecimiento del apego. El concepto de modelo operativo va más allá de la noción de internalizar un modelo de uno mismo o un modelo del otro, porque su estructura organizativa comprende unidades interactivas, en lugar de elementos o atributos del sí-mismo. Este modelo operativo interno puede concebirse como un esquema interpersonal que permite la predicción (y moldea el procesamiento) de nuevas interacciones sociales.

¿Qué clase de información sería codificada en un esquema interpersonal de este tipo? Al igual que en el anterior ejemplo del tenis, los principios esquemáticos pertinentes probablemente se extenderían más allá

de ciertas tendencias del procesamiento de información tales como la selección, la abstracción o la interpretación, para abarcar información sobre metas, planes de acción y contingencias del tipo "si... entonces..." coherentes con el mantenimiento de la relación. Por consiguiente, podría ser útil considerar el esquema como algo similar a un *programa para mantener la relación* (Safran, 1986). Mientras que el objetivo básico de mantener relaciones interpersonales está incorporado al programa, los planes, estrategias y principios específicos empleados para lograr este objetivo son aprendidos.

El hecho de considerar el esquema interpersonal como análogo a un programa para mantener la relación interpersonal sirve para clarificar el nexo entre el esquema como representación cognitiva genérica y el esquema como contingencia de autovaloración. Esto contribuye a conciliar los usos a veces discrepantes de este término en la literatura clínica y en la literatura cognitiva. Se conserva así la importante noción clínica de una conexión entre la autoestima y un funcionamiento acorde con las normas, y también se sustenta el enfoque cognitivo que postula un conocimiento personal abstracto capaz de guiar continuamente la conducta. En un esquema interpersonal, la contingencia de autovaloración funciona como *una regla o un plan para mantener la relación*. Esta regla se extrae de las experiencias previas con figuras generadoras de apego y refleja tanto la percepción de uno mismo como la percepción de los demás.

El concepto del esquema interpersonal también contribuye a clarificar la relación entre la autopercepción y la percepción de otros, porque propone que la percepción de sí mismo y del otro son intrínsecamente interactivas. En el ámbito de la percepción social, la unidad de interés es tanto la representación de sí mismo como la representación del otro. Por ejemplo, un individuo que se percibe a sí mismo como indigno de ser querido tendrá una particular tendencia a percibir a otros en términos de rechazo y hostilidad. El individuo que se ve a sí mismo como débil y necesitado de cuidados estará predispuesto a percibir a otras personas que tienen ciertas características (calidez o madurez) como figuras protectoras.

#### HIPOTESIS SOBRE LOS PROCESOS DE LA MEMORIA

Parece haber una coincidencia general en cuanto a que diferentes episodios de la experiencia vivida (incluyendo diversos atributos como sensaciones, percepciones, acciones, pensamientos, afectos y metas) que tienen lugar en alguna relación temporal, física o causal unos con otros, se codifican juntos como una sola unidad en la memoria (Shank y Abelson, 1977; Stern, 1985; Tulving, 1972). Un episodio de memoria, por lo tanto, se define como una unidad experiencial codificada como una totalidad.

Una vez que determinada clase de episodio ha tenido lugar en varias ocasiones (por ejemplo, el amamantamiento del bebé), el niño formará una representación general para esos episodios. Mientras que algunos episodios futuros de amamantamiento serán lo bastante distintos del episodio generalizado como para que sean codificados, como recuerdos episódicos aislados, otros serán lo bastante similares como para ser asimilados a la memoria generalizada existente. K. Nelson y J. M. Greundel (1981) se refieren a esta clase de representación generalizada como a una Estructura de Acontecimiento Generalizado (EAG). Stern (1985) considera a estos recuerdos generalizados como representaciones de interacciones que han sido generalizadas (RIGs). Según Stern, estas RIGs deben concebirse como prototipos de abstracciones, más que como representaciones precisas de acontecimientos específicos.

¿Qué relación conceptual hay entre el modelo operativo de Bowlby (1969), la RIG de Stern (1985) y el esquema interpersonal? El modelo operativo y la RIG se pueden concebir como esquemas interpersonales de diferentes niveles de abstracción y generalidad. Puede ser útil, como sugiere Neisser (1976), considerar que los esquemas de diferentes órdenes de abstracción y generalidad están contenidos unos dentro de otros y que funcionan jerárquicamente. En consecuencia, el modelo operativo de Bowlby (1969) puede concebirse como un esquema interpersonal bastante general y de orden más elevado, que contiene una serie de esquemas interpersonales más específicos, o RIGs.

Las crecientes pruebas indicativas de que las personas tienen múltiples modelos operativos (Bretherton, 1985) también pueden entenderse

de este modo. Uno podría tener diferentes esquemas interpersonales para las personas que desempeñan distintos papeles en su vida (por ejemplo, figuras de autoridad, amantes prototípicos), y estos esquemas de nivel inferior estarían todos contenidos dentro de un esquema interpersonal de nivel superior, más abstracto y generalizado.

Otra cuestión importante es la relativa a la forma en que se codifican los esquemas interpersonales. La información correspondiente a la conducta de apego, con toda probabilidad, tiene un importante componente afectivo (Bowly, 1969; Greenberg y Safran, 1987; Stern, 1985). Por lo tanto, se ha planteado la hipótesis de que, en parte, los esquemas interpersonales se codifican en forma afectiva o expresivo-motriz (Bucci, 1985; Greenberg y Safran, 1987; Safran, 1990a; Safran y Greenberg, 1987). Es decir que la información interpersonal pertinente puede ser parcialmente codificada en forma de un saber sobre formas de proceder que las personas experimentan a través de sentimientos cuando se encuentran ante ciertas condiciones activadoras.

Por ejemplo, las personas que sistemáticamente han recibido respuestas discordantes, o que han experimentado ansiedad al sentirse heridas o apesadumbradas, pueden desarrollar una memoria visceral generalizada de esa clase de experiencia. En futuros encuentros interpersonales, cuando se sienten heridas, podrían generar automáticamente un recuerdo visceral de discordancia o rechazo y luego responder a este recuerdo visceral con cólera, aun frente a personas capaces de responder apropiadamente a su pesadumbre.

Pero si, como sugiere Leventhal (1984), el proceso de síntesis emocional tiene lugar tanto en el nivel expresivo-motor como en el nivel conceptual, entonces la información pertinente sería codificada, al menos en parte, también en forma conceptual/proposicional. Por consiguiente, puede ser útil conceptualizar los esquemas interpersonales como esquemas cognitivo-afectivos que se codifican tanto en el nivel conceptual como en el expresivo-motor. Mientras que a algunos aspectos del esquema interpersonal de un individuo se podría acceder fácilmente en forma conceptual/lingüística, otros aspectos pueden ser más difíciles de alcanzar simbólicamente. En teoría, sería a la vez posible e importante alcanzar el nivel expresivo-motor en la terapia trabajando con los pacientes de

una manera emocionalmente viva. Una vez que esto ha tenido lugar, existe la posibilidad de formar una representación conceptual de la información codificada en el nivel expresivo-motor (Greenberg y Safran, 1987; Safran y Greenberg, 1987).

#### LOS ESQUEMAS INTERPERSONALES Y EL CONTROL DE LA ANSIEDAD

Desde una perspectiva interpersonal, la autoestima de un individuo y su sentido básico de seguridad en el mundo son una función del sentido que tiene de su posibilidad de entablar relaciones. A la inversa, un individuo experimenta ansiedad cuando su sentido de seguridad o de poder entablar relaciones se ve amenazado (Sullivan, 1953). Una vez que esta ansiedad lo alerta respecto de la posibilidad real o fantaseada de que se produzca la desintegración de una relación interpersonal, existen tres operaciones principales que pueden restablecer la autoestima y el sentido de relación del individuo: realizar una acción, procesar selectivamente información externa y procesar selectivamente información interna.

La elección de operaciones que haga el individuo estará determinada por su esquema interpersonal. Por ejemplo, al ponerse ansioso, un individuo cuyos padres valoraban la inteligencia posiblemente trate de dar pruebas de su inteligencia. Otra persona, a cuyos padres les divertía el ingenio de su hijo, quizá se enfrente a la ansiedad mostrándose divertido. Alguien que ha aprendido que la posibilidad de tener relaciones interpersonales se basa en ser complaciente, podría no prestar total atención a un mensaje externo que indica que está siendo agresivo, y alguien que aprende que la tristeza es una amenaza a las relaciones interpersonales tal vez no preste atención a una información expresivo-motriz internamente generada que transmite tristeza.

Sullivan (1953) utilizó el término "operaciones de seguridad" para referirse a ciertas maniobras psicológicas y conductuales que funcionan para reducir la ansiedad a través del restablecimiento de un sentido de seguridad interpersonal. Si bien el concepto de dispositivos de seguridad tiene sus orígenes en la noción psicoanalítica de mecanismos de defensa,

existen importantes diferencias entre ambos. La primera diferencia es que el concepto de operaciones de seguridad refleja una perspectiva interpersonal de la motivación humana.

Sullivan pensaba que las operaciones de seguridad funcionan para manejar la ansiedad derivada de una expectativa de desintegración de las relaciones interpersonales. Las particulares condiciones que provocan esa ansiedad, por consiguiente, son aprendidas. Por el contrario, el aprendizaje tiene menos cabida en la noción psicoanalítica clásica de los mecanismos de defensa. La teoría psicoanalítica clásica postula que los impulsos libidinales son intrínsecamente amenazadores para el yo orientado a la realidad, lo que refleja la creencia de Freud de que el individuo y la sociedad están inevitablemente enfrentados, a diferencia de la teoría interpersonal, que plantea que los seres humanos tienen una propensión innata a entablar relaciones interpersonales.

Una segunda diferencia importante es que el concepto de operaciones de seguridad refleja el cuidadoso intento de Sullivan de evitar en sus trabajos los peligros de la reificación. El concepto de operaciones de seguridad no se basa en construcciones hipotéticas como los del ello y el yo, que tienden a la reificación. El acento está puesto, en cambio, en el proceso de lo que Sullivan llamó "desatención selectiva", un fenómeno que ha sido objeto de considerable documentación experimental en los últimos años (Dixon, 1981; Erdelyi, 1985; Shevrin y Dickman, 1980).

El concepto de operaciones de seguridad evita la reificación también de otro modo: no se basa en un esquema preexistente de clasificación de los mecanismos de defensa, compuesto de términos como proyección, intelectualización y formación reactiva. Esto tiene importantes implicaciones clínicas. Si bien el uso de una taxonomía de los mecanismos de defensa tiene el mismo valor heurístico que cualquier taxonomía, también crea problemas. Cuando los terapeutas reifican cualquier operación que esté efectuando el paciente mediante un esquema de clasificación preestablecido, esto les impide explorar y comprender a fondo las sutilezas de la particular operación que realiza el paciente. Es muy posible que dos pacientes lleven a cabo un proceso clasificado como intelectualización y que lo hagan de maneras muy distintas.

Es importante reconocer que las particulares operaciones que efec-

túan los pacientes para restablecer su sentido subjetivo de las relaciones interpersonales son intrínsecas a su particularidad como personas y a cómo se interpretan a sí mismos en interacción con otros. Al entenderlas como intrínsecas, los terapeutas pueden utilizar estas operaciones como ventanas abiertas a los esquemas interpersonales de sus pacientes. Por ejemplo, un paciente empeñado en el proceso de intelectualizar tal vez crea que su valor como persona consiste en ser inteligente, por lo que maneja la ansiedad procurando expresarse con inteligencia. Tratando esta operación como intrínseca al paciente, y no como un obstáculo a eliminar, se abre un camino hacia la mejor comprensión de quién es el paciente.

#### EL CICLO COGNITIVO-INTERPERSONAL

Una observación fundamental, desde una perspectiva interpersonal, es que hay una considerable redundancia en los patrones interpersonales que caracterizan la experiencia de un individuo. De hecho, Sullivan definió la personalidad como "ese patrón relativamente persistente de situaciones interpersonales recurrentes que caracterizan la vida humana" (1953, p. 111). Un problema de capital importancia es entonces el de comprender cómo se establecen y se mantienen estos patrones interpersonales característicos, o lo que Sullivan llamó "patrones yo-tú".

La teoría interpersonal postula que "la conducta inadaptada persiste a través de períodos prolongados porque se basa en percepciones, expectativas o construcciones de las características de otras personas que tienden a ser confirmadas por las consecuencias interpersonales de la conducta expresada" (Carson, 1982). Esto es lo que Sullivan (1953) llamó "teorema de las emociones recíprocas" y Timothy Leary (1957) "principio de las relaciones interpersonales recíprocas". La premisa básica es que las expectativas funcionan como profecías que se cumplen a sí mismas y que influyen en el entorno.

Las personas elaboran esquemas interpersonales que se adaptan a un contexto de desarrollo porque los esquemas permiten predecir interacciones con figuras que suscitan apego. Lamentablemente, estos esquemas

interpersonales a menudo no se adaptan a nuevas circunstancias, porque continúan moldeando las interacciones. Por ejemplo, los individuos que prevén ser tratados con hostilidad, interpretarán selectivamente cualquier conducta neutral como hostil, responderán a la hostilidad esperada y percibida con su propia hostilidad, y así suscitarán hostilidad de parte del otro. Esta cólera provocada, a su vez, confirma sus expectativas de hostilidad, manteniendo así sus expectativas interpersonales y perpetuando el ciclo cognitivo-interpersonal.

Este tipo de ciclo cognitivo-interpersonal, o lo que Karen Horney (1950) llamaba círculo vicioso, ha sido descrito por varios teóricos (Carson, 1982; Kiesler, 1982a, 1988; Luborsky, 1984; Wachtel, 1977). A diferencia del enfoque exclusivamente cognitivo, que pone el acento en el modo como las personas interpretan activamente su entorno, esta perspectiva subraya que, como sostuvieron Strupp y Binder (1984), las personas a la vez *interpretan* y *construyen* sus entornos.

Hay varios tipos diferentes de ciclos cognitivo-interpersonales disfuncionales. En algunos casos, el individuo responde persistentemente de un modo inadaptado debido a que tiene expectativas disfuncionales respecto de la conducta interpersonal de otras personas. Por ejemplo, el individuo que prevé que otras personas serán agresivas, como resultado actúa continuamente de un modo autoprotector y agresivo. Otro ejemplo sería el individuo que prevé que los demás serán poco dignos de confianza, y como resultado es receloso o tiene dificultades para confiar en otros.

Otros ciclos cognitivo-interpersonales son moldeados por las operaciones de seguridad antes descritas. Por ejemplo, las personas que manejan la ansiedad hablando en forma inteligente podrían ahuyentar a otros con su aparente pedantería. Los que creen que los sentimientos de pesadumbre o cólera son inaceptables pueden mostrarse tan emocionalmente apáticos que resulta difícil acercarse a ellos, lo que confirma su creencia de que esos sentimientos son inaceptables.

Las personas psicológicamente sanas, por lo general, tienen esquemas interpersonales que predicen una razonable posibilidad de entablar relaciones interpersonales, y que les permiten sentir y actuar en una amplia gama de formas sin poner en peligro esa posibilidad. Por el con-

trario, los individuos menos sanos psicológicamente prevén dificultades para entablar relaciones interpersonales, y creen que una amplia gama de sentimientos y acciones presenta amenazas potenciales ante la posibilidad de tener relaciones interpersonales. La salud psicológica, pues, se puede representar como una línea continua. En el extremo inferior de esa línea, el individuo tiene expectativas extremadamente negativas respecto de la posibilidad de mantener relaciones interpersonales, y cree que las condiciones para mantenerlas son sumamente estrechas y rígidas. Estas personas reniegan de gran parte de su experiencia interna (emociones y sus correspondientes disposiciones a la acción) y tienen un sentido altamente restrictivo de cómo deben "ser" ellos para conservar la relación. En el extremo superior de la línea continua, el individuo tiene expectativas generalmente positivas sobre la posibilidad de establecer relaciones interpersonales y, como resultado de sus experiencias de desarrollo favorables y coherentes, aprende a integrar una amplia gama de diferentes experiencias internas a su sentido de sí-mismo.

La terapia cognitiva tradicional postula que la psicopatología o la mala salud psicológica se asocia con actitudes rígidas, disfuncionales o con contingencias de la autoestima (Beck, Rush y otros, 1979). Pero como la terapia cognitiva tradicional no destaca la importancia de procesar información de disposición a la acción internamente generada, no aborda las implicaciones que tiene para la psicopatología o la terapia la falta de procesamiento de dicha información.

En la medida en que un individuo tiene expectativas positivas sobre las relaciones interpersonales, que es capaz de procesar una gama de emociones y que puede actuar en una amplia gama de formas, tenderá a exhibir una amplia gama de patrones interpersonales según las exigencias de la situación particular y el carácter de la persona con la que está interactuando. En cambio, el individuo con expectativas rígidas respecto de los demás y con un sentido altamente restrictivo de cómo debe ser él para entablar relaciones interpersonales se caracterizará por tener patrones interpersonales rígidos, restrictivos y estereotipados.

Por ejemplo, un hombre que aprende que sentirse "necesitado" es un signo de debilidad que produce rechazo puede tener dificultades para experimentar y expresar sentimientos de vulnerabilidad. En consecuen-

cia, se muestra como una persona intelectualizada y desapegada, aparentando asumir una visión filosófica de sus relaciones. Debido a su inaccesibilidad emocional, otras personas significativas para él podrían reaccionar mostrándose distantes, con lo que confirmarían sus creencias disfuncionales respecto de sí mismo y los demás.

Una mujer que aprende que los actos de autoafirmación debilitan la relación interpersonal tiene dificultades para procesar sentimientos de cólera y por consiguiente actúa en forma sumisa. Como espera que los demás la rechacen si se muestra firme, tiende a interpretar la conducta ajena de un modo coherente con su esquema, lo que intensifica aún más sus intentos de comportarse sumisamente. Esto, a su vez, suscita una conducta dominante por parte de otras personas, lo que refuerza su sentido de sí misma como una persona sometida y de los demás como dominantes.

Una hipótesis básica de la teoría interpersonal es que los intercambios interpersonales están gobernados por el principio de *complementariedad* (Kiesler, 1982b, 1983, 1988). Este principio establece que determinadas conductas interpersonales tienden, de manera predecible, a suscitar otras conductas interpersonales determinadas. Basándose en la teoría de la comunicación (por ejemplo, Danziger, 1976), Kiesler (1988) plantea que la comunicación diádica no sólo transmite información sino que también define la relación entre los participantes. Si una persona actúa de forma dominante, esto representa una propuesta de definir la relación de una manera determinada, es decir, con el sí-mismo como dominante y el otro como sometido. La actitud siempre está referida a la relación, porque el sí-mismo de uno sólo puede definirse en relación con el otro. El otro puede o bien aceptar la definición propuesta para la relación o bien rechazarla actuando de un modo no complementario. Cuando un individuo ejerce una fuerte presión para suscitar una conducta complementaria, sin embargo, es difícil no responder en consecuencia.

Una gran proporción de la comunicación interpersonal tiene lugar en un nivel no verbal o paralingüístico (Ekman, 1972; Kiesler, 1982a); las personas pueden, por ejemplo, comunicar sometimiento a través de una postura corporal encogida, de un tono de voz autodegradante y de una evitación del contacto visual, o pueden comunicar hostilidad o rivalidad

mediante un contacto visual muy directo, alzando la nariz y endureciendo las mandíbulas. Dada la sutileza de la comunicación no verbal, las personas a menudo no se dan cuenta de a qué están respondiendo cuando alguien les incita a actuar de un modo complementario, lo que hace difícil, cuando no imposible, que suministren retroalimentación aun cuando estuvieran predispuestas a hacerlo.

Por estas razones, los individuos psicológicamente mal adaptados experimentan una redundancia mucho mayor en sus patrones interpersonales característicos que los psicológicamente sanos. Viven en un mundo interpersonal de su propia creación y rara vez tienen oportunidad de encontrarse con una experiencia interpersonal que les pueda suministrar pruebas que refuten alguno de sus esquemas. Lo que es más, incluso en aquellas situaciones en las que se ven ante información que los refuten, tenderán a asimilar la nueva información al viejo esquema.

Como señala P. L. Wachtel (1977), hay una ironía en estos ciclos cognitivo-interpersonales mal adaptados, y es que por lo general son perpetuados y mantenidos por el intento del individuo de lidiar con el problema de acuerdo con su modo de verlo. Por ejemplo, un individuo que esconde sus sentimientos de tristeza por temor a ahuyentar a otros, termina por ahuyentarlos precisamente porque oculta sus sentimientos de vulnerabilidad. Otro individuo que espera que los demás sean hostiles termina por provocar hostilidad a través de su intento de hacer frente a la hostilidad esperada. Como sostienen los teóricos sistémico/estratégicos, lo que constituye el problema es precisamente la solución intentada (Haley, 1963; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974).

La situación se complica aún más debido a que las personas con problemas emocionales a menudo transmiten, en los niveles verbal y no verbal, mensajes contradictorios, o incluso dos mensajes contradictorios en el nivel no verbal. Considérese este ejemplo: un paciente de sexo masculino interactúa sistemáticamente con la gente luciendo una sonrisa condescendiente en el rostro que lleva a los demás a reaccionar con un sentimiento de irritación cuya causa no pueden precisar. Esta irritación, de todos modos, se trasluce en sus interacciones con él y le hace sentir un resentimiento que no comprende por entero, pero que continúa transmitiendo de manera no verbal en la comunicación paralingüística y que los

demás, entonces, interpretan como un signo de condescendencia y hosquedad.

Esta clase de comunicación incongruente se produce cuando las personas tienen dificultades para reconocer o procesar ciertos sentimientos y disposiciones a la acción debido a que su esquema interpersonal predice que los mismos constituirán una amenaza para su posibilidad de mantener relaciones interpersonales. Así, por ejemplo, un individuo que ha aprendido que la cólera amenaza las relaciones interpersonales podría no sintetizar esta experiencia emocional en su plano consciente y no obstante experimentarla y comunicarla en un nivel no verbal.

En esas situaciones, las personas que interactúan con el individuo podrían responder a esa información no verbal sin darse cuenta y no ser capaces de comunicar las razones de su reacción. Lo que es más, los pacientes pueden no tener ninguna conciencia de la información de disposición a la acción que están transmitiendo y así sentirse totalmente desconcertados por las respuestas confusas e irritadas que suscitan en los demás. Esto tiene importantes implicaciones para el proceso terapéutico, como veremos más adelante.

## SEGUNDA PARTE

### LA PRACTICA

EVALUACION DE LOS PROCESOS COGNITIVOS CENTRALES

En los últimos años, varios teóricos cognitivo-conductuales han comenzado a distinguir los procesos cognitivos catalogados como centrales de los que se consideran periféricos (Arnkoff, 1980; Guidano y Liotti, 1983; Mahoney, 1982; Meichenbaum y Gilmore, 1984; Safran, Vallis y otros, 1986). Si bien la definición de los procesos cognitivos centrales varía de un teórico a otro, hay coincidencia general en que cumplen un papel central en la organización de los procesos cognitivos y conductuales del individuo, de modo que en definitiva deben ser modificados a efectos de que los cambios terapéuticos perduren. Evidentemente, por lo tanto, es vital que los terapeutas cognitivos tengan algún medio para identificar estos procesos cognitivos centrales con precisión. La perspectiva que hemos planteado sugiere que los procesos cognitivos centrales de un individuo se asocian con su esquema interpersonal. También sugiere que están insertos en un ciclo cognitivo-interpersonal distintivo que se mantiene a sí mismo.

Dada la sutileza de estos ciclos cognitivo-interpersonales, es difícil, si no imposible, evaluar con precisión ya sea el aspecto cognitivo o el interpersonal del problema del paciente sin tener en cuenta el otro aspecto. Para comenzar este proceso de evaluación, es útil contar con una muestra del ciclo cognitivo-interpersonal adecuada para trabajar con ella. Aunque es posible obtener información útil haciendo que el paciente refiera acontecimientos problemáticos que han tenido lugar entre una

sesión y otra, la reconstrucción que hace de un acontecimiento dado puede desviarse significativamente de la realidad. Además, muchos de los procesos cognitivos más importantes serán relativamente inaccesibles a menos que el ciclo cognitivo-interpersonal pertinente esté de hecho teniendo lugar. Por esta razón, la terapia grupal o matrimonial puede ser útil, dado que proporciona oportunidades para que los ciclos cognitivo-interpersonales se representen en el consultorio del terapeuta. A medida que estos ciclos se están representando, el terapeuta puede detenerse en diversos puntos para explorar los procesos cognitivos del paciente.

Cuando no se cuenta con una situación de terapia grupal, o con la presencia de otras personas significativas para el paciente en el consultorio, la interacción terapéutica misma puede proporcionar una muestra útil del ciclo cognitivo-interpersonal correspondiente. Desde luego, los terapeutas deben tener presente que ellos mismos inciden de manera significativa en cualquier interacción con un paciente, y que no hay ninguna garantía de que el patrón interactivo que tiene lugar en la terapia sea similar a otras interacciones en la vida del paciente. La probabilidad de que el patrón interpersonal que surge en la terapia sea similar a los demás patrones interpersonales del paciente será mayor, sin embargo, cuanto mayor sea el trastorno del paciente y su incidencia en el plano interpersonal (Kiesler, 1982b). Los terapeutas también deben cuidar de utilizar la interacción terapéutica *solamente* para generar hipótesis y explorar el estilo interpretativo característico del paciente; nunca deberán sacar conclusiones categóricas sobre el estilo interpersonal y los procesos cognitivos del paciente.

#### OBSERVACION PARTICIPANTE

¿Cómo se puede utilizar la interacción terapéutica con el fin de efectuar una evaluación? El principio más importante al respecto es acatar el criterio de Sullivan (1953) de que el terapeuta asuma la posición de observador-participante, es decir, una posición que le permite sentir el influjo interpersonal del paciente y observar la interacción en la que participa con éste. Sólo así puede detectar con mayor detalle las conductas y

comunicaciones que crean el influjo que está experimentando, para explorar los procesos cognitivos vinculados con el estilo interpersonal del paciente.

En la medida que el paciente ejerce un fuerte influjo para obtener una respuesta complementaria, se suscitará en el terapeuta la misma respuesta que en otras personas. Las tareas terapéuticas son de dos clases. En primer lugar, para generar hipótesis terapéuticas, el terapeuta debe ser capaz de atender a sus propios sentimientos y tendencias a la acción mientras participa en la interacción con el paciente. En segundo lugar, debe encontrar algún modo de sustraerse a esta interacción para evitar perpetuar el ciclo interpersonal disfuncional característico del paciente y convertirse en otra persona más que confirma su esquema interpersonal disfuncional.

El proceso de sustraerse al influjo interpersonal del paciente y metacomunicarse con el paciente respecto de la interacción compartida es esencial a todas las formas de psicoterapia interpersonal o interpersonally orientada. Uno de los mejores intentos de poner en operaciones este proceso de un modo sistemático es el de D. J. Kiesler (1982b, 1986, 1988). Kiesler (1988) identifica un modelo del proceso para la metacomunicación que comprende dos etapas distintas: una etapa de enganche y otra de desenganche. En la etapa de enganche, la conducta del paciente fuerza o arrastra al terapeuta a una gama estrecha y restringida de respuestas. El influjo que tiende a producir respuestas complementarias a la propia conducta del paciente es mayor que nunca en este punto, y el terapeuta se ve arrastrado hacia una posición confirmadora y no cuestionadora de la autodefinición del paciente.

En la etapa de desenganche, la primera tarea terapéutica consiste en advertir, atender y tratar de catalogar todo lo que está suscitando en el terapeuta el influjo del paciente. En este punto, son claves importantes los patrones repetitivos de las respuestas internas del terapeuta, o la sensación de que lo que sucede con el paciente, sea lo que sea, es recurrente o cíclico. El segundo paso en el proceso de desenganche consiste en interrumpir las respuestas complementarias, y el tercer paso es trabajar con el paciente para ayudarle a abandonar su estilo característico de suscitar respuestas. En el último paso, el terapeuta le habla directamente al

paciente acerca de la interacción entre ambos, haciendo referencia explícita (metacomunicándose con el paciente) a la respuesta distintiva del terapeuta a determinadas conductas del paciente.

#### MARCADORES INTERPERSONALES

Como señala Kiesler (1988), una parte importante del proceso de metacomunicación radica en detectar ejemplos específicos de las acciones del paciente que parecen estar asociadas o vinculadas con los sentimientos y tendencias a la acción suscitados en el terapeuta. Estas acciones van desde conductas manifiestas hasta sutiles comunicaciones y posturas corporales paralingüísticas y no verbales.

La identificación de estas acciones y comunicaciones cumple algunas funciones importantes. En primer lugar, como señala Kiesler (1988), si un tipo particular de conducta o de estilo de comunicación está provocando rechazo por parte de otras personas, es importante que el paciente tome conciencia de ello. Kiesler (1988) describe la situación en la que el paciente acostumbra responder a las cosas que dice el terapeuta con largas pausas silenciosas mezcladas con sonrisas rápidas y fugaces. El terapeuta del ejemplo de Kiesler (1988) deduce que el paciente piensa que el comentario del terapeuta es tonto, pero más tarde se revela que el paciente se estaba sintiendo como un tonto él mismo. Si, según apunta Kiesler, este tipo de interacción se da reiteradamente con otras personas (cónyuge, padres, amigos), los pacientes deben primero tomar conciencia de los mensajes que están emitiendo antes de poder comenzar a cambiar su conducta.

Para los terapeutas, identificar acciones y comunicaciones pertinentes del paciente también es vital por otras razones. En primer lugar, el proceso mismo de identificar y catalogar la conducta interpersonal pertinente le facilita al terapeuta el proceso de desengancharse. Al detectar las conductas, a menudo sutiles, que están suscitando su propia respuesta emocional, los terapeutas pueden empezar a comprender sus propias reacciones a medida que son suscitadas por determinado estímulo y así iniciar el proceso de descentrarse respecto de estas emociones. Ade-

más, una vez que los actos y comunicaciones pertinentes han sido identificados, el terapeuta puede estar preparado cuando vuelvan a ocurrir, en lugar de reaccionar a ellos automáticamente. En segundo lugar, los actos y comunicaciones del paciente que se han identificado son indicios importantes para sondear los procesos cognitivos concomitantes. Como ha sugerido Safran (1984a, 1990b), estos actos y comunicaciones se pueden considerar como *marcadores interpersonales*.

Un marcador interpersonal representa un claro indicio de una coyuntura apropiada para la exploración cognitiva y emocional. Estos marcadores interpersonales pueden concebirse como ventanas abiertas a la comprensión de todo el ciclo cognitivo-interpersonal. Los marcadores interpersonales inician todo el ciclo interpersonal problemático, porque son típicamente las conductas y comunicaciones a las que otras personas en el entorno del paciente responden de manera complementaria negativa. Por lo tanto, constituyen el punto de encuentro entre el esquema interpersonal y los ciclos disfuncionales del paciente. No sólo marcan el comienzo de un ciclo interpersonal disfuncional característico del paciente, sino que también están vinculados con los procesos cognitivos centrales del paciente.

Los marcadores interpersonales le suministran al terapeuta indicios útiles para explorar los procesos cognitivos y emocionales del paciente, porque los procesos internos más problemáticos para el paciente suelen ocurrir en asociación con los marcadores interpersonales que desempeñan un rol central en el ciclo cognitivo-interpersonal disfuncional del paciente. Los procesos cognitivos centrales del paciente, por lo tanto, tienden a ser más accesibles en el momento en que el paciente pone de manifiesto el marcador interpersonal.

Por ejemplo, el terapeuta advierte que se está sintiendo aburrido y desvinculado. Entonces, a través del proceso de observación participante, comprueba que estos sentimientos se vuelven particularmente intensos cuando el paciente habla en un tono de voz monótono y apagado. Luego, explorando la experiencia del paciente en estos momentos, el terapeuta descubre la ansiedad que le produce al paciente tener que mostrarle sentimientos fuertes al terapeuta.

En otro ejemplo, el terapeuta se da cuenta de que experimenta senti-

mientos coléricos y competitivos hacia el paciente. La posterior evaluación le revela que esos sentimientos parecen deberse a una mirada particularmente intensa que éste le dirige, acompañada de un gesto de apretar los dientes. La exploración de la experiencia del paciente en el momento de exhibir estos marcadores comienza a revelar sentimientos de cólera hacia el terapeuta, combinados con el temor de expresarlos directamente.

Una vez que se han identificado ciertos marcadores interpersonales importantes, el terapeuta puede asignarle al paciente la tarea de observarlos entre una sesión y otra, proceso que ayuda a los pacientes a desautomatizar su conducta habitual y les proporciona indicios para explorar y cuestionar procesos cognitivo/afectivos pertinentes por su cuenta (Safran, 1984a).

#### LA DISCIPLINA INTERNA DEL TERAPEUTA

El primer paso en el proceso de desenganche o desvinculación consiste en tomar conciencia de los propios sentimientos y tendencias a la acción con respecto al paciente. Como lo expresa Kiesler (1988): "Dado que el terapeuta es necesariamente influido por el paciente, por fuerza está sometido a sentimientos y otras implicaciones con el paciente antes de llegar a advertirlos o catalogarlos. *El primer paso esencial en este proceso de desenganche, por consiguiente, es que el terapeuta advierta, esté atento a y luego catalogue los compromisos a los que le arrastra el influjo de un paciente dado.* Mientras el terapeuta no advierte lo que le está sucediendo internamente, se encuentra atrapado en el juego transaccional del paciente" (pág. 38).

La capacidad de tomar plena conciencia de los propios sentimientos y tendencias a la acción mientras se interactúa con el paciente, por lo tanto, es un requisito previo para la eficacia de la terapia.

Así como el paciente que tiene un autoconcepto rígido y que cree que *debe* ser de determinada manera a efectos de mantener relaciones interpersonales tiene dificultades para tomar plena conciencia de sus experiencias internas, el terapeuta que tiene un autoconcepto rígido tendrá dificultades para tomar conciencia de ciertos sentimientos que le sus-

cita el paciente. Por ejemplo, los terapeutas que creen que está mal que un terapeuta se sienta atraído hacia los pacientes pueden tener dificultades para reconocer esos sentimientos cuando surgen en la terapia. Los terapeutas que creen que siempre deben ser cálidos, protectores y empáticos con los pacientes tendrán dificultades para reconocer sentimientos de cólera hacia ciertos pacientes. Los terapeutas con rígidas autoexigencias de ser infaliblemente competentes tendrán dificultades para reconocer sentimientos de impotencia y desvalimiento frente a los pacientes.

En la medida en que los terapeutas se sientan incómodos con dichas experiencias, quedarán enganchados por las interacciones con determinados pacientes y no podrán asumir la posición de observador-participante y desengancharse cuando sea necesario. Como es obvio, la mera comprensión intelectual de la importancia de la posición de observador-participante no es suficiente. Para ser un observador-participante, el terapeuta debe tener un autoconcepto lo bastante flexible como para poder reconocer y aceptar sus propios sentimientos en la interacción terapéutica. La capacidad que debe adquirir, por consiguiente, no es una destreza técnica que pueda aprenderse por medio de la práctica únicamente. Es, en cambio, una disciplina interna que sólo puede desarrollarse a través del crecimiento personal.

La supervisión de la psicoterapia, en consecuencia, debe centrarse en el proceso de ayudar a los terapeutas a advertir y aceptar sus propios sentimientos tanto como en el proceso de adquirir determinadas capacidades técnicas. Es conveniente que los terapeutas trabajen con supervisores o colegas para explorar los sentimientos y tendencias a la acción de los que no son totalmente conscientes. Por la vía de sondear, de un modo cooperativo y sin censura, los sentimientos y reacciones del terapeuta en ciertos puntos estratégicos, el supervisor o colega puede ayudarle a tomar conciencia de ellos. Además, los terapeutas deberían practicar la disciplina de observar sus propios sentimientos y reacciones personales con imparcialidad.

Las cualidades personales del terapeuta inciden en la terapia también de otra manera. Los terapeutas que tienen dificultades para aceptar ciertos sentimientos y experiencias en ellos mismos tendrán dificultades para mostrarse empáticos frente a estas experiencias cuando las exhiben sus

pacientes, de igual modo como a los padres a quienes les cuesta aceptar ciertos sentimientos en ellos mismos pueden tener dificultades para avenirse a la presencia de esos sentimientos en sus hijos. Por ejemplo, a los terapeutas que tienen dificultades para aceptar sus propias necesidades de protección y amparo les costará empatizar con los pacientes dependientes y entrar en su mundo fenomenológico. Los terapeutas que temen sus propios sentimientos de tristeza tendrán dificultades para empatizar con y aceptar los sentimientos de tristeza de sus pacientes. Esos terapeutas tenderán a presionar al paciente para que *no* esté en el estado en que está o para que *no* experimente lo que está experimentando, en lugar de tratar de comprender y responder de forma empática a la experiencia del paciente.

Cuando los terapeutas se sienten incómodos con una emoción como la tristeza, su ansiedad se transmitirá a los pacientes, y éstos pueden tener entonces dificultades para expresar y experimentar plenamente sus propios sentimientos de tristeza.

Otra forma más en que la incapacidad de los terapeutas de aceptar sus propios sentimientos obstruye el proceso terapéutico es que los sentimientos que ellos no reconocen o expresan explícitamente se "traslucirán" de todos modos y se expresarán en forma no verbal e indirecta a través de sus intervenciones.

#### LA EMPATIA

En la perspectiva cognitiva se ha planteado tradicionalmente la necesidad de una relación empática para establecer el tipo de relación cooperativa que hace que las intervenciones cognitivas den resultado (Beck, Ruch y otros, 1979). Existe una tendencia a concebir la empatía como un simple reflejo de los sentimientos del paciente. La empatía, sin embargo, no consiste meramente en reflejar los aspectos superficiales de las comunicaciones del paciente. Implica un proceso de sumergirse en el mundo interior del paciente de forma que se exprese la experiencia tácita (Gendlin, 1962; Rice, 1974; Rogers, 1951; 1961). Como la cognición y el afecto son inseparables, la empatía es al mismo tiempo un proceso cognitivo

y afectivo. El terapeuta debe adquirir no sólo la "idea" de las experiencias interiores de los pacientes, sino también la "sensibilidad" hacia los sutiles matices de esas experiencias, que los pacientes pueden no haber dilucidado ni expresado por sí mismos. La empatía, por consiguiente, implica un proceso de concordancia afectiva.

Un problema que suele encontrarse en los escritos de la corriente cognitivo-conductual es la concepción de la empatía y la exploración cognitiva como actividades independientes. Esta separación corre paralela a la distinción tradicional entre los factores específicos y no específicos en psicología, en tanto se considera a la empatía como un factor de relación no específico y a la exploración cognitiva, por el contrario, como una intervención específica de la terapia cognitiva.

La empatía y la exploración cognitiva, sin embargo, son *totalmente interdependientes*. El proceso de explorar el mundo fenomenológico del paciente es en parte un proceso empático. La empatía no debe consistir en tratar de tranquilizar a los pacientes asegurándoles que están siendo escuchados y comprendidos. En vez de ello, debe implicar el continuo intento por parte del terapeuta de comprender las experiencias interiores de los pacientes. Así, la empatía entraña una postura disciplinada del terapeuta en cuanto a tratar de ponerse en el lugar de los pacientes a efectos de comprender las sutilezas del mundo fenomenológico de éstos. El terapeuta debe preguntarse constantemente: "¿Qué está experimentando mi paciente ahora? ¿Cómo experimenta o ve realmente las cosas en este momento? ¿Cómo sería estar en la posición de mi paciente en este preciso instante?"

La incomprensión de la verdadera índole de la empatía puede ser la causa de que el terapeuta brinde una falsa respuesta empática. A menudo los terapeutas, debido a que creen que deben ser comprensivos y empáticos, procuran transmitir comprensión cuando, en realidad, no están empáticamente inmersos en el mundo interior del paciente. Esta falsa empatía no facilita el proceso terapéutico, sino que interfiere en él. En algún nivel, los pacientes sabrán que su experiencia interior no es verdaderamente comprendida por el terapeuta, pero con frecuencia tendrán dificultades para comunicárselo al terapeuta, en primer lugar debido a que ellos mismos suelen ser incapaces de dilucidar explícitamente su

propia experiencia interior y, en segundo lugar, porque no desean poner en peligro la relación con el terapeuta insinuando que se sienten incomprendidos. De todos modos, en cierto nivel presentarán que algo va mal. Cuando esto ocurre, se crea una pseudointimidad o pseudoalianza, en la que los terapeutas simulan comprender a los pacientes y los pacientes simulan sentirse comprendidos. En consecuencia, los pacientes se distancian aún más de su terapeuta y de sí mismos.

Además de dar lugar a una pseudoalianza, el hecho de que el terapeuta les asegure a los pacientes que les comprende cuando no está sintiendo ninguna empatía puede suponer la ocultación de una información muy importante. Si un terapeuta experimenta dificultades para empatizar con la experiencia del paciente, esto puede obedecer a ciertas razones. Una posibilidad es que los propios problemas del terapeuta están creando un obstáculo, pero una segunda posibilidad es que algo esté sucediendo dentro del paciente. Un paciente que está desligado de su auténtica experiencia interior tendrá dificultades para comunicársela al terapeuta.

La calidad de la relación terapéutica siempre incide en la capacidad del paciente para explorar su propio mundo interior, y las fluctuaciones en esa capacidad siempre deben entenderse en función del contexto de la relación inmediata. Teniendo esto presente, sin embargo, es conveniente que el terapeuta diferencie distintas clases de expresión emocional y esclarezca la relación que guardan con la auténtica experiencia interior, tal como lo plantean Greenberg y Safran (1987).

La emoción primaria es reflejo directo de una respuesta auténtica del organismo a la situación presente. Esta experiencia emocional comporta un significado tácito que puede no estar muy claro para el individuo, pero que igualmente indica algo importante acerca de la forma en que está evaluando la situación y acerca de su disposición a actuar. Es con esta clase de experiencia emocional auténtica y primaria con la que deben empatizar los terapeutas a efectos de ayudar a los pacientes a expresar con claridad sus experiencias internas y llegar a aceptarse plenamente a sí mismos.

Una emoción reactiva supone una reacción emocional secundaria a una experiencia cognitiva o emocional subyacente. Hay dos subtipos principales de experiencia emocional reactiva. Uno entraña una respuesta

autocrítica negativa a un sentimiento o interpretación subyacente y suele presentarse en una situación en la que el paciente ha aprendido que la experiencia o expresión de determinada emoción representa una amenaza a la posibilidad de establecer relaciones interpersonales. Por ejemplo, un paciente se siente enojado y luego se pone autocrítico por sentirse así. En este ejemplo, el sentimiento de depresión asociado con la autocrítica es una emoción reactiva.

Un segundo subtipo de emoción reactiva es la que Safran y Greenberg (1988) denominan una "emoción operativa de seguridad". En este caso, la persona que experimenta la emoción primaria como potencialmente amenazadora para las relaciones interpersonales responde con otra emoción que reduce temporariamente su ansiedad o aumenta su autoestima. Por ejemplo, una persona que en un momento dado se siente vulnerable responde expresando cólera. Esta expresión de cólera le ayuda a sentirse, temporalmente, más firme. En este caso, sería un error por parte del terapeuta mostrar empatía con el sentimiento de cólera, porque es el sentimiento subyacente de vulnerabilidad el que es primario.

Greenberg y Safran (1987) se refieren a otra categoría de experiencia emocional como "emoción instrumental". Las emociones instrumentales son repertorios aprendidos que tienen funciones interpersonales. Por ejemplo, un individuo que ha aprendido que el llanto sirve para conseguir apoyo o protección interpersonal podría llorar en vez de expresar sus necesidades directamente o expresar la emoción primaria subyacente que amenaza a la posibilidad de mantener relaciones interpersonales. Por ejemplo, un paciente que parecía estar sumamente enojado con su novia lloraba al hablar de ella, en lugar de expresar su enfado. El terapeuta pensó que debía sentirse empático hacia su paciente, pero por alguna razón no lo conseguía. Al escuchar la cinta grabada de la sesión durante la supervisión, su intento de transmitirle una respuesta empática a su paciente sonaba a vacío.

En esta situación, el hecho de que el terapeuta no se relacionara empáticamente con el llanto del paciente suministraba un dato importante. Indicaba que la emoción expresada por el paciente no era un reflejo exacto de su auténtica experiencia emocional subyacente. Era importante, por consiguiente, que el terapeuta procurara dilucidar cuáles eran la

experiencia emocional subyacente y los obstáculos que le impedían al paciente experimentar y expresar esa emoción directamente.

#### LA RUPTURA DE LA ALIANZA COMO OBJETIVO PARA LA EXPLORACION

Una ruptura de la alianza se puede definir como un punto en la interacción entre terapeuta y paciente en que la calidad de la alianza terapéutica se quebranta o se deteriora. Las rupturas en las alianzas varían en cuanto a intensidad, gravedad y duración. Van desde simples malentendidos, que se resuelven fácil y rápidamente en poco tiempo, hasta problemas más crónicos en la alianza terapéutica que pueden extenderse durante el transcurso de una o más sesiones, o durante todo el curso de la terapia.

En los escritos de la corriente cognitivo-conductual, a la alianza terapéutica se la suele concebir como una entidad estática que o bien existe o no existe. Se presupone que si hay una alianza terapéutica adecuada, la terapia puede seguir adelante, mientras que si la calidad de la alianza terapéutica no es adecuada, entonces la terapia no tendrá éxito. En lugar de concebir la alianza terapéutica en términos de todo o nada, sin embargo, es mucho más útil que el terapeuta la considere como una cualidad de la relación que fluctúa continuamente.

El terapeuta debe, en todo momento, ser sensible a la calidad de la alianza terapéutica y advertir estas fluctuaciones. Los problemas en la alianza terapéutica siempre son resultado de una interacción entre el paciente, el terapeuta y el particular enfoque o intervención que el terapeuta emplea. Diferentes clases de terapia y diferentes clases de intervención terapéutica tienden a dar lugar a diferentes clases de rupturas en la alianza. Por ejemplo, la posición neutral del psicoanalista clásico probablemente llevará a una ruptura en la alianza en la que el paciente percibe que el terapeuta se mantiene reservado. En cambio, las intervenciones de la terapia cognitiva que implican un cuestionamiento pueden crear rupturas en la alianza en las que el paciente se siente criticado y descalificado.

Siempre hay una interacción entre la intervención específica, la manera en que se la emplea y las particulares susceptibilidades del paciente. Por ejemplo, el terapeuta cognitivo que cuestiona los pensamientos automáticos de un paciente de un modo sensible y empático posiblemente no provocará una ruptura en la alianza, en especial si ese paciente no es excesivamente susceptible a la posibilidad de ser descalificado. En cambio, el paciente a quien le angustia particularmente la posibilidad de la descalificación puede percibir una intervención cuestionadora como descalificante, aunque el terapeuta intervenga con sensibilidad.

Dado el rol que cumplen las susceptibilidades del paciente, las rupturas en la alianza terapéutica pueden suministrarle al terapeuta una información importante acerca de determinadas susceptibilidades. Una ruptura en la alianza terapéutica puede funcionar como un útil atisbo del mundo subjetivo de un paciente, o de su "modelo de relación de rol", para usar la terminología de Horowitz y Marmar (1985). Por esta razón, la presencia de una ruptura en la alianza no es un suceso desafortunado que deba eliminarse lo antes posible. Funciona como una coyuntura ideal para esclarecer la naturaleza de las susceptibilidades y el esquema interpersonal particular del paciente. Además, como veremos en el capítulo 7, el proceso de reparar una ruptura en la alianza terapéutica puede ser un factor de cambio sumamente poderoso.

En cualquier terapia cognitiva en la que se emplean intervenciones para cuestionar los pensamientos automáticos o las creencias disfuncionales del paciente, esta coyuntura es particularmente arriesgada en materia de rupturas de la alianza. Por consiguiente, un terapeuta que está cuestionando o poniendo en tela de juicio los pensamientos automáticos del paciente debe estar particularmente alerta ante la posibilidad de que la intervención no esté dando resultado. A la primera señal de que el paciente no parece estar dispuesto a aceptar otra interpretación posible de la realidad, el terapeuta debe detenerse en medio de la intervención y comenzar a explorar exactamente qué le está sucediendo al paciente en ese momento.

Mediante la exploración de lo que el paciente está experimentando en ese instante, el terapeuta puede descubrir que no está dispuesto a

aceptar otra interpretación de la realidad debido a que se siente criticado o descalificado por el terapeuta. Si éste logra entonces desengancharse de la interacción y explorar los sentimientos del paciente con empatía, podrá ayudarlo a explorar y luego a cuestionar procesos cognitivos centrales. En cambio, el terapeuta que se mantiene enganchado y continúa cuestionando la creencia del paciente puede confirmarle la creencia disfuncional de no ser respetado por los demás.

Cuando existe una buena alianza terapéutica hay una resonancia empática entre terapeuta y paciente. El terapeuta se pone en el lugar del paciente, se siente emocionalmente afectado por lo que éste dice y ve que responde a sus comentarios empáticos de un modo que indica que se siente comprendido. El terapeuta y el paciente, pues, se ajustan el uno al otro como si estuvieran bailando. El paciente dice algo y luego espera la respuesta del terapeuta; el terapeuta habla y entonces se dispone a escuchar la respuesta del paciente. Los comentarios del paciente parecen fluir directamente en respuesta a los comentarios y preguntas del terapeuta. Se tiene así la sensación de estar construyendo o creando algo juntos.

Por el contrario, cuando existen problemas en la alianza terapéutica hay una falta de resonancia empática entre el terapeuta y el paciente. El terapeuta tiene dificultades para identificarse con el paciente. O tal vez crea que comprende al paciente, trate de comunicarle esta comprensión y se encuentre con que el paciente no se siente comprendido. No hay sincronía interactiva entre ellos. En lugar de interactuar en forma abierta y receptiva, tienden a hablar sin estar atentos el uno al otro. Así, el paciente quizás interrumpa continuamente al terapeuta, o el terapeuta tal vez crea que para ser entendido tiene que interrumpir al paciente.

Los siguientes son siete indicadores comunes de la existencia de problemas en la alianza (Safran, Crocker y otros, en prensa):

1. el paciente comunica sentimientos negativos o escépticos directamente;
2. el paciente comunica sentimientos negativos indirectamente, a través de sarcasmos;
3. el paciente hace alusión a la existencia de problemas en la relación terapéutica refiriéndose a relaciones temáticamente similares;

4. el paciente y el terapeuta discrepan respecto de los objetivos o las tareas de la terapia;
5. el paciente acata o consiente;
6. el paciente no responde a una intervención;
7. el paciente activa dispositivos de seguridad.

#### COMPRENDER EL ESQUEMA INTERPERSONAL DEL PACIENTE

Nuestra insistencia en la importancia de comprender el esquema interpersonal del paciente se corresponde, en ciertos aspectos, con la perspectiva sostenida por diversos teóricos de orientación psicodinámica. Por ejemplo, algunos especialistas en terapias breves como D. H. Malan (1976) y P. E. Sifneos (1979) proponen elaborar formulaciones del conflicto central del paciente lo antes posible. Strupp y Binder (1984) plantean que es importante desarrollar una formulación del foco dinámico del paciente en una etapa temprana de la terapia. Luborsky (1984) subraya la importancia de evaluar el tema conflictivo central del paciente respecto de las relaciones.

Si bien coincidimos con estos teóricos en cuanto a la importancia de elaborar alguna conceptualización de los temas que son centrales para el paciente, también deseamos destacar la necesidad de explorar plenamente la fenomenología actual del paciente en lugar de hacer suposiciones al respecto sobre la base de una construcción. Aunque esto puede parecer una perogrullada, una vez que los terapeutas han elaborado una construcción clara y precisa de los aspectos centrales del paciente, a menudo tienden a asimilar la fenomenología a dicha construcción, en vez de explorar y comprender el proceso interpretativo que está llevando a cabo el paciente.

El concepto que se forma el terapeuta de la relación que tiene el paciente con él nunca debe estar determinado por sus ideas sobre las relaciones del paciente con sus padres u otras personas significativas en su vida. Este tipo de dato histórico puede funcionar como una información de base que inevitablemente influirá en lo que el terapeuta destacará más en la presentación del paciente. Si los terapeutas dan por sentado

que comprenden la experiencia interior inmediata del paciente sobre la base de la información histórica, corren peligro de pasar por alto lo que verdaderamente le está sucediendo al paciente aquí y ahora.

Algunos terapeutas cognitivos tienden a hacer encajar los procesos interpretativos del paciente en categorías preestablecidas (sobregeneralización, abstracción selectiva, autoafirmaciones negativas) en lugar de tratar de comprender la naturaleza idiosincrásica de la fenomenología del paciente en un momento dado. El clínico puede elaborar un marco de referencia útil identificando diversos estilos cognitivos disfuncionales de antemano. Pero para contrarrestar el riesgo de la reificación, es necesario realizar una exploración fenomenológica continua y disciplinada.

¿Cómo puede el terapeuta generar hipótesis y estrategias terapéuticas y al mismo tiempo mantenerse receptivo a cualquier cosa que surja a cada momento? La investigación sobre la simulación de sistemas expertos es reveladora al respecto (Dreyfus y Dreyfus, 1986). Considérese el ejemplo del jugador de ajedrez experimentado. La diferencia entre un ajedrecista experto y un principiante es que el principiante utiliza un proceso de razonamiento por secuencias para prever diferentes jugadas que podrían hacer él o su contrincante y considerar distintas respuestas posibles. Las investigaciones efectuadas con ajedrecistas expertos indican, en cambio, que éstos operan sobre la base de un análisis de patrones holísticos más que a través de un razonamiento lineal en secuencias. Un jugador de ajedrez experto ha almacenado en la memoria un caudal de información sobre distintas jugadas, defensas y partidas anteriores, así como sobre el contrincante específico. Esta información funciona como una base; está allí de forma tácita más que explícita. Pero es en el contexto de esta información de base en el que surge una percepción holística inmediata, y el ajedrecista experto literalmente ve diferentes patrones intrínsecos en sus jugadas o las de su contrincante sin tener que computarlas lógicamente. La información de base tácita *libera la atención del jugador de ajedrez de modo que éste puede tener una máxima receptividad a las posibilidades del momento.*

De manera similar, un clínico experimentado puede hacer uso de un caudal de experiencia sobre las interacciones humanas y los procesos

terapéuticos, basado en anteriores experiencias con otros pacientes y en el conocimiento previo acerca del paciente. Esta información, sin embargo, funciona como la base a partir de la cual se perciben holísticamente los patrones actuales. Por lo tanto, el clínico experto no le impone al caso del paciente teorías derivadas de experiencias previas con fenómenos similares, sino que literalmente percibe nuevos patrones en lo que está teniendo lugar en ese momento.

En consecuencia, desaconsejamos a los terapeutas elaborar construcciones detalladas y complejas de antemano. Estas construcciones, aunque produzcan buena impresión al principio, a menudo le impiden al terapeuta advertir nuevos procesos que están teniendo lugar en el plano de lo inmediato. Cuanto más refinada y compleja sea la construcción, tanto más probable es que el clínico se aferre a ella y esté menos receptivo a los nuevos procesos del momento que la contradicen.

Así, en una etapa temprana de la terapia, el terapeuta debería elaborar una formulación muy general sobre los procesos cognitivos centrales del paciente, mantenerla en un nivel relativamente informal y revisarla sobre la marcha en respuesta a la nueva información que vaya surgiendo. En cierto sentido, esta actitud es similar a lo que Freud llamó "atención flotante", o como lo describió Reik (1948), a escuchar con la tercera oreja.

También es similar al tipo de mente intuitiva que cultiva la tradición taoísta. Según explica Allan Watts (1957), la filosofía taoísta tiene un gran respeto por la mente natural o intuitiva en contraposición con la mente reflexiva o estructurada. Desde este punto de vista, el estado psicológico apropiado para la creatividad y la vida radica en tener la mente abierta y receptiva a los patrones que se dan en el momento, en vez de tratar de imponer la propia voluntad sobre ellos. Esta filosofía básica se expone muy bien en el uso del I-Ching, el oráculo tradicional chino, que expresa la esencia de la filosofía taoísta. La persona que está utilizando el I-Ching arroja monedas para descubrir un patrón que sea un reflejo del momento en que son arrojadas. La idea es que si uno considera el patrón manteniendo un estado mental abierto, podrá estar receptivo ante los patrones de cambio y las fuerzas propias de ese momento. Sólo descifrando los patrones del momento y respondiendo a su configuración pre-

cisa puede uno actuar en armonía con el Tao o los principios del universo.

El principio que fundamenta este tipo de estado mental abierto y receptivo es lo que se denomina *wu-wei*, que significa "no acción", no en el sentido de la pasividad, sino en el de no tratar de hacer que las cosas sucedan de un modo insensible a la configuración actual. La idea básica es que si uno es capaz de suspender todo intento de forzar las cosas y se mantiene receptivo a los patrones del momento, podrá responder a ellos de un modo pleno, espontáneo y creativo.

Otro principio de la filosofía taoísta es *te*, que se traduce como "virtud". *Te* no es una virtud en el sentido occidental convencional, sino que es la eficacia o el poder que surgen de actuar en forma intuitiva y espontánea, en respuesta a las circunstancias del instante. Esta clase de ingenio espontáneo y creativo es un principio rector de muchas artes asiáticas y de las obras superiores. El principio *te* estipula que aunque el artista requiere capacidades técnicas, éstas son instrumentales y secundarias, y deben pasar a constituir una base: la obra superior del individuo es resultado de un accidente creativo que tiene lugar cuando el individuo responde, de forma no deliberada ni estructurada, a las circunstancias del momento. Análogamente, el conocimiento formal y la capacidad técnica del terapeuta deben ser la base, o el suelo en el que puedan germinar las simientes de actos espontáneos y no deliberados, enteramente en respuesta al momento de la interacción terapéutica.

#### EVALUACION DEL CICLO COGNITIVO-INTERPERSONAL

La siguiente transcripción, que ilustra la evaluación del ciclo cognitivo-interpersonal de un paciente, se ha extraído de una sesión con un hombre de treinta años, que estaba internado por una depresión severa. El estilo interpersonal de este paciente es particularmente llamativo debido a su agudeza amarga y sarcástica, que pauta sus interacciones con el terapeuta y con otras personas. Al iniciarse la transcripción, el paciente está expresando su enfado con los profesionales del hospital que, a su entender, le han estado tratando de forma incompetente.

*Paciente:* No me va muy bien con la medicación que me están dando, que es una verdadera porquería, y he estado tomando codeína para aliviar el dolor. Me siento como la mierda —y no es que sepa lo que siente eso, pero se me ocurre que así es como se siente la mierda—. Estoy realmente mal, muy negativo y realmente furioso, muy furioso con uno de los médicos en particular. Te hacen tomar la medicación que están probando en tu caso durante el mayor tiempo posible, en la esperanza de que los efectos colaterales van a desaparecer en algún momento, sin importarles cuánto sufras. También tengo dolores de cabeza, y para eso me dan remedios adicionales. He andado de un lado para otro como un perfecto zombi estos últimos cuatro o cinco días y sintiéndome realmente mal. Corrí las cortinas de mi habitación..., me siento poco comunicativo y hecho un desastre.

*Terapeuta:* Parece que ha pasado una semana realmente mala.

*Paciente:* Así es. Y como tenía dificultad para expresarme, una de las enfermeras, que es particularmente resuelta, fue a ver al médico residente ayer y le soltó: "¿Qué le está haciendo a ese pobre hombre?". El médico me dio la medicación esta mañana para ver si me daba dolor de cabeza y, por supuesto, tuve dolor de cabeza. Y ahora me va a suspender la dosis del mediodía, lo que es una gran cosa por su parte.

*Terapeuta:* Así que finalmente se están tomando medidas, pero usted dice: "Es una gran cosa por su parte". ¿Está diciendo que es... como un poco tarde, en cierto sentido?

*Paciente:* Es demasiado tarde. Demasiado tarde. Cuando me daban la medicación anterior, que era *Parnate*, me la siguieron dando durante cuatro semanas y la presión me bajó a siete, que es bajísimo. Andaba casi sosteniéndome en los muebles, muy mareado y aturdido, cosa que no es nada agradable. Pero lo soporté, pensando que ya se me pasaría. Y entonces dictaminaron que no, que no se me iba a pasar. Y me cambiaron la medicación. Yo entiendo la necesidad de proceder por ensayo y error, pero..., eso sí, me advirtieron que ellos saben lo que hacen. Y yo soy una persona enferma.

*Terapeuta:* ¿Quién le advirtió eso?

*Paciente:* Los médicos lo advierten, sabe usted, de un modo muy cortés. "Esos efectos colaterales suelen desaparecer; hay que tener paciencia", dicen, y: "Claro que nos damos cuenta de que debe sentirse usted muy frustrado y quiere algo que la haga efecto de inmediato. Pero tiene que ser paciente, pues a veces estos medicamentos tienen efectos colaterales que duran un par de semanas y después esos efectos desaparecen con el tiempo. Pero debe tener paciencia".

*Terapeuta:* Ya veo.

*Paciente:* Así es que estoy practicando la paciencia de Job. Todos sabemos como terminó la historia de Job, ¿no es así? Nada bien.

*Terapeuta:* Ajá. De modo que no se siente muy bien en ese papel. Está tratando de practicar la paciencia, pero usted...

*Paciente:* Yo soy un hombre muy paciente, en realidad. Pero es difícil ser paciente cuando se siente dolor. No es fácil.

*Terapeuta:* Sí, parece que se le está agotando la paciencia..., que está llegando a su límite.

*Paciente:* Y... Siempre vuelvo a mi antigua formación católica, sabe usted. Todo dolor debe ser ofrendado, y uno ofrenda su dolor y con ello contribuye a absolver algunas almas que están en el Purgatorio. Yo no sé por qué me vuelve a la cabeza todo eso, pero así es. De modo que llamé por teléfono a mi madre y le dije que ya no queda ni un alma en el Purgatorio, así que esto tiene que cesar. Hay que pasarlo para saber lo que es.

*Terapeuta:* Está bien, así que usted sufre muchos dolores, y parece que por un lado, está tratando de sobrellevar el dolor y ser paciente, y vuelve a los recuerdos de su infancia, a ejemplos de personas que soportaron dolores, pero por otro lado...

*Paciente:* Sí, debo admitir que cuando usted empleó la palabra "mártir", hace dos semanas, me hizo recordar cosas de mi niñez.

*Terapeuta:* Bien, pero parece que se está sulfurando bastante, también.

*Paciente:* ¿Quién, yo? Yo nunca me sulfuro, nunca chillo. Jamás [dicho con énfasis]. La única cosa..., lo único bueno que surgió

de todo esto fue que ayer vino a mi habitación el residente psiquiátrico, y yo le estaba hablando finalmente del dolor de cabeza que tengo, y de que no podía soportarlo más, y le enseñé las verrugas.

*Terapeuta:* ¿Usted le mostró...?

*Paciente:* Las verrugas que tengo en el pie. Me pareció que él podría curármelas.

*Terapeuta:* ¿Está diciendo que fue una burla?

*Paciente:* Una burla, así es. Sí. Y él me contestó que no trataba verrugas. De modo que no tuvo efecto.

*Terapeuta:* Ya veo: Usted le soltó una indirecta, pero él ni se dio cuenta, ¿es eso lo que me está diciendo?

*Paciente:* No la captó. O fue así, o es que tiene tanto control sobre su lenguaje corporal que ni dio señas de entenderla. Tal vez cayó en la cuenta mientras volvía a su casa en el tren. Es un hombre muy, muy cerrado.

*Terapeuta:* Me impresiona lo amargado y rencoroso que le noto en este momento.

*Paciente:* Lo lamento. No me gusta ser... No me gusta nada parecer amargado. Soy demasiado joven para estar amargado. La amargura es algo que viene con la edad.

*Terapeuta:* Sí, pero me pregunto qué es lo que realmente está experimentando usted en estos momentos.

*Paciente:* ¿Yo? Estoy cansado, eso es todo. Estoy..., estoy dolorido y cansado. Estoy cansado de que cuando quieren probar una medicación para uno, se la hacen tomar durante tres o cuatro semanas. Las dos veces anteriores, he tenido que sufrir como un condenado para probarles que la medicación no sirve. Y me deprimó más y tengo más tendencias suicidas. Y entonces ellos dicen: "¡Ah! Esta medicación no da resultado". Pues yo podría haberles dicho eso mismo dos semanas atrás.

En este fragmento, el paciente comienza a dar un ejemplo de su estilo interpersonal: un ingenio rápido y cáustico, que cuando se combina con su frustración y amargura puede tomar como blanco a quienes le han

herido u ofendido, como en el caso del residente psiquiátrico. Con la intención de ayudar al paciente a explorar los sentimientos asociados con sus acciones, el terapeuta le transmite su percepción del rencor y la amargura del paciente. Esta intervención, sin embargo, tiene un efecto inesperado. El paciente niega sentirse amargado. El terapeuta percibe un leve debilitamiento en la alianza y en el siguiente fragmento comienza a explorar cómo afectó al paciente su comentario.

*Terapeuta:* Me pregunto qué le sucede a usted cuando le digo que me parece que está realmente amargado en estos momentos. Quiero decir, ¿qué le pasa a usted cuando le digo eso?

*Paciente:* Lo siento como un ataque.

*Terapeuta:* ¿Siente que le estoy atacando?

*Paciente:* Sí, pero sin intención de herirme.

*Terapeuta:* ¿Pero le hiere?

*Paciente:* ¿Viniendo de usted? No, no me hiere, pero sigue siendo un ataque. Porque a usted le he puesto en un lugar aparte —en mi mente, por el papel que cumple— así que no tengo que tomar nada de lo que usted dice como algo personal, no tiene que herirme. Tal vez sea una protección. ¿Cómo lo llaman? ¿Un mecanismo de defensa, quizá?

*Terapeuta:* Ajá.

*Paciente:* Es muy probable que no tome su comentario sobre mi amargura del mismo modo como lo tomaría si viniera de mi... mi madre, o mi hermano o mi hermana. Viniendo de usted es una cuestión más profesional... Así es que no me va a romper tanto el corazón. Pero lo acepto de todos modos como algo sincero. ¿Entiende lo que digo?

*Terapeuta:* No del todo. Entiendo algunas partes, me parece.

*Paciente:* Usted no puede romperme el corazón. Sabe, si mi madre me dijera eso, me rompería el corazón. Usted no puede tener ese efecto, pero igualmente lo considero sincero... No es como si viniera de ella, o de mi padre o de otra persona.

*Terapeuta:* Está bien, entiendo que no le hiere tanto como si proviniera de otra persona. Cuando se lo dije, no fue con la intención

de atacarle. Y me pregunto, en primer lugar, si esto no se relaciona de algún modo con su propia experiencia. ¿Usted no se siente a sí mismo como una persona que está amargada, en este momento?

*Paciente:* No estoy seguro.

En la respuesta a su pregunta, el terapeuta descubre que el hecho de estar amargado tiene una connotación negativa para el paciente, quien en consecuencia experimenta el comentario del terapeuta como una crítica (aunque parece tener cierta dificultad para reconocer que el comentario le hirió). Nótese que el paciente dice que le "rompería el corazón" que su madre le dijera algo por el estilo. La vividez y el patetismo de esta expresión brinda un indicio de lo negativo que considera el paciente este rasgo de la amargura.

Dado que ese sentimiento le resulta tan inaceptable, el paciente puede tener dificultades para reconocer y explorar *cualquier* sentimiento de amargura. Esto podría presentar un dilema en relación con el cambio, dado que el primer paso en el proceso de cambio radica en reconocer cualquier sentimiento que uno tenga. Los sentimientos de amargura suelen reflejar una mezcla de cólera, frustración y resignación. La resignación a menudo proviene de darse por vencido por temor a las consecuencias de expresar la cólera más directamente.

A continuación se exploran las creencias del paciente con respecto a las consecuencias de estar enfadado.

*Paciente:* Me da miedo estar amargado. Es muy peligroso en este lugar. Encuentro que tengo que tener mucho cuidado con lo que digo y esconder gran parte de lo que siento, porque temo que me echen, o que me nieguen el tratamiento.

*Terapeuta:* Ajá.

*Paciente:* Cuando estoy con mi médico, me quedo sentado así, con las manos cruzadas y apoyadas en el regazo, y trato de ser muy simpático. Le digo: "Sí, desde luego". Por lo general muestro una actitud positiva y hago preguntas inteligentes. O empleo un cuestionamiento reflexivo con él, lo que me divierte enorme-

mente. Y así es más o menos como son las cosas. Y entonces ellos siempre llevan la conversación a algún tipo de conclusión según su... su plan de cuidados para la semana siguiente. Y yo les repito todo lo que me dicen, y ellos se sienten escuchados. Y así termina la cosa.

*Terapeuta:* ¿Qué hay de lo que sucede aquí?

*Paciente:* ¿Con usted?

*Terapeuta:* Sí, ¿le pasa lo mismo que...?

*Paciente:* No. No me quedo sentado así todo el tiempo. Aquí vemos muchas cosas. En mi relación..., en mis charlas con usted no se da la misma clase de esterilidad. No sé...; me siento más cómodo aquí. Al principio sentía la necesidad de estar más en guardia. Ahora me siento menos en guardia. Con los médicos que están en la otra parte del hospital, siento la necesidad de ponerme muy en guardia. Si es que eso tiene algún sentido.

*Terapeuta:* Me está diciendo que con ciertas personas siente como una necesidad de ser cauteloso porque...

*Paciente:* Hay más probabilidades de meterse en líos si se hace un comentario sarcástico delante de ellos.

*Terapeuta:* ¿Alguna vez se metió en problemas por...?

*Paciente:* Tuve problemas una vez con una enfermera por hacer un comentario sarcástico. No conseguía tomarme la presión, así que le mostré cómo hacerlo y le pregunté hasta qué año había asistido a la escuela de enfermería. Se ofendió terriblemente. Pero, ¿es un problema mío si tiendo a decirles cosas que están fuera de su... fuera de su alcance?

*Terapeuta:* ¿Como para burlarse de ellos, o...?

*Paciente:* Bueno, a veces. Depende de quién se trate.

En esta ocasión el paciente puede explorar sus temores a mostrarse directamente enojado con otras personas, pero niega que esto sea un problema en la situación actual. En esta etapa de la relación terapéutica, para el paciente podría ser demasiado arriesgado reconocer y explorar abiertamente sus sentimientos de cólera y su temor a las consecuencias. En este fragmento también puede verse mejor el estilo interpersonal del

paciente. Continuamente aparece un tono caústico, de superioridad o arrogante ("¿Es un problema mío si tiendo a decirles cosas que están fuera de su alcance?"). La transcripción salta ahora a una fase posterior de la sesión, en la que el paciente habla sobre sus sentimientos de depresión.

*Paciente:* Me siento pesado, feo y espantoso. Y cuando me estaba duchando esta mañana, sentía que no podría librarme de la pesadez, pero era el sentimiento de culpa. Me miré al espejo para afeitarme y pensé: "¡Por Dios!". Es como ver el mundo a través de lentes de colores muy diferentes, y por cierto que no son de color de rosa. Todo recae sobre mí.

*Terapeuta:* ¿Sobre usted?

*Paciente:* Sí, sí.

*Terapeuta:* ¿Qué es lo que recae sobre usted?

*Paciente:* Una cantidad de porquerías, de cosas muy negativas.

*Terapeuta:* En este preciso momento, mientras estamos aquí, ¿experimenta esa sensación de que las cosas negativas recaen sobre usted?

*Paciente:* Ajá. Cuando vi esos zapatos que lleva usted, me dije: "Qué bonitos". Sabe, en seguida eso se volvió contra mí y pensé: "Eres tan estúpido y feo que nunca jamás podrías hacer algo así".

*Terapeuta:* Hmm...

*Paciente:* Como esta mañana, en el pabellón, nos pasaron una película maravillosa en la que se explicaba que entre el doce y el quince por ciento de las personas deprimidas se vuelven suicidas. Quise organizar un fondo de apuestas con todos los deprimidos del pabellón. Alguien tendría una excelente oportunidad de ganar dinero con eso. Ninguno quiso cooperar.

*Terapeuta:* Me impresiona mucho lo que estoy oyéndole decir. Lo que saco en limpio es que usted realmente se está sintiendo bastante desesperado en este momento, pero aun así... Al mismo tiempo se dedica a hacer comentarios humorísticos, de manera que de cierto modo me sorprende.

*Paciente:* Ese es mi M. O.

*Terapeuta:* ¿M. O.?

*Paciente:* Modus operandi.

*Terapeuta:* Usted es demasiado rápido para mí. Eso me hace perder el equilibrio, en cierto sentido.

En este punto, el terapeuta identifica una sensación sutil que ha permanecido al borde de su conciencia durante toda la sesión, pero que no ha podido captar y expresar hasta ahora. Es la sensación de estar en vilo..., de no saber nunca exactamente qué esperar. Se podría conjeturar que no es muy distinta de la sensación que algunos otros miembros del personal (el médico residente o la enfermera) experimentan frente al paciente con mayor intensidad. Aunque en este momento el paciente no está haciendo gala de su ingenio para atacar al terapeuta, es probable que el terapeuta sienta indirectamente el efecto del humor cáustico y la arrogancia del paciente. Si el terapeuta no identificara estas sensaciones en su propio interior, podría participar sin darse cuenta en un ciclo interpersonal disfuncional en el que él actuaría a partir de la sensación de verse frustrado o amenazado por el paciente. De hecho, es posible que la intervención relativamente inoportuna, en la que el terapeuta hizo el comentario sobre la amargura del paciente, se derivara en parte de su propia incomodidad.

*Paciente:* [Riendo.] No es nada intencionado.

*Terapeuta:* Sí, tal vez no sea intencionado, pero...

*Paciente:* ¿Le distrae y le impide abordar la verdadera cuestión? Es demasiado difícil como para tratarla. Con mi terapeuta anterior, éste era mi procedimiento habitual. Me figuraba que si la terapeuta era competente, podría ir más allá de eso y llegar a la esencia de la cuestión. Si no era competente —y la última que tuve no lo era—, me diría que yo era su paciente más divertido y se pasaría la hora desternillándose de risa, y mientras tanto, yo..., pues, le estaría diciendo cosas hirientes, pero dando luego marcha atrás.

*Terapeuta:* Ya veo. Sí. Entonces, ¿está haciendo algo de eso ahora?

*Paciente:* Claro, pero es... Es una respuesta condicionada. Se da, y yo no la puedo controlar. No lo sé. Lo lamento.

*Terapeuta:* ¿Qué sucedería ahora si yo lograra pasar más allá de ese humor y entrar en algunas de sus experiencias dolorosas?

*Paciente:* Eso está por verse, sabe usted. Sería deprimente, perturbador. Podría ser constructivo. Y podría ser muy difícil.

*Terapeuta:* ¿Difícil en qué sentido?

*Paciente:* Porque nadie lo ha hecho.

*Terapeuta:* ¿De manera que sería difícil para mí ir más allá?

*Paciente:* No es que sea difícil para usted, pero... Es sólo que nunca se hizo. Podría ser duro. No estoy diciendo que yo no vaya a cooperar en absoluto. Cooperaría lo más que pudiera en el intento.

*Terapeuta:* Bueno, lo que yo le pediría, en realidad, no es tanto que coopere sino sólo que trate de estar consciente... Usted dijo que mucho de eso lo hacía en forma automática en estos momentos, ¿no es así?

*Paciente:* Es un reflejo.

*Terapeuta:* Un reflejo. Entonces, cuando emplee el humor, trate tan sólo de tomar conciencia por un instante de lo que está haciendo y lo que está experimentando detrás del humor.

*Paciente:* Está bien. [Pausa prolongada.]

*Terapeuta:* ¿Qué siente ahora? ¿Qué está experimentando?

*Paciente:* De hecho, estaba pensando en la perspectiva de quedarme desnudo sin mis chistes. ¡Qué idea más aterradora! Porque para mí eso es realmente desagradable.

*Terapeuta:* Sin sus chistes, quiere decir, lo que está detrás es realmente desagradable.

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* Si quitáramos eso...

*Paciente:* Sin esa... esa red de seguridad, sería muy difícil.

*Terapeuta:* Así que dice que es como una red de seguridad. Como una especie de protección, en cierto sentido, ¿no es así?

*Paciente:* Seguro, absolutamente.

En este fragmento, empieza a tomar cuerpo en mayor detalle un ciclo cognitivo-interpersonal característico de este paciente. El paciente parece estar emocionalmente aislado, dolido, rencoroso y amargado. Teme que si deja que los demás perciban su cólera, lo rechazarán, y si advierten el dolor oculto, sentirán repulsión. Cree que debe esconder sus verdaderos sentimientos y cooperar con la gente para conservar las relaciones. Este tema surge también en la relación terapéutica ("No estoy diciendo que no vaya a cooperar en absoluto").

El humor cáustico y la viva inteligencia del paciente lo protegen, pero también lo distancian de la gente y lo mantienen aislado. El paciente parece experimentar una mezcla de desdén y menosprecio hacia quienes no están a su altura, además del dolor del aislamiento emocional. Muchos de sus encuentros interpersonales, por consiguiente, tienen como resultado una victoria amarga y hueca con la que el paciente mantiene cierto respeto por sí mismo a costa de continuar su soledad.

Para no perpetuar este ciclo interpersonal disfuncional, el terapeuta debe empezar por identificar sus propios sentimientos de incomodidad frente al paciente y luego detectar el marcador interpersonal, el ingenio sarcástico, con el que se asocian esos sentimientos, lo cual no es una tarea fácil en esta ocasión, puesto que este ciclo no está siendo representado con la suficiente intensidad. En las situaciones de este tipo, es particularmente importante que los terapeutas estén atentos a los más mínimos sentimientos o disposiciones a la acción que puedan estar experimentando.

#### CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA EVALUACION COGNITIVA

Hasta ahora, nos hemos centrado en el rol de la observación participante en lo que respecta a evaluar el ciclo cognitivo-interpersonal del paciente para poner de relieve el contexto interpersonal de la evaluación cognitiva y establecer un criterio básico orientador. Si bien hemos puesto el acento en el uso de la relación terapéutica para facilitar este proceso,

no pretendemos decir que deba desatenderse la rememoración por parte del paciente de hechos sucedidos fuera de la sesión —una importante fuente tradicional de información en la terapia cognitiva— y a continuación examinaremos algunas consideraciones más generales de la evaluación cognitiva en el contexto tanto del material dentro de la sesión como del material fuera de la sesión.

Al comentar diversas técnicas que pueden emplearse para cuestionar el pensamiento disfuncional, en muchos escritos de la corriente cognitivo-conductual se da por sentado que los procesos cognitivos pertinentes son accesibles desde un principio. Puede haber situaciones en las que el paciente ya tiene acceso a los procesos interpretativos pertinentes al comienzo de la terapia, pero también existen muchas situaciones en las que tener acceso a los procesos cognitivos pertinentes es una actividad difícil y trabajosa (Safran y Greenberg, 1982a). Como los escritos correspondientes a la terapia cognitiva de orientación práctica tienden a destacar el aspecto cuestionador del proceso de cambio y a restarle importancia a la fase exploratoria, procuraremos compensar este desequilibrio explorando algunas de las consideraciones prácticas relativas a la actividad destinada a lograr el acceso a los procesos cognitivos.

#### CONCRECION Y ESPECIFICIDAD

El primer principio general es que, siempre que sea posible, el terapeuta debe alentar al paciente a que proporcione ejemplos específicos y concretos del problema que está describiendo. Las descripciones abstractas y generalizadas de los problemas siempre deben ser reducidas a ejemplos concretos, específicos. Además, cuanto más reciente sea el ejemplo, tanto mejor.

Una vez que el paciente ha descrito las características generales de una situación dada, el terapeuta puede solicitarle un cuadro detallado de la situación, lo más completo y vívido que sea posible. De este modo, el paciente reconstruye la situación en sus menores detalles, describiendo indicios visuales y auditivos pertinentes. Al suministrar la mayor cantidad posible de indicios contextuales, el paciente puede reconstruir la

situación de un modo que incrementa su capacidad de lograr acceso a la interpretación de la situación por la vía de reinterpretarla. Rice (1984) ha destacado en forma convincente el valor que tiene esta clase de reconstrucción vívida para tener acceso a ciertas interpretaciones subjetivas que de otro modo serían inaccesibles, y la llama "despliegue evocador sistemático".

Se le puede pedir al paciente que haga más lenta su descripción de la situación y que básicamente la "atraviese", como si estuviera teniendo lugar en el presente. El terapeuta puede hacer que se detenga en diversos puntos que le parezcan particularmente pertinentes y que explore los sentimientos, pensamientos y reacciones que está experimentando. Greenberg y Safran (1980; 1981) y Toukmanian (1986), utilizando la distinción de Shiffrin y Schneider (1977) entre procesamiento automático y controlado, han descrito este procedimiento como un proceso de desautomatización a través del cual el terapeuta ayuda al paciente a hacer más lento o a desautomatizar un modo habitual de procesamiento perceptual y a empezar a prestar atención a ciertos detalles menores que de otra manera pasarían inadvertidos.

De esta forma, el terapeuta puede ayudar a reconstruir la escena pertinente y las reacciones del paciente al respecto. Según el procedimiento planteado por Rice (1984), el terapeuta va alternando sistemáticamente su atención entre los aspectos de la situación de estímulo que son particularmente sobresalientes para el paciente y la reacción que éste tiene frente a cada uno de esos aspectos. Hemos comprobado que esta clase de alternancia puede ser especialmente útil para evaluar procesos cognitivos a los que de otro modo sería difícil tener acceso.

También es muy útil la alternancia entre los sentimientos del paciente y sus pensamientos. Así, por ejemplo, el terapeuta podría preguntarle: "¿Qué siente usted mientras describe la situación?" o "¿Puede captar lo que está sintiendo al describir la situación?". Si el paciente es capaz de tener acceso a su reacción en un nivel más afectivo, tenderá a ser también capaz de captar los pensamientos asociados (Safran y Greenberg, 1982a; 1982b; 1986).

Por ejemplo, un paciente de sexo masculino describe su dificultad para hablar frente a un grupo de personas. El terapeuta le pide que

recuerde la última vez que esto le sucedió, y el paciente responde que dos días atrás, estando en una clase en la universidad, experimentó una intensa ansiedad mientras pensaba en exponer su punto de vista sobre el tema que se estaba tratando. El terapeuta le pide al paciente que describa la situación en detalle.

*Terapeuta:* ¿Recuerda dónde estaba sentado en el aula?

*Paciente:* Estaba cerca del fondo, en la esquina de la derecha.

*Terapeuta:* ¿Recuerda qué estaba mirando? Descríbalo como si estuviera sucediendo en este momento.

*Paciente:* Bueno, estoy sentado en la esquina de la derecha, al fondo del aula, y estoy mirando a mi alrededor, a otros miembros de la clase.

*Terapeuta:* ¿Y qué ve?

*Paciente:* Pues... Veo al profesor, de pie y mirando expectante a los asistentes, y veo los rostros de diversos estudiantes..., y de uno en particular..., un muchacho que nunca me pareció especialmente inteligente... Y estoy esperando a ver qué va a decir.

*Terapeuta:* ¿Y qué siente mientras esto sucede? ¿Puede percibir sus sentimientos?

*Paciente:* Sí..., me siento como... Me siento más bien tenso.

*Terapeuta:* ¿Puede sentir esa tensión en este momento?

*Paciente:* Sí, algo así.

*Terapeuta:* ¿Dónde la siente?

*Paciente:* En el estómago. Es como si alguien me oprimiera el estómago.

*Terapeuta:* Ahora vuelva a la situación. ¿Qué sucede entonces? ¿Qué le resulta destacable?

*Paciente:* Bueno, ese muchacho se pone a hablar y la verdad es que parece muy inteligente.

*Terapeuta:* ¿Puede imaginarse que le está viendo o escuchando lo que dice mientras me habla de ello?

*Paciente:* Sí. Realmente puedo verle sentado en el aula, hablando... Y luego le estoy mirando a la cara.

*Terapeuta:* ¿Podría describir lo que ve?

*Paciente:* Pues, tiene barba y ojos oscuros, y se le ve muy tranquilo y con mucho aplomo.

*Terapeuta:* ¿Y qué le sucede a usted mientras lo está describiendo?

*Paciente:* Me siento cada vez más incómodo.

*Terapeuta:* ¿Qué le pasa por la mente?

*Paciente:* Estoy pensando: "Se le ve tan tranquilo, tiene tanto aplomo, y a todos les cae bien. Y yo que estoy tan tenso voy a parecer torpe cuando hable". Y me figuro que las cosas que voy a decir sonarán muy simples y obvias.

Al ayudar al paciente a reconstruir la situación problemática de este modo, el terapeuta puede encontrar posibles indicios contextuales para lograr el acceso a procesos cognitivos que de otra manera serían difíciles de alcanzar. Verificando periódicamente si el paciente está volviendo a experimentar los sentimientos pertinentes, el terapeuta puede evaluar si la tarea se está desarrollando en forma óptima o si el paciente tiene dificultades para recrear la situación. Si el paciente no está volviendo a experimentar los sentimientos pertinentes, es posible que tenga dificultades con algún aspecto de la reconstrucción y el terapeuta puede ayudar a descubrir cuál es el problema.

Uno de los problemas más frecuentes en este proceso se da cuando a los pacientes les cuesta referir una interpretación subjetiva debido a que la experimentan como una amenaza a su autoestima. Por ejemplo, en el caso anterior, si el paciente tuviera dificultades para volver a experimentar o para expresar sus verdaderos sentimientos y pensamientos con respecto a la situación, esto podría deberse a que le parece una mezquindad compararse con otros miembros de su clase. Los pacientes a menudo sienten que es mezquino, infantil o inmaduro ver las cosas como las ven. Hay, por lo tanto, una disyunción entre su evaluación racional de la situación y su visión más primaria o intuitiva (Safran y Greenberg, 1982a). En este tipo de situaciones, es vital explorar la evaluación intuitiva subyacente en lugar de reforzar la tendencia del paciente a evitar dicha exploración a través de una revisión racional.

## LA CONCIENCIA Y EL CONTEXTO INTERPERSONAL

El proceso de tomar conciencia de la experiencia interior y el de comunicar esa experiencia a otros son interdependientes, debido a que el proceso de comunicarla le ayuda al individuo a construir la realidad. La realidad, por consiguiente, es esencialmente interpersonal. Como sostiene Stern (1985), un individuo podría no llegar a reconocer nunca aquellos afectos que en su primera infancia no fueron empáticamente respondidos por su madre. De manera similar, muchos de nuestros pensamientos más íntimos podrían mantenerse tácitos hasta que son expresados a través de la comunicación. El proceso mismo de comunicarle al terapeuta impresiones subjetivas que nunca antes ha comunicado puede hacer que el paciente tome conciencia de ellas más plenamente.

Hay, pues, una línea continua entre la conciencia de sí mismo y la comunicabilidad pública. En un extremo están las experiencias que los pacientes nunca le han comunicado a nadie y de las que ellos mismos no tienen plena conciencia. En el otro extremo están las interpretaciones subjetivas de las que los pacientes son plenamente conscientes y que han comunicado a otras personas. Pero entre ambos extremos hay otras posibilidades. Una posibilidad es que, en alguna medida, los pacientes tengan conciencia de cierta interpretación subjetiva, pero les dé vergüenza hacérsela saber a otras personas o al terapeuta. En este caso, el acto de comunicársela a un terapeuta receptivo puede ser terapéutico en tanto los pacientes podrían empezar a aceptarse más a sí mismos. Otra posibilidad es que los pacientes sean conscientes de su experiencia interior, pero el proceso de comunicarla les ayude a entenderla más a fondo.

## INTERVENIR CUANDO SE BLOQUEAN LOS PENSAMIENTOS AUTOMATICOS

Como es de esperar, el acceso a los procesos cognitivos pertinentes a menudo tropieza con serios obstáculos, dado que algunos pacientes experimentan una sensación de amenaza a sus relaciones interpersonales cuando se les pide que relaten sus experiencias y percepciones. Por esta

razón, a menos que los pacientes tengan un claro acceso a los procesos cognitivos disfuncionales, no recomendamos cuestionarlos en absoluto al principio de la terapia. Lo que es más, aun cuando los pacientes parecen tener claro acceso desde el principio, por lo general vacilamos en cuestionarlos hasta que los comprendemos y sabemos cómo percibirán los cuestionamientos.

Al comienzo de la terapia, en particular, es importante evitar situaciones en las que los pacientes reciban el mensaje de que de alguna manera es culpa suya tener procesos cognitivos disfuncionales. Esto no hace sino aumentar su natural resistencia a referir experiencias o interpretaciones subjetivas de las que se avergüenzan. Además, los pacientes que no tienen éxito en sus intentos de cuestionar sus pensamientos automáticos pueden volverse pesimistas respecto del proceso terapéutico. Pese a estas recomendaciones, algunos pacientes suelen estar ansiosos por cuestionar sus pensamientos automáticos de inmediato. A estos pacientes a menudo les cuesta ver que el proceso de tomar mayor conciencia de sus interpretaciones subjetivas y sus pensamientos automáticos forma parte del proceso de la terapia, y tienden a hacer comentarios como: "¿Cuándo va a empezar de verdad la terapia?"

Otra razón por la que los pacientes a menudo se oponen a concentrarse en tomar conciencia de sus pensamientos automáticos en lugar de cuestionarlos es que sienten que ya son conscientes de su modo de pensar negativo y autocrítico. En el caso de estos pacientes, es importante subrayar la diferencia entre saber que uno es autocrítico y tener plena conciencia de los procesos interpretativos de uno mientras están teniendo lugar.

Hay varios procedimientos que pueden servir para ayudar a los pacientes a tener acceso a los procesos cognitivos pertinentes. En primer lugar, el terapeuta podría plantear que todos tenemos una parte más racional y otra parte más intuitiva o experiencial, y que la parte racional a menudo interfiere en la posibilidad de ver más plenamente la parte intuitiva. Se puede sugerir que a efectos de la terapia sería conveniente hacer a un lado la parte racional por un momento para tener una mejor visión de la parte intuitiva que aquella podría estar ocultando (Safran y Greenberg, 1982b). Entonces, cuando el terapeuta note que el paciente

tiene dificultades, podrá decirle algo así: "Eso suena a su parte racional. ¿Qué hay de la otra parte?"

Un segundo procedimiento es explorar y cuestionar pensamientos y creencias que obstruyen el acceso a otros procesos más primarios de interpretación subjetiva. Cuando los pacientes tienen dificultades para lograr el acceso a sus pensamientos automáticos, el terapeuta puede centrarse en sentimientos y pensamientos automáticos correspondientes a la interacción inmediata, que posiblemente sean más evidentes para el paciente y que también podrían estar obstaculizando la plena exploración de la situación problemática. En este caso, el terapeuta puede recurrir a un sondeo muy general de la situación interpersonal actual, como por ejemplo: "¿Cómo se siente respecto de lo que está sucediendo en este preciso instante?"

También puede ser útil ayudar a los pacientes a distinguir entre el hecho de tener conciencia de lo que pensaron durante la situación problemática y el de mencionarle esos pensamientos al terapeuta. El terapeuta podría decir, por ejemplo: "Tal vez le incomode contarme los sentimientos y pensamientos que está teniendo, y está bien si no lo hace. Pero para su propia información, verifique si sabe lo que *está* sintiendo y lo que le está pasando por la mente".

Dándole así permiso a los pacientes para mantener en privado la información, el terapeuta puede reducir la ansiedad que sienten en torno al encuentro interpersonal inmediato y ayudarles a liberar su atención para centrarla en la tarea de la autoexploración. Una vez que los pacientes saben que tienen derecho a retener cualquier información que quieran, la autoexploración les resultará más fácil. Un problema corriente ante el que siempre deben estar alerta los terapeutas radica en que los pacientes muchas veces creen estar siendo malos pacientes cuando no refieren su experiencia interior, y la presión por presentarle algo al terapeuta interfiere en la tarea de autoexploración. Una vez que los pacientes dejan de sentirse presionados a referir sus experiencias interiores y que han podido volverse conscientes de sus pensamientos internos, están en condiciones de tomar la decisión de comunicárselos al terapeuta en cualquier momento particular.

Cuando el terapeuta se da cuenta de que un paciente *tiene* conciencia

de una interpretación subjetiva respecto de una situación dada pero le incomoda hablar de ella, es esencial insistirle al paciente en que no se le exigirá que comunique esta experiencia en particular, y que al terapeuta sólo le interesa explorar los *obstáculos* que hacen difícil comunicar estos sentimientos y pensamientos.

Por ejemplo, el terapeuta podría decir: "Quiero que sepa que el hecho de que me lo cuente o no me lo cuente no es importante, y que contármelo o no contármelo son opciones igualmente válidas. Sería conveniente, sin embargo, que analizáramos los factores que podrían afectar su decisión de modo que usted tenga más información para decidir si me lo quiere contar o no".

Al manifestar explícitamente que cualquier opción que haga el paciente es aceptable, el terapeuta refuta cualquier mensaje implícito que el paciente pudiera percibir como una presión para que refiera sus pensamientos automáticos. Desde luego, el terapeuta debe respetar verdaderamente el derecho del paciente a no revelar algo en un momento dado, reconociendo que los actos de revelar y de no revelar los sentimientos o pensamientos en cuestión son, en efecto, opciones igualmente válidas. Por lo tanto, la capacidad del terapeuta para respetar la privacidad del paciente y su derecho a tomar decisiones debe tener prioridad terapéutica sobre cualquier objetivo inmediato de lograr el acceso a los pensamientos automáticos del paciente. Esta clase de respeto constituye una importante experiencia de aprendizaje para los pacientes, porque muchos de ellos creen que no tienen derecho a negarse a comunicar su experiencia cuando alguien se lo pide.

La exploración de lo que el paciente percibe como riesgo si habla de determinada experiencia puede efectuarse mediante indagaciones simples, como: "¿Qué se imagina que podría ocurrir si me contara lo que le está pasando por la mente?", "¿Advierte algún temor en particular que podría tener por lo que sucedería si me contara lo que le pasa por la mente?" o "¿Puede hacerse una imagen mental de cómo podría reaccionar yo si usted me dijera lo que le está pasando en este momento?".

Los celos más frecuentes son el temor de que el terapeuta juzgue o ridiculice al paciente, o de que el terapeuta no diga nada negativo ni abiertamente crítico, pero que interiormente sienta rechazo, disgusto y

desaprobación. Muchas veces, el proceso mismo de expresar estos temores contribuye a que el paciente se libere de ellos lo bastante como para revelar la información retenida.

Si los pacientes pueden explicar cuál suponen que sería el riesgo de revelar la información en cuestión, estarán en mejores condiciones de evaluar su voluntad de correr ese riesgo. Por ejemplo, un paciente podría pensar que el terapeuta hallará infantil determinado pensamiento automático suyo. En este caso, hay tres posibilidades en lo que respecta al progreso de la terapia. La primera es que el terapeuta ayude a los pacientes a evaluar qué probabilidad existe de que el terapeuta realmente piense que son infantiles y que los pacientes decidan que eso es poco probable. La segunda posibilidad es que los pacientes decidan que no hay garantías de que el terapeuta no vaya a considerarlos infantiles, pero que sientan que no sería catastrófico si así fuera. También en este caso, los pacientes podrían decidir que vale la pena correr el riesgo.

La tercera posibilidad es que los pacientes decidan que revelar la información pertinente al terapeuta implica un riesgo considerable, que es muy probable que el terapeuta los juzgue negativamente y que esta perspectiva les resulta catastrófica, de forma que no estarán dispuestos a correr el riesgo por el momento.

Si los pacientes deciden no revelar la información al terapeuta hasta más adelante, es esencial que tengan la experiencia de asumir directamente la responsabilidad correspondiente a esa decisión. Es decir que deben tener una experiencia de volición o intención: "Yo *no quiero* correr ese riesgo en este momento", en lugar de "Yo *no puedo* establecer contacto con lo que estoy pensando o sintiendo". De esta manera, aun cuando los pacientes no revelen la información, se puede producir un progreso terapéutico *si* asumen la responsabilidad de sus actos.

Los pacientes concluyen así este tipo de interacción con el terapeuta sabiendo que han comunicado una decisión *intencional* de *no* revelar algo al terapeuta, y que eso es aceptable. De este modo, ha tenido lugar un proceso de autoafirmación para los pacientes y un avance en cuanto a aprender a tomar decisiones intencionales haciéndose más responsables de sus propios actos.

En esta situación (como en otras), el aprendizaje sobre el sí-mismo y

sobre otros que surge del encuentro interpersonal inmediato con el terapeuta también tiene prioridad sobre cualquier beneficio terapéutico que supuestamente podría derivarse del objetivo terapéutico original. A largo plazo, además, el terapeuta ha incrementado la posibilidad de que los pacientes sientan suficiente confianza como para arriesgarse a revelarle una información dada al terapeuta.

#### INMEDIATEZ EMOCIONAL

Los terapeutas cognitivos están reparando cada vez más en el rol que tiene la emoción en el proceso de cambio y en la importancia de comprender y trabajar con material sensible para el paciente desde el punto de vista emocional (Guidano, 1987; Mahoney, 1985; Young, en prensa). No vamos a tratar este tema en un nivel teórico detallado, porque se pueden encontrar análisis al respecto en otras fuentes (Greenberg y Safran, 1987, 1989; Safran y Greenberg, 1986; en prensa). Haremos, en cambio, un breve comentario sobre el tema desde una perspectiva técnica. Como señalan Greenberg y Safran (1987), en la bibliografía terapéutica sobre la emoción uno de los mayores problemas ha sido el de no adoptar una perspectiva que distinga diferentes clases de proceso de cambio emocional en diversos contextos. Se da así una tendencia a que los terapeutas hablen de ayudar a los pacientes a "establecer contacto con sus emociones", sin aclarar por qué deberían hacerlo y con qué finalidad. Sin embargo, como advierten Greenberg y Safran (1987), hay una variedad de procesos de cambio emocional diferentes en psicoterapia y es posible distinguir unos de otros.

En este trabajo, trataremos una categoría general del proceso de cambio afectivo, que ha sido caracterizada como el acceso a cogniciones congruentes con el estado de ánimo (Greenberg y Safran, 1987; Safran y Greenberg, 1982a). El principio básico que sustenta este proceso es que el cambio en la terapia cognitiva tiene más probabilidades de producirse si los procesos cognitivos del paciente son abordados y cuestionados de un modo emocionalmente inmediato (Safran y Greenberg, 1986). El razonamiento en que se apoya este principio se puede comprender, en

primer lugar, en función del modelo semántico reticular del estado de ánimo y el recuerdo, propuesto por G. H. Bower (1981). La teoría original de Bower era que la emoción y la cognición están vinculadas en la memoria semántica y que, como resultado, la recuperación de un recuerdo debería potenciarse cuando el individuo está en un estado emocional asociado con ese recuerdo. Bower (1981) corroboró esta hipótesis en varios estudios.

En investigaciones posteriores, sin embargo, no se logró verificar este efecto de evocación del recuerdo dependiente del estado de ánimo, de modo que Bower y Mayer (1985) han reformulado la hipótesis, a la que Bower llama ahora "teoría de la correspondencia causal". La hipótesis de la correspondencia causal establece que determinados acontecimientos quedan conectados en la memoria con determinadas emociones sólo cuando el individuo estima, durante el proceso de codificación, que hay una relación entre ellas. Por ejemplo, si un individuo sufre un rechazo y se siente triste, el rechazo y la tristeza quedarán vinculados en la memoria sólo si en el momento de la codificación el individuo estima que la tristeza se relaciona con el rechazo.

Con independencia de que los datos obtenidos corroboren o no la hipótesis de la pertenencia causal de Bower, la experiencia clínica indica que las cogniciones autocríticas son más accesibles en la terapia cuando el paciente se encuentra en un estado de ánimo similar al que experimentó en la situación original. Una de las razones de la diferencia entre el contexto clínico y el del laboratorio podría ser que se dan dos tipos de procesos cognitivos. En las pruebas normalmente empleadas para investigar el efecto de recuperación dependiente del estado de ánimo, los procesos cognitivos investigados incluyen recuerdos episódicos. En la situación clínica, los procesos cognitivos correspondientes incluyen autoevaluaciones negativas.

Más que lograr el acceso a un recuerdo episódico específico, lo que el terapeuta cognitivo normalmente intenta es sondear un proceso de construcción en marcha. El proceso constructivo pertinente puede ser específico del estado de ánimo asociado (tristeza, cólera, ansiedad), pero también es posible que los pensamientos específicos a los que tiene acceso el clínico sean sintetizados a través de una base motriz expresiva en el

*momento presente*. Todos estamos continuamente procesando información en diversos grados a nivel expresivo-motor, preconceptual y conceptual (Leventhal, 1979), y el proceso terapéutico de representar la experiencia en forma conceptual y verbal les brinda a los pacientes la oportunidad, en primer lugar, de reconocer el modo como interpretan los hechos a un nivel implícito y, en segundo lugar, de cambiar esa interpretación. Por consiguiente, en la terapia cognitiva los pensamientos automáticos no están en la cabeza esperando para salir, perfectamente formados, como Atenea de la frente de Zeus. Son sintetizados en el momento actual. Su inmediatez emocional proviene de un proceso de construcción cognitivo-afectivo en el que el aspecto expresivo-motor de la experiencia emocional cumple un rol integral.

La inmediatez emocional en la terapia cognitiva también puede ser valiosa debido a que ciertos pensamientos que no tienen carga afectiva podrían ser sólo una representación conceptual de una actividad subyacente de procesamiento de información que, de hecho, es de carácter expresivo-motor. Esta representación conceptual, por consiguiente, puede separarse de la actividad subyacente de procesamiento, que no podrá entonces ser modificada porque no es accesible (Foa y Kozak, 1986, en prensa; Safran y Greenberg, 1986; 1987).

Los esquemas interpersonales, concebidos como estructuras cognitivo-afectivas más que como estructuras puramente cognitivas, son similares al esquema de la emoción descrito por Leventhal (1979). Nuestra hipótesis es que estos esquemas contienen por lo menos cuatro componentes: imágenes y recuerdos episódicos específicos de acontecimientos prototípicos del ciclo cognitivo-interpersonal correspondiente; conductas expresivo-motrices asociadas; activación autónoma, y planes y contingencias de tipo "si... entonces..." para mantener las relaciones interpersonales. Es probable que muchas reglas referentes a acciones para mantener la relación interpersonal estén codificadas en forma de movimientos. Así, una determinada circunstancia interpersonal puede suscitar automáticamente una disposición a actuar de determinado modo.

Si los esquemas interpersonales están, al menos parcialmente, codificados en forma expresivo-motriz, la conclusión lógica es que la estructura esquemática correspondiente no podrá ser totalmente activada a

menos que se activen los componentes expresivo-motrices. Una vez más, por lo tanto, es posible, en teoría, explorar y cuestionar creencias disfuncionales sobre las relaciones personales en un nivel conceptual sin llegar a modificar nunca algunas de las creencias disfuncionales más fundamentales sobre las relaciones interpersonales, que están codificadas en forma expresivo-motriz.

Según la hipótesis de Safran y Greenberg (1986, 1987), una condición previa importante para modificar estructuras esquemáticas con un componente emocional o expresivo-motor radica en lograr el acceso a algunos de los componentes expresivo-motrices asociados con esa estructura esquemática. Cuanto mayor sea la cantidad de componentes suscitados, tanto mayor será el acceso a la estructura esquemática y tanto más se prestará ésta a ser modificada (Foa y Kozak, en prensa).

Considérese el siguiente ejemplo. Un hombre joven con síntomas agorafóbicos va a ver a una terapeuta y, en el transcurso de la entrevista, revela una historia caracterizada por el abandono emocional y físico por parte de sus padres y por posteriores experiencias en las que se sintió herido tras haber confiado en la gente. Al principio, el paciente parece ansioso por colaborar y participar en una intervención conductual activa, pero a medida que prosigue la entrevista se pone en evidencia que en realidad se siente escéptico y desconfiado respecto de la terapia. Sostiene que ya ha comprendido su problema, que ha procurado establecer un programa conductual por su cuenta y que no ve de qué manera habría de ayudarle nada de lo que pueda hacer la terapeuta.

La terapeuta, al atender a sus propios sentimientos, descubre que experimenta la sensación de ser una "receptora de palabras", casi como si el paciente le estuviera hablando a un grabador en lugar de estar sosteniendo un diálogo. El paciente está refiriendo diversos hechos que a primera vista parecen muy íntimos, pero la sensación de la terapeuta persiste. Cuando le comenta sus sentimientos al paciente y le insta a explorar sus reacciones, el paciente le dice que, en efecto, se siente como si le hablara a una máquina, que ha contado la historia "miles de veces antes" y que la terapeuta no es sino otra persona más que trata de ayudarle.

En apariencia, el paciente está refiriendo detalles íntimos sobre acontecimientos y cuestiones interpersonales que se corresponden con un

esquema interpersonal central. Y sin embargo, se las arregla para hablar acerca de los correspondientes acontecimientos históricos sin abordar las emociones asociadas. Se podría plantear la hipótesis de que el paciente considera demasiado peligrosa la situación de entablar un verdadero encuentro interpersonal con la terapeuta, debido al riesgo del abandono. Como forma de protegerse a sí mismo, despersonaliza a la terapeuta y habla de sus experiencias íntimas sin atender a los indicios expresivo-motores pertinentes. Nuestra hipótesis es que antes de que pueda tener lugar cualquier cambio fundamental en su esquema interpersonal, este paciente debería primero tener acceso a sus sentimientos asociados mientras le está refiriendo acontecimientos interpersonales pertinentes a la terapeuta, y también poder expresar sus verdaderos sentimientos con respecto a la terapeuta.

#### LA RECUPERACION DEL RECUERDO Y EL PROCESO DE CAMBIO

Ya hemos planteado la hipótesis de que los esquemas interpersonales surgen como resultado de la persistente influencia de una serie de experiencias interpersonales inadaptadas, y no de uno o dos acontecimientos traumáticos específicos. Los esquemas interpersonales, por consiguiente, pueden concebirse como representaciones prototípicas de muchas interacciones relativas al mantenimiento de las relaciones interpersonales, y no como la representación de una interacción específica. De hecho, como señala Stern (1985), dado que una estructura esquemática es una abstracción, es posible que ningún acontecimiento interpersonal específico aislado corresponda exactamente al esquema interpersonal de un individuo.

Si la estructura esquemática es un "promedio" de una variedad de acontecimientos interpersonales de índole similar, ¿qué factores conducirían entonces a la recuperación de un recuerdo episódico particular? Como indican las investigaciones sobre la recuperación del recuerdo (Alba y Hasher, 1983; Hasher y Zacks, 1979), el carácter distintivo del estímulo tiene un papel clave en el hecho de que un recuerdo particular

sea o no recuperable. Si un acontecimiento interpersonal determinado es suficientemente distinto de otros acontecimientos interpersonales que se han promediado para conformar un esquema interpersonal específico, entonces ese acontecimiento será agrupado en la memoria con otro tipo de acontecimientos interpersonales, y no será parte de ese esquema interpersonal particular. Por otra parte, si un acontecimiento interpersonal determinado es altamente característico de una determinada clase de acontecimientos, su recuerdo podría conservarse debido a que es sobresaliente para el individuo por el hecho de constituir un ejemplo prototípico de la experiencia interpersonal correspondiente.

Nuestra hipótesis, en consecuencia, es que los recuerdos que surgen espontáneamente cuando se explora un aspecto interpersonal de un modo emocionalmente inmediato a menudo son ejemplares prototípicos de la experiencia interpersonal que contribuyó al desarrollo del esquema interpersonal que está siendo activado. También podría suceder que algunos recuerdos accesibles en la terapia no correspondan a los acontecimientos que *realmente* tuvieron lugar, sino que sean, en cambio, construcciones prototípicas que captan los rasgos esenciales de una clase consistente de acontecimientos.

Consideramos, por consiguiente, que los recuerdos recuperados en la terapia son significativos, no como datos indefectiblemente exactos de la historia del paciente, sino como ejemplos prototípicos de la experiencia interpersonal que es significativa para determinado paciente. Lo importante para el terapeuta no son los detalles del recuerdo sino el significado que éste tiene para el paciente.

## Capítulo 6

### DESMENTIDO EXPERIENCIAL Y DESCENTRAMIENTO: I. EL FOCO FUERA DE LA SESION

#### DESMENTIDO EXPERIENCIAL FUERA DE LA SESION

Este mecanismo de cambio por lo general se asocia con los enfoques de orientación más conductual. Como plantea Bandura (1969, 1977), las estrategias terapéuticas basadas en la actuación constituyen uno de los medios más poderosos para facilitar el cambio, aun cuando el cambio se conceptualice desde una perspectiva cognitiva. Para hacer que los pacientes se sumerjan en situaciones problemáticas con un nuevo marco de referencia que facilite un cambio en las percepciones o la interpretación (Beck, Rush y otros, 1979; Goldfried, 1980), la terapia cognitiva hace uso de procedimientos tales como la programación de actividades, la asignación de tareas graduadas y otros ejercicios que el paciente realiza por su cuenta.

A diferencia de la tradición conductual anterior, la perspectiva cognitiva postula la utilidad de comprender el proceso de cambio en términos cognitivos aun cuando el nivel de intervención sea conductual. Adoptar nuevas conductas tales como permanecer en una situación que produce ansiedad puede o no cambiar la experiencia subjetiva del paciente. En última instancia, el factor determinante será el modo como el paciente interpreta la nueva experiencia. Dado que se pueden encontrar descripciones detalladas de las técnicas de representación en otras fuentes (Beck, Rush y otros, 1979; Beck y Emery, 1985; McMullin, 1986), limitaremos nuestro comentario al uso de estas técnicas desde una perspectiva cognitivo-interpersonal.

Si bien las investigaciones empíricas indican que la exposición en vivo es eficaz para tratar una diversidad de problemas de evitación del temor, es evidente que los pacientes no podrán sacar provecho del programa conductual a menos que estén dispuestos a ponerlo en práctica. Dado que muchos pacientes no aceptan experimentar con nuevas conductas cuando inician la terapia, es necesario aclararles las variables potenciales que intervienen. Muchas personas se resisten a experimentar con nuevas conductas porque nunca han desarrollado la clase de relación de apego segura que se necesita para practicar conductas exploratorias y superar así temores infantiles (Safran y Greenberg, 1989).

M. D. S. Ainsworth (1982) y otros (por ejemplo, Main, 1983; Pastor, 1981) observaron reiteradamente que los bebés varían mucho en cuanto al grado en que usan la figura de apego como una base segura desde la que explorar y dominar situaciones desconocidas susceptibles de provocar ansiedad. Una dimensión sumamente útil para clasificar estas observaciones es la *seguridad* del apego del niño. El niño seguro es capaz de explorar situaciones novedosas con relativa libertad, utilizando a la madre o una figura productora de apego como base. Los niños que tienen una relación de apego segura, por lo tanto, deambularán o explorarán su entorno, volviéndose de vez en cuando hacia la figura en cuestión, o simplemente controlando visualmente para asegurarse de que está a su alcance y dispuesta a responderle.

El niño que tiene una relación de apego *insegura*, en cambio, exhibe una mínima conducta exploratoria, aun en presencia de la figura correspondiente. El niño inseguro no es capaz de utilizarla como base para la exploración, está muy perturbado en ausencia de la madre, y cuando ésta regresa es posible que no la salude.

El equilibrio entre el repliegue y la exploración, por consiguiente, parece estar determinado por la creencia del niño en que la figura productora de apego estará accesible y atenta cuando él la necesite. Como señala Bowlby (1973), las personas con problemas de ansiedad tal vez no hayan desarrollado nunca las relaciones de apego seguras que son necesarias para poder adoptar las clases de conductas exploratorias que permiten desarrollar una relación de familiaridad y dominio respecto del entorno. En estos casos, posiblemente sea indispensable que el terapeuta

establezca gradualmente una relación de confianza con el paciente, a lo largo de un período prolongado. Una vez entablada esta relación, el terapeuta podrá funcionar como una base desde la cual el paciente puede practicar conductas exploratorias, tal como el progenitor para el niño.

Una segunda cuestión es asegurarse de que el esquema interpersonal pertinente sea activado cuando el individuo está poniendo en práctica el ejercicio conductual (Foa y Kozak, 1986; Safran y Greenberg, 1989). Puede ocurrir que un individuo realice un ejercicio conductual que, en teoría, debería suministrar una información que cuestionara sus esquemas interpersonales disfuncionales, pero que no cambie. Así como hay que lograr el acceso a un programa de computadora antes de poder modificarlo, para modificar un esquema interpersonal en respuesta a una nueva información primero hay que tener acceso a dicho esquema. Un obstáculo podría ser que el esquema pertinente esté asociado con emociones que generan ansiedad. Considérese, por ejemplo, el caso de personas cuyos sentimientos de vulnerabilidad y anhelos de cariño y protección fueron reiteradamente rechazados durante su infancia. Debido a la ansiedad con que quedan asociados esos sentimientos, es posible que estas personas tengan dificultades para acceder a ellos al entablar nuevas relaciones. Esto les impide descubrir si tales sentimientos son en realidad tan amenazadores como ellos suponen para las relaciones interpersonales. La ansiedad, en consecuencia, obstaculiza no sólo la experimentación con nuevas conductas, sino también el procesamiento de experiencias interiores.

Dado que la ansiedad tiene tanta incidencia en la activación de operaciones de seguridad que distorsionan tanto la experiencia interior como la externa, es esencial que el paciente desarrolle algún grado de tolerancia a la ansiedad en la terapia. Una medida útil consiste en ayudar al paciente a reencuadrar el significado de la ansiedad, explicándole que uno de los mejores modos de aprender y crecer en la terapia es buscar y atravesar experiencias de ansiedad.

Una metáfora adecuada para describir este proceso es la que en cierta oportunidad propuso un paciente aficionado a pilotar planeadores. Este paciente explicó que los planeadores suelen sufrir el empuje de unas corrientes de convección llamadas térmicas, que se crean cuando se calien-

ta una bolsa de aire. Cuando la punta del ala del planeador toca una de estas térmicas, el planeador sale despedido. Pero los pilotos experimentados ya saben esto, y también saben que controlando adecuadamente estas térmicas, pueden utilizarlas para propulsar el planeador como lo deseen. Por consiguiente, los pilotos experimentados se proponen *buscar* térmicas y aprenden a contrarrestar la tendencia automática del ala del planeador a alejarse de ellas moviendo el ala hacia el interior de la corriente.

De manera similar, es útil indicarles a los pacientes que cada vez que experimentan ansiedad o sentimientos negativos, tienen una oportunidad de aprendizaje en la medida que puedan proseguir la experiencia, sea ésta interna o interpersonal. Reencuadrando de este modo el significado de la ansiedad para los pacientes y haciéndoles recordar este reencuadre cuando comiencen a poner en marcha operativos de seguridad, el terapeuta puede ayudar a los pacientes a tolerar la ansiedad, facilitando así el proceso de aprendizaje.

Un último punto a tener en cuenta se refiere a aprender a evaluar qué clases de conductas nuevas en el mundo real tienen probabilidades de suscitar las respuestas del entorno más propicias para facilitar un cambio real y duradero. Esto, a su vez, depende de que el terapeuta evalúe correctamente el ciclo cognitivo-interpersonal del paciente y su esquema interpersonal disfuncional central.

#### DESCENTRAMIENTO FUERA DE LA SESION

El descentramiento es un proceso de cambio muy extendido en psicoterapia y ha sido descrito de formas diversas por terapeutas de distintas orientaciones. ¿En qué consiste, exactamente?

El descentramiento es un proceso a través del cual un individuo puede distanciarse de su experiencia inmediata, cambiando así la índole misma de esa experiencia. Este proceso permite abrir una brecha entre el acontecimiento producido y la reacción del individuo. Desarrollando la capacidad de observarse a sí mismo y observar sus propias reacciones, el individuo comienza a distinguir entre la realidad y la realidad según él la interpreta.

El hecho de distanciarse de la experiencia que uno está atravesando permite reconocer que la realidad del momento no es algo absoluto, inmutable ni inalterable, sino más bien algo que se construye. Además de la autoobservación reflexiva, hay un segundo componente que interviene en el proceso: verse a uno mismo como un agente del proceso de construcción (Rice, 1984). Así, al ver el propio rol que uno tiene en el proceso de construcción, se produce una asunción de responsabilidad.

Estos dos procesos interdependientes, distanciarse de la propia experiencia inmediata y observarse a uno mismo en el proceso de construir dicha experiencia, son comunes a varias formas de psicoterapia. Además, se consideran un proceso central de cambio en muchas tradiciones místicas. En el psicoanálisis, este proceso se ha descrito como el desarrollo de un "yo observador". En su estudio del cambio en las tradiciones místicas, A. J. Deikman (1982) se refiere al mismo proceso diciendo que consiste en "desarrollar el sí-mismo observador".

En la epistemología budista, por ejemplo, se encuentra el concepto de *shunyata*, que significa "carente de existencia intrínseca". La idea es que todos los fenómenos carecen de una existencia absoluta independiente de la construcción que uno haga de ellos. En esta tradición, se usa la meditación con el propósito específico de ayudar al discípulo a obtener una constatación experiencial del rol que cumple su propia mente en la construcción de la realidad. De la misma manera, una cantidad creciente de terapeutas cognitivos (por ejemplo, Guidano, 1987; Guidano y Liotti, 1983; Liotti, 1987; Mahoney, 1988) sostiene que la terapia cognitiva debería basarse en una perspectiva constructivista en la que se reconozca que el individuo cumple un rol continuo y activo en la construcción de su realidad.

Pero para que se produzca un cambio, los pacientes deben tener algo más que una comprensión intelectual de esta noción. Deben tener la experiencia de ver realmente cómo construyen la realidad. De este modo, la índole misma de la experiencia cambia para ellos.

Vale la pena detenerse en esta distinción entre tener una comprensión conceptual y tener una constatación experiencial de este proceso de construcción. Los pacientes a menudo expresan que como ya tienen conciencia de su pensamiento autocrítico negativo, dudan de que valga la

pena ir observando lo que piensan. Lo que es más, de acuerdo con nuestra experiencia, los terapeutas supervisores muchas veces cuestionan la conveniencia de alentar a los pacientes a seguir observando sus pensamientos cuando ya han tomado conciencia de ellos. Pero saber que uno tiene pensamientos autocríticos es muy distinto que tener la *experiencia tangible* de observarse a uno mismo en el proceso de interpretar una situación negativamente. Es la postura de observador desapasionado del propio proceso de construcción la que constituye el ingrediente esencial. Por consiguiente, es vital que los terapeutas aprecien esta distinción para poder ayudar a los pacientes a advertirla y apreciarla. Por otra parte, una vez que el paciente ha tenido esta clase de constatación experiencial, esto no significa que la batalla haya concluido. Para que prosiga el cambio, el paciente debe mantenerse continuamente consciente de sus procesos constructivos.

#### EXPLORACION O CUESTIONAMIENTO

Daremos ahora un paso más en nuestro alegato en favor de la toma de conciencia y formularemos la siguiente hipótesis: la eficacia de cualquier técnica de cuestionamiento en la terapia cognitiva puede atribuirse a la medida en que la aplicación de esa técnica propicia que el individuo tome conciencia de su forma de construir la realidad.

Resulta tentador asimilar esta discusión a la antigua controversia entre la terapia conductual y la cognitiva sobre los méritos relativos de la intelección frente a la adquisición de destrezas en lo que al proceso de cambio se refiere. Esta distinción, sin embargo, no hace justicia a la cuestión teórica que realmente importa. La toma de conciencia que, de acuerdo con nuestra hipótesis, es el aspecto central del proceso de cambio puede ser considerada, con igual acierto, como una adquisición de destreza o como una intelección. En realidad, es más bien una adquisición de destreza *perceptual*. Muchas argumentaciones sobre la intelección se ven complicadas por una falta de claridad en el significado que se da a este término. Es esencial distinguir entre el tipo de conciencia experiencial tangible aquí descrito y la intelección conceptual.

Esta distinción también puede servir para aclarar el significado de las investigaciones cognitivo-conductuales sobre el tema. En varios estudios se ha intentado evaluar la importancia relativa de explorar los procesos cognitivos, por un lado, y de cuestionarlos, por otro lado. J. D. Teasdale y M. J. V. Fennell (1982), por ejemplo, encontraron que, en períodos similares de tiempo, la aplicación de una versión "cuestionadora" de la terapia cognitiva producía sistemáticamente más cambios en la creencia a modificar que la práctica de "explorar u obtener más información congruente con la creencia".

Si se toman al pie de la letra los resultados obtenidos, parecen corroborar la hipótesis de que la práctica de cuestionar procesos cognitivos tiene un papel mucho más importante en el proceso de cambio que la actividad de explorarlos. Pero igual que con cualquier estudio de psicoterapia, es esencial indagar cómo se efectuó la particular intervención terapéutica analizada. Al escuchar las grabaciones de las sesiones conducidas por distintos terapeutas cognitivos, hemos observado que la exploración de los pensamientos automáticos por parte del terapeuta a menudo no se realiza de forma que promueva el tipo de conciencia tangible de los procesos constructivos que hemos descrito. Muchas veces, el proceso de exploración consiste en un frío informe sobre un pensamiento particular que el paciente puede haber tenido, y no en una explicación emocionalmente sensible de los detalles de la interpretación subjetiva, aquí y ahora.

Dado que la observación del paciente de su propio proceso subjetivo, tal como tiene lugar y de un modo emocionalmente sensible, es esencial para el descentramiento, cualquier estudio en el que las condiciones de la "exploración" no faciliten intencionalmente este proceso no podrá tomarse como una verdadera puesta a prueba de la hipótesis.

#### PAPEL DE LA RECONSTRUCCION HISTORICA

Un punto importante de divergencia entre la terapia cognitiva y el psicoanálisis ha sido, tradicionalmente, el que se refiere al papel que cumple en el proceso terapéutico la exploración del pasado del paciente. Mientras que los enfoques psicodinámicos siempre han destacado la

importancia de centrarse en la historia del paciente como parte esencial del proceso de evaluación y también como parte intrínseca del proceso de cambio, los terapeutas cognitivos tradicionalmente han evitado ocuparse ampliamente del pasado del paciente.

Esto está comenzando a cambiar, sin embargo. Guidano y Liotti (1983), Guidano (1987) y Liotti (en prensa), por ejemplo, se dedican ampliamente a la evaluación del pasado como forma de clarificar las creencias tácitas, y emprenden una reconstrucción histórica sistemática con el paciente a efectos de facilitar el proceso de descentramiento. De forma análoga, Young (en prensa) sugiere que explorar el pasado puede ser particularmente útil a efectos del acceso y la modificación de las estructuras esquemáticas.

La creencia de que el cambio se produce como resultado de la comprensión por parte del individuo de los orígenes históricos de sus problemas formaba parte de los primeros planteamientos del psicoanálisis de Freud. Como sostiene F. Sulloway (1979), este punto de vista sobre el proceso de cambio es parte del legado de Freud, un documento intelectual perteneciente a la era de la ilustración en una cultura en la que se creía que la comprensión y la racionalidad eran curativas.

Pero incluso en la historia temprana del psicoanálisis, este supuesto fue cuestionado por algunos analistas que pensaban que el cambio sólo podría provenir de una nueva toma de conciencia a nivel experiencial. Así, por ejemplo, J. Strachey (1934) destacó que toda interpretación, para ser terapéutica, debía implicar una interpretación emocionalmente inmediata de un hecho que estuviera teniendo lugar en la relación terapéutica. Algunos teóricos psicoanalíticos contemporáneos, como Gill (1982), H. Kohut (1984) y Strupp y Binder (1984), le están dando cada vez menos importancia a la práctica de las reconstrucciones históricas, y por el contrario subrayan la necesidad de brindar al paciente una nueva experiencia interpersonal constructiva, lo que se consigue no participando con el paciente en sus características transacciones interpersonales inadaptadas. En efecto, tanto Gill (1982) como Strupp y Binder (1984) recomiendan que se haga poco uso de las interpretaciones de transferencia genética en las que se establece un nexo entre la conducta interpersonal actual del paciente y su relación con los padres. Resulta, pues, intere-

sante que al mismo tiempo que los principales teóricos psicodinámicos están dejando de poner el acento en los recuerdos y las experiencias históricas para darle más preeminencia a la exploración de la relación terapéutica aquí y ahora, los terapeutas cognitivos comienzan a hablar de la importancia de centrarse en los recuerdos de experiencias históricas pertinentes.

Si bien pensamos que las experiencias históricas cumplen un rol importante en el desarrollo de los esquemas interpersonales y que en ciertos contextos la exploración de experiencias históricas puede ser terapéutica, también creemos que es importante desarrollar una comprensión diferenciada de cuándo y cómo la exploración de recuerdos históricos puede contribuir al proceso de cambio, y cuándo estará contraindicada.

Uno de los principales peligros de utilizar la reconstrucción histórica sistemática como práctica habitual es que puede conducir a una especie de comprensión intelectualizada del problema que podría, en última instancia, ser incompatible con el verdadero cambio. Lo que es más, como veremos en el capítulo 7, centrarse en el pasado puede desviar la atención de lo que está sucediendo realmente en la relación terapéutica. Esto, a su vez, podría perpetuar un ciclo cognitivo-interpersonal disfuncional.

Mientras que la exploración de recuerdos históricos en el contexto equivocado puede estar contraindicado, en el contexto correcto puede facilitar el cambio. Por un lado, la exploración de los acontecimientos históricos que dieron lugar al desarrollo del esquema interpersonal del paciente podría, en el contexto adecuado, ayudar a los pacientes a adquirir una perspectiva más amplia del modo como ellos mismos han construido muchas de sus principales creencias tácitas. Esto, a su vez, puede servirles para comprender que esas actitudes y creencias no son inmutables, sino potencialmente modificables. Por otro lado, la exploración de los antecedentes históricos pertinentes podría hacer que los pacientes entiendan sus actitudes y creencias disfuncionales como una función de ciertas circunstancias históricas y como un modo necesario y razonable de adaptarse a esas circunstancias. El hecho de entender que estas creencias y actitudes representan una forma apropiada de adaptación a circunstancias históricas determinadas puede contribuir a que los pacientes se sientan menos culpables y responsables y a que, por lo tanto, les resul-

te más fácil aceptar y reconocer algunas de sus principales actitudes y creencias disfuncionales. El proceso de asumir la responsabilidad y hacerse cargo es un precursor necesario de cualquier cambio (Greenberg y Safran, 1987). Además, existe una tendencia natural a encontrar sentido a la propia experiencia. Al llegar a comprender el contexto histórico que condujo al desarrollo de ciertas creencias y actitudes, los pacientes pueden empezar a adquirir la sensación de que tienen cierto dominio sobre las cosas.

¿Cuál es el contexto adecuado para explorar recuerdos históricos? Muchas veces, mientras se están explorando los pensamientos, creencias y actitudes de un paciente de un modo emocionalmente inmediato, se produce una rememoración espontánea de los hechos históricos que condujeron a su desarrollo. En este contexto, la activación de los recuerdos asociados y los sentimientos concomitantes suministra pruebas de que también se ha activado un esquema interpersonal pertinente, compuesto de recuerdos episódicos, imágenes y emociones asociadas. Este proceso implica normalmente una sensación de descubrimiento experiencial, más que un intento de análisis intelectualizado.

Pero si por el contrario el recuerdo en cuestión es objetivado como una parte rutinaria de una reconstrucción histórica, sin la cualidad de la emoción y la novedad asociadas con la evocación de un recuerdo, es menos probable que facilite el proceso de cambio. El terapeuta, por lo tanto, siempre debe evaluar si la exploración de los recuerdos históricos constituye un intento del paciente de eludir el aquí y ahora, o si es una genuina activación de recuerdos, imágenes y sentimientos asociados que le ayudará a aclarar el significado de sus relaciones interpersonales actuales.

#### EJEMPLOS DE DESCENTRAMIENTO CON FOCO FUERA DE LA SESION

En lo concerniente a activar el proceso de descentramiento, el contexto determina cuál es la intervención más útil. Para examinar el proceso de descentramiento en dos contextos distintos, emplearemos, de

acuerdo con Rice y Greenberg, el término "marcador del paciente" para referirnos a una verbalización que refleja un proceso de interpretación subyacente indicativo de la receptividad del paciente a determinados tipos de intervención. Hemos observado dos marcadores con distintas implicaciones para la intervención cognitiva: el *marcador de inmersión plena* y el *marcador de conciencia dividida* (Safran, 1985). En el caso del marcador de inmersión plena, los pacientes verbalizan una percepción disfuncional o problemática y no parecen cuestionar su validez. Están, por lo tanto, plenamente inmersos en esa perspectiva. Por ejemplo, el paciente podría decir: "Nunca podré encontrar una persona compatible conmigo", o "¡Qué desastre! Me siento como si tuviera cinco años". Si hay una alianza terapéutica adecuada, un marcador de inmersión plena puede ser un contexto apropiado para una intervención cuestionadora, como la de examinar las pruebas o considerar otras perspectivas posibles.

En el caso del marcador de conciencia dividida, los pacientes manifiestan una percepción inadaptada o disfuncional, pero al mismo tiempo cuestionan o invalidan su propia percepción. Por ejemplo, el paciente podría decir: "Siento que la gente me está juzgando mal, pero sé que eso no es realmente así". Por razones que pronto explicaremos, los marcadores de conciencia dividida no suministran un contexto apropiado para las intervenciones cuestionadoras.

La siguiente transcripción ilustra el proceso de descentramiento en presencia de un marcador de inmersión plena. En este ejemplo, hay una alianza terapéutica lo bastante fuerte como para permitir que la paciente interprete las acciones del terapeuta como esencialmente convalidantes y, en consecuencia, se preste plenamente a la tarea terapéutica que consiste en utilizar una intervención como una ayuda para distinguir entre la realidad y la realidad tal como ella la interpreta.

La paciente ha sido derivada para su tratamiento desde otra parte del país y se encuentra sola, sin amigos, en una ciudad que le es completamente desconocida. Al principio, fue tratada en régimen de internado, pero justo antes de esta sesión fue dada de alta y en la actualidad vive en casa de la madre de otra paciente del hospital. Lo que da pie a la intervención terapéutica es la sensación que tiene la paciente de estar impo-

niendo su presencia a la dueña de casa y ser un estorbo para ella. Como la transcripción está extraída de la duodécima sesión de terapia, la terapeuta ya tiene una hipótesis de trabajo sobre los procesos cognitivos centrales de la paciente.

*Terapeuta:* Pues bien, ¿cómo se encuentra usted... este viernes de buena mañana?

*Paciente:* La mañana siempre es lo peor para mí. Siempre me siento peor por la mañana, en especial cuando me levanté esta mañana...; cuando empiezo a sentirme mejor me lleva un poco más de tiempo. No sé por qué. Quizá sea porque no me siento muy bien físicamente. Tal como me siento, me gustaría acurrucarme en algún sitio y dormir una semana entera.

*Terapeuta:* ¿Así que se siente muy cansada?

*Paciente:* Estoy realmente cansada..., física y emocionalmente. Como agotada. Estoy viviendo en la casa de la madre de mi amiga Susana, y me siento muy mal. La verdad es que no conozco mucho a la madre de Susana y no quiero imponerle mi presencia..., así es que trato de mantenerme apartada lo más posible... Ella es una señora realmente agradable y yo..., yo soy una carga. Soy un estorbo para ellas. Fueron muy amables al dejarme ir a vivir allí. La señora dijo que a ella no le gustaba estar sola, de todos modos, pero tiene que fastidiarle de alguna manera.

Aquí, la paciente presenta un marcador de inmersión plena. Expresa su percepción de que su presencia es una carga, un estorbo que a la madre de Susana debe fastidiarle de alguna manera. Esta formulación revela una aceptación incuestionada por su parte del carácter real de su percepción. La paciente percibe su experiencia como inherente a la situación, y no como parcialmente dependiente de su propia construcción de la situación. En el siguiente segmento, el terapeuta responde al marcador de inmersión plena con una intervención cuestionadora consistente en examinar las pruebas.

*Terapeuta:* ¿De modo que usted dice que es un estorbo para la madre de Susana?

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* Ya veo. ¿Y que a ella debe fastidiarle de alguna manera?

*Paciente:* Así es.

*Terapeuta:* ¿Cómo lo sabe?

*Paciente:* No sé [pausa]... Supongo que me veo como un estorbo, eso es todo.

*Terapeuta:* Muy bien, así que está haciendo algunas suposiciones.

*Paciente:* Ajá.

*Terapeuta:* ¿Qué otras suposiciones está haciendo acerca de cómo se siente ella?

*Paciente:* Bueno, cuando fui a vivir allí, no me conocía en absoluto. Supongo que... eso me resultó un poco sorprendente, ¿sabe? Sobre todo en una ciudad grande como es ésta. Sólo dijo: "Susana, tráela aquí", me dio las llaves de su casa y me dijo: "Entra y sal cuando quieras". Eso me hizo sentir [pausa, su voz adquiere un tono emotivo] algo culpable, supongo... ¡Ah!, no sé de dónde viene eso. Me sentí... como si estuviera aprovechándome de ella. Sentí que tal vez debería encontrar otro lugar donde pudiera quedarme y, sabe usted, que no quería ser un estorbo. Y todavía me siento así.

*Terapeuta:* Está bien. Muy bien. Aquí tenemos una situación que podemos explorar.

[Risas de la paciente.]

La pregunta "¿Cómo lo sabe?", del terapeuta, comienza a activar un proceso de descentramiento en el que la paciente se pone a explorar su propio papel en la construcción de la experiencia. Empieza a explorar algunas de las suposiciones que tiene y que contribuyen a que se sienta incómoda, explorando también la verdadera naturaleza de sus sentimientos ("Me hace sentir algo culpable, supongo"). Aquí, hay un cambio en la calidad del tono de voz de la paciente, que parece volver a experimentar algunas de las emociones que de hecho experimentó en esa situación.

*Paciente:* Ella dice que no es ninguna molestia, pero...

*Terapeuta:* Ajá. Bien, me gustaría que detallara un poco más sus escrúpulos por estar viviendo allí en este momento.

*Paciente:* No sé. Supongo que siento que debería haber pedido dinero prestado, o lo que necesitara para ir a vivir a otra parte, porque es difícil tener a alguien viviendo en la casa de uno... Y... yo no quiero que ella sienta que tiene que tomarse ninguna molestia y [pausa] simplemente siento que estoy molestando [su tono de voz se vuelve más emocional]. Si me quedara con otra persona en lugar de... Creo que tiene ver con lo de... ser independiente.

*Terapeuta:* Está bien. Así que "Debería haber ido a vivir a otra parte", "Debería haber pedido dinero prestado", "Le estoy imponiendo mi presencia". ¿Hay algún otro "debería"?

*Paciente:* Supongo que me siento así en la mayoría de las relaciones. Yo no... no puedo "recibir" sin sentirme incómoda. Es como cuando nos mudamos de casa y yo [pausa] yo había estado enferma desde hacía un tiempo. Tenía fecha para internarme el 1 de febrero y nos mudamos el 28 de enero. Y [pausa] muchos se ofrecieron a ayudarme con la mudanza y, este..., yo no pude aceptarlo. Al parecer creó que tengo que hacerlo yo sola. Que no es aceptable si no lo hago.

*Terapeuta:* Muy bien. Eso de "tengo que hacerlo yo sola" parece que se relaciona con un tema habitual en usted. De modo que en esta situación, ¿tiene usted la sensación de que "debería" ser más independiente?

*Paciente:* Así es. Y encontrar algún otro lugar donde quedarme.

*Terapeuta:* Y entonces, ¿qué significa que no lo haya hecho..., que esté viviendo allí?

*Paciente:* Que me estoy aprovechando o que es mi propia responsabilidad.

*Terapeuta:* Ya veo. De modo que: "Estoy siendo irresponsable..., aprovechándome".

En este fragmento, la paciente continúa explorando sus pensamientos y sentimientos asociados. El acceso al estado emocional correspondiente parece facilitar el proceso de detectar procesos interpretativos pertinentes. La paciente toma conciencia de su sensación de ser un estorbo y de los imperativos que se impone a sí misma ("Debería haber ido a vivir a otra parte, debería haber pedido dinero prestado"). Así, ella misma toma conciencia de que esto se relaciona con un tema central que ha surgido previamente en la terapia: su creencia de que debería ser más independiente, de que debería arreglárselas sola. De acuerdo con la teoría antes expuesta, esto se puede considerar una regla tácita para mantener las relaciones, que forma parte de un esquema interpersonal.

En este proceso, la paciente se mueve alternativamente entre el nivel de los pensamientos automáticos y las interpretaciones o actitudes disfuncionales de nivel más elevado. Por consiguiente, el proceso no se desarrolla de acuerdo con una secuencia lineal, desde los pensamientos automáticos a las actitudes disfuncionales, como sugieren algunos escritos sobre terapia cognitiva.

*Paciente:* Parece extraño que ciertas cosas que siempre di por descontadas, como que tenía que ser independiente y hacerme cargo y asumir responsabilidades, han afectado prácticamente a todo lo demás... Ah..., siento que debo de haber provocado un verdadero desastre.

*Terapeuta:* Así que ahora, como suele suceder cuando nos ponemos a explorar lo que esto realmente significa para usted, empieza a caer en una especie de espiral negativa y autocrítica, ¿no es así?

*Paciente:* Supongo que todavía no he avanzado lo suficiente. No tengo conciencia de cómo me estoy sintiendo, algunas veces. No me doy cuenta de que sucede con tanta rapidez.

*Terapeuta:* Pero ahora que lo observa, ¿se da cuenta?

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* Bien, dejemos esto de lado por un momento ahora que tenemos conciencia de que sucede y centrémonos en sus reacciones frente al hecho de vivir en lo de la madre de Susana, ¿de acuerdo?

Aquí la paciente reconoce claramente que esta situación está ligada a su creencia general de que debe ser independiente y responsable. Esta constatación da lugar a un nuevo ciclo de actividad autocrítica, cuando la paciente advierte lo influyente que ha sido este tema en su vida. Este ciclo de actividad autocrítica que se produce al tomar conciencia de un estilo disfuncional es un suceso común en la terapia. Cuando ocurre, es esencial que el terapeuta determine si este nuevo ciclo de autocrítica es lo bastante intenso como para sobrepasar el centro de interés original. De serlo, es importante cambiar el centro de atención y dirigirlo a la autocrítica inmediata, porque ésta será mucho más vívida para el paciente que el centro de interés original, por lo que impediría progresar en esa dirección.

En este caso, en cambio, el terapeuta evalúa que el centro de interés original es más preeminente, de modo que elude el nuevo ciclo de autocrítica ayudando a la paciente a descentrarse de él. A tal efecto, hace referencia a este ciclo y alude a otras ocasiones anteriores en que sucedió igual. Luego prosigue con la investigación del tema inicial, que parece ser más importante.

*Paciente:* Creo que no tengo ningún sentimiento positivo respecto de eso. No lo siento más que como una molestia, el hecho de estar allí... Y su mamá... Estoy haciendo lo mismo que siempre tiendo a hacer. No importan lo que digan los demás, al parecer yo ya tengo decidido cómo se sienten, y lo que digan no me hace cambiar de idea.

*Terapeuta:* Bueno, veamos lo que está diciendo. Usted hace una serie de suposiciones acerca de lo que sucede, de modo que consideremos qué pruebas tiene a su favor. ¿De acuerdo? ¿Qué pruebas tiene en este momento de que es un estorbo para ella?

*Paciente:* Me parece que es una molestia para ella sentir que tiene que volver de noche a casa y preparar algo para comer, o que debe conversar a la hora del desayuno, y todo eso. Creo que tiene que ser un fastidio porque está acostumbrada a vivir sola, y supongo que me parece que es una molestia para ella el trabajo adicional... Cuando uno tiene a alguien viviendo en su casa

siempre hay más cosas que lavar. Sábanas y toallas... Siento que eso es una molestia.

*Terapeuta:* ¿O sea que usted sabe que para ella implica un cambio en su rutina y más trabajo, y supone que eso la mortificará..., que va a ser algo negativo para ella?

*Paciente:* Aunque dijo que prefiere tener a alguien en su casa porque de otro modo no come y ha adelgazado bastanté, porque si está sola ni se preocupa por comer y..., así que puede decir que le gusta tener a otra persona en la casa... Pero yo igualmente siento que estorbo.

*Terapeuta:* De modo que ella le dice que en realidad le va bien, que es una cosa positiva para ella, en lugar de algo negativo. ¿Qué opinión le merecen las razones que ella le da? ¿Son creíbles?

*Paciente:* Me parece que son creíbles, pero por otro lado pienso que sólo está tratando de ser amable y de hacerme sentir cómoda..., que es probablemente lo que haría yo, aunque fuera algo que me estorbara trataría de hacer que la otra persona se sintiera cómoda... Yo no lo acepto cuando la gente lo dice, sabe usted, aun si..., si tengo dudas o pruebas en contra. Supongo que todo depende.

*Terapeuta:* ¿Y si tiene dudas o pruebas en contra?

*Paciente:* No las creo, eso es todo.

*Terapeuta:* ¿O sea que se da cuenta de que está ignorando ciertas pruebas en este momento?

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* Bien. De manera que tiene conciencia de que las ignora. ¿Cuáles son, en concreto, esas pruebas que no tiene en cuenta?

*Paciente:* Cuando me dijo: "Es bueno tener compañía", y que era agradable no estar sola en casa, tener a alguien con quien compartir la mesa y que ayude a preparar la cena, a limpiar y ese tipo de cosas y..., creo que de todos modos sigo sintiendo que estorbo.

*Terapeuta:* Bueno, por ahora lo importante es que usted puede advertir que no tiene en cuenta algunos datos.

*Paciente:* No me había dado cuenta, pero eso es lo que estoy hacien-

do..., lo hago con todo [pausa], así es que incluso si lo que quiero es un refuerzo positivo, no lo acepto aunque me lo den.

Aquí, la paciente vacila entre dos construcciones contrapuestas de la realidad. Contrapone el hecho de verse a sí misma como un estorbo con la afirmación de la dueña de casa de que a ella le va bien tenerla como huésped. Durante este proceso de vacilación entre su construcción de la situación y las pruebas contrarias, la paciente espontáneamente toma conciencia de estar haciendo caso omiso de dichas pruebas ("Las ignoro, eso es todo"). Esta yuxtaposición de su interpretación y las pruebas en contra (o en otras situaciones, de dos construcciones distintas de la realidad) parece contribuir a que la paciente desarrolle una metaperspectiva de su propio estilo de procesamiento disfuncional. En el resto del fragmento, la paciente consolida su percepción de su tendencia a "ignorar" ciertos datos ("No me había dado cuenta, pero eso es lo que estoy haciendo... Lo hago con todo, así es que incluso si lo que quiero es un refuerzo positivo, no lo acepto aunque me lo den".)

*Terapeuta:* ¿Qué le ocurre en este momento? ¿Qué experimenta?

*Paciente:* Estaba pensando que... Recordaba que cuando quise volver a casa, me dijeron con toda claridad que me aceptarían, pero en realidad no querían que volviera. Y creo que esto tuvo un efecto en mí, en lo que siento cuando alguien se toma molestias por mí. No quiero que eso suceda. Siento que siempre soy una carga.

*Terapeuta:* ¿Que sus padres...? ¿Usted quería volver a casa de sus padres, entonces?

*Paciente:* Yo nunca pedí volver a casa.

*Terapeuta:* Ajá.

*Paciente:* Creo que habría sido mucho mejor si me hubiera quedado en casa durante unos meses.

*Terapeuta:* ¿Eso fue después de su separación?

*Paciente:* Sí. Me hicieron ver claramente que yo estaba sola..., que era una persona adulta independiente y que los chicos eran hijos

míos. Yo era responsable por ellos, así que debía tomar las cosas tal como venían, y que lo podría sobrellevar.

*Terapeuta:* Ya veo.

*Paciente:* Así que me mantuve independiente y me volví casi..., ferozmente celosa de esa independencia. Había veces en que no teníamos qué comer, pero yo no le pedía ayuda a nadie.

*Terapeuta:* Entonces, esa experiencia, ¿fue una experiencia muy fuerte y dolorosa para usted?

*Paciente:* Me sentí muy marginada [pausa]. Me hizo crecer mucho, y las cosas que sucedieron como consecuencia... Me pasaron muchas cosas positivas por este motivo. Debido a que me vi obligada a ser muy independiente. Y lo sobrellevé.

*Terapeuta:* De modo que eso le obligó a cuidarse sola, a ser independiente, y aprendió que puede hacerlo, que puede sobrellevar cualquier cosa.

*Paciente:* Creo que también aprendí que nunca puedo depender de nadie más [dicho con énfasis].

*Terapeuta:* Y también aprendió que nunca más podía depender de nadie, todo al mismo tiempo. O sea que extrajo una enseñanza positiva de lo que pasó y también otra enseñanza que parece estarle afectando negativamente.

El reconocimiento por parte de la paciente de su estilo de procesamiento parece desencadenar una serie de recuerdos asociados que tienen un claro tono emocional. La paciente recuerda un incidente significativo de su pasado que se relaciona con todo el tema de la independencia y la dependencia: el recuerdo doloroso de haber querido ir a vivir con sus padres tras la ruptura de su desastroso matrimonio. Estos se negaron y la paciente se vio obligada a arreglárselas sola, lo que le sirvió para reforzar o consolidar su creencia previa de que no podía confiar en otras personas y contar con ellas, fortaleciendo su resolución de ser siempre totalmente independiente.

Fue, pues, una experiencia significativa de aprendizaje la que contribuyó al desarrollo de sus expectativas generalizadas respecto de las interacciones entre ella y los demás. Como se señaló anteriormente, este tipo

de recuperación espontánea de un recuerdo asociado sugiere que podría ser prototípico. Explorar proposiciones relativas al tema de la independencia y la dependencia, lograr el acceso a determinados pensamientos automáticos y a un determinado estado emocional, tomar plena conciencia del hábito de desestimar las retroalimentaciones positivas, todos estos factores se combinan para activar un importante recuerdo ligado al esquema.

Nuestra hipótesis es que aunque el material de la sesión, relacionado con esquemas concernientes al tema de la independencia y la dependencia, preparó el terreno para la recuperación de este recuerdo espontáneo. La conciencia que tomó la paciente de estar desestimando cierta información favorable tuvo un efecto emocional y activador que contribuyó a desencadenar este recuerdo doloroso. Es como si el hecho de tomar de pronto conciencia de su propia actividad, le suministrara a la paciente la prueba palpable de que ella construye activamente la realidad de un modo disfuncional, desencadenándose una búsqueda de recuerdos para encontrarle sentido a su propia conducta. En este contexto, la recuperación espontánea de un recuerdo de tono emocional indica, pues, que se ha activado el esquema interpersonal pertinente.

Entonces, con muy poca ayuda de parte del terapeuta, la paciente procede a evaluar la significación de ese hecho pasado, viendo con más claridad cómo incidió esta experiencia en su creencia de que nunca puede depender de nadie y que siempre debe ser totalmente independiente. De acuerdo con la síntesis que hace el terapeuta, la actitud desarrollada por la paciente tiene a la vez ventajas y desventajas.

*Paciente:* Cuando estaba tramitando el divorcio era evidente que no podía contar con mi marido y era evidente que tampoco podía contar con mis padres para obtener ninguna clase de respaldo emocional, físico o económico. Y me sentí muy marginada [*su voz adquiere un tono emocional*]. Creo que tenía veinte años cuando nació mi hijo y me divorcié.

*Terapeuta:* Ajá.

*Paciente:* Hubo algunas cosas realmente buenas como consecuencia de todo eso. Lo cierto es que me las arreglé sola, cuidé a los chicos y volví a trabajar, probablemente mucho antes de lo aconse-

jable. Mi hijo sólo tenía un mes y conseguí una licencia médica especial; yo tenía que alimentar a los chicos, y la verdad es que sobrevivimos. Recuerdo que había semanas en que los chicos comían algo, pero yo subsistía con cualquier cosa... Tomates. Lo recuerdo; es sorprendente que todavía me gusten los tomates. No son gran cosa como dieta única.

*Terapeuta:* Ajá.

*Paciente:* Pero, sabe usted, todos lo sobrellevamos, y a los chicos no parece haberles hecho ningún daño.

*Terapeuta:* Mientras está hablando, en este momento, tengo la sensación de que está tomando contacto con...

*Paciente:* Me pone triste [*se le quiebra la voz*]. Todavía me duele, porque fue una experiencia realmente mala en algunos sentidos.

*Terapeuta:* Ajá.

*Paciente:* Por otro lado, también me hace sentir bien el hecho de que lo sobrellevé, me las arreglé sola y no tuve que pedir ayuda.

*Terapeuta:* O sea que es una cosa mezclada, ¿no es así? Hay una verdadera tristeza y un gran dolor; por otro lado, está la satisfacción consigo misma, una sensación de fortaleza. "Lo hice. Me las puedo arreglar sola".

En este fragmento, la paciente explora la índole compleja y multifacética de sus sentimientos respecto del hecho específico comentado y sobre el tema general de la independencia y de la dependencia. Siente a la vez tristeza, al recordar el dolor de ser rechazada, y la pesadumbre de estar sola, pero también tiene un fuerte sentimiento de orgullo y satisfacción consigo misma por su capacidad para salir adelante sola. Esta constatación de sus sentimientos multifacéticos en torno de la cuestión de la independencia y la dependencia le ayuda a poner en claro cuál es el verdadero significado que tiene para ella el hecho de ser independiente, con lo que facilita el proceso de descentramiento. Esto, a su vez, aumenta las posibilidades que tiene la paciente para decidir si quiere o no continuar así. El tono emocional de su voz sigue indicando que hay un verdadero proceso de autoexploración en marcha, y no una evitación intelectualizada de ciertos sentimientos dolorosos.

*Paciente:* El hecho es que siempre he tenido que arreglármelas sola. Esto se aplica a todo lo que he tenido que hacer. Es la única forma, y creo que fue por entonces cuando aprendí esta lección. Así que todas esas cosas que nunca analicé en ese momento en que me limité a salir adelante como pude, creo que voy a tener que examinarlas... una por una. Porque hubo cosas positivas y negativas en todo ello [pausa]. Espero que mis hijos aprendan otra lección. No quiero que piensen que no pueden contar con nosotros. Quiero que sepan que estaremos a su lado si nos necesitan, que estamos a su lado...

*Terapeuta:* Correcto.

*Paciente:* Mis padres son muy... Se han portado maravillosamente y... Sabe usted, se ocuparon de los chicos y de todo, cuando me puse enferma, y han hecho todo lo que... Creo que si me pongo a pensarlo, me pregunto qué les habría pasado a ellos en aquel momento para que se sintieran de ese modo. Mi hermano parecía querer depender de ellos para siempre.

*Terapeuta:* Probablemente tenían sus razones...

*Paciente:* Así es.

*Terapeuta:* De todos modos, fue una experiencia muy dolorosa para usted.

*Paciente:* Lo fue de verdad. Y creo que mi madre me dio a entender claramente que no podía volver a casa. Que ni lo pensara.

*Terapeuta:* Ajá.

*Paciente:* Sí, y ahora pienso que si una de mis hijas estuviera en la misma situación, a mí no me gustaría que volviera a casa y se quedara para siempre, pero creo que querría que viniera a recuperarse, hasta poder arreglárselas sola, para que no se le viniera todo encima de golpe. Y algo así fue lo que me pasó a mí, que me pareció perderlo todo al mismo tiempo. Eso afectó mi forma de ver la vida.

*Terapeuta:* O sea que usted querría que sus hijos recurrieran a otras personas algunas veces y que aceptaran recibir ayuda ajena.

*Paciente:* A mí eso me hace sentir... Siento que tengo que devolver el favor, no sólo en el sentido normal de corresponder, sino que

siempre tengo que hacer más por la otra persona. Es muy frustrante pensar en todo eso [llora un poco], pero nunca analicé por qué me puse enferma.

*Terapeuta:* Bueno, esto le aclara las cosas... Recordar y establecer algunas conexiones y ver de dónde vienen en realidad algunas de estas cosas.

*Paciente:* Pues va a ser muy difícil cambiar el modo..., el sentimiento automático, pero creo que estoy progresando un poco, ya que me doy cuenta de algunas de las cosas que estoy haciendo... Y están afectando sobre todo a mi relación con Juan [su actual marido], porque sé que él puede decirme cualquier cosa... Yo no confío en él. Me hace sentirme muy mal no tenerle confianza.

*Terapeuta:* O sea que si él le dice que la quiere, o si le dice que algo le parece bien, usted no cree lo que él dice del mismo modo en que no cree lo que le dice la madre de Susana.

*Paciente:* Sí.

En este fragmento, la paciente constata el carácter absoluto de su creencia de que siempre debe ser totalmente independiente, y una vez más trata de encontrarle sentido a la regla tácita que ha estado gobernando sus actos en función de sus experiencias previas de aprendizaje. Como se refleja en su afirmación: "Espero que mis hijos aprendan otra lección", la paciente está tomando cada vez mayor conciencia del efecto nocivo que ha tenido en su vida esta actitud disfuncional. Esto también indica que está empezando advertir cierto grado de arbitrariedad en esta actitud.

Consideremos ahora la transcripción en su totalidad. El proceso que tiene lugar comprende la modificación y reorganización de ciertas estructuras cognitivas y sistemas de creencias fundamentales por la vía de deducir los temas centrales ("Siempre tengo que ser totalmente independiente"), que se encuentran en el nivel estructural profundo, a partir de la estructura de superficie (es decir, determinados pensamientos automáticos y actividades disfuncionales de procesamiento tales como la de desestimar información favorable). Logrando el acceso a una constelación de pensamientos automáticos asociados con un esquema, y explo-

rando luego la naturaleza del esquema interpersonal que configura esta actividad autevaluada, el terapeuta y la paciente promueven un proceso de debilitamiento global de la interpretación.

Uno de los aspectos importantes de esta sesión es que la paciente puede tener una experiencia concreta y significativa del modo como se vinculan las reglas estructurales profundas (actitudes disfuncionales) y las actividades a nivel de superficie (pensamientos automáticos, desestimación). El hecho de oscilar entre la exploración de interpretaciones de nivel elevado y la prueba de realidad de las actividades cognitivas regidas por esas interpretaciones hace que el reconocimiento por parte de la paciente de la influencia de estas interpretaciones se base en experiencias inmediatas, lo que contribuye a debilitar sus interpretaciones.

Una vez que se han hecho explícitas tanto la actividad de autoevaluación negativa como las actitudes disfuncionales rectoras, y que la paciente toma conciencia de la compleja interconexión entre la estructura profunda y la estructura superficial en el momento actual, las intervenciones cognitivas, como la prueba de la realidad o la revisión de pruebas, pueden contribuir entonces a modificar el esquema interpersonal subyacente.

De acuerdo con nuestra experiencia, las intervenciones tales como las de revisar pruebas o examinar distintas perspectivas posibles son las más eficaces precisamente en este contexto. Por lo tanto, cuestionar pensamientos automáticos elegidos al azar no constituye una intervención terapéutica particularmente poderosa. Sin embargo, en ciertas condiciones, alentar al paciente a "verificar" la veracidad de determinado pensamiento, percepción o supuesto autocrítico, en el contexto de una aprehensión del modo como el pensamiento a verificar encaja en la organización cognitiva global, puede facilitar un cambio en las estructuras cognitivas centrales.

Un aspecto crucial del proceso de cambio de la paciente es que ella estaba plenamente inmersa en su perspectiva disfuncional antes de la intervención y experimentaba sus percepciones ("Es un estorbo para ella") en una forma emocionalmente inmediata. Esta completa inmersión en su perspectiva le permite experimentar otra perspectiva distinta como una *nueva* información, facilitando así el proceso de descentramiento.

Cuando los pacientes no se permiten experimentar plenamente su actividad de procesamiento disfuncional, las pruebas refutatorias no tienen el mismo efecto. Por el contrario, las pruebas refutatorias simplemente pasan a asimilarse al viejo esquema o al viejo modo de ver las cosas. Cuando, en cambio, los pacientes se permiten experimentar su actividad cognitiva disfuncional plenamente, la discrepancia entre la realidad y su propia interpretación se hace más evidente y hay una mayor posibilidad de acomodación de los esquemas.

Daremos ahora un ejemplo del proceso de cambio con un marcador de conciencia dividida. Este paciente tiene un problema de morosidad crónica. Acaba de relatar algo sucedido antes de la sesión, y es que no ha realizado el trámite que debe hacer para que su expediente sea remitido del colegio secundario a la universidad, pero no tiene ninguna idea de por qué lo ha hecho.

Como la apreciación disfuncional no se manifestó en superficie, a diferencia del caso anterior, el terapeuta comienza por alentar al paciente a reconstruir la situación con la mayor viveza que le sea posible, utilizando imágenes y tomando conciencia de los sentimientos y procesos cognitivos disfuncionales correspondientes.

*Terapeuta:* ¿Puede sumergirse otra vez en la situación y describirla como si estuviera sucediendo en este preciso momento?

*Paciente:* Bueno, la puedo captar, más o menos, pero no explicarla en detalle. Es así, veo la figura de algunas de las personas con las que tengo que hablar para iniciar el trámite, y veo que me odian. Me consideran un incordio.

*Terapeuta:* Ajá.

*Paciente:* Y ellos tienen todo el poder y yo ninguno.

*Terapeuta:* ¿Puede visualizar a esas personas?

*Paciente:* Puedo ver el rostro de una mujer con la que tengo que hablar, sí. Y veo cómo me mira. Está pensando que soy un incordio.

*Terapeuta:* Bien. Así que puede verla a ella y cómo reacciona. Está pensando que usted es un incordio.

*Paciente:* Ajá, sí.

*Terapeuta:* Sí.

*Paciente:* Que yo soy como un buscapleitos, una especie de provocador tratando de crear problemas, y entonces: "Lo lamento, a usted ya se le contestó, y eso es todo"... Esa es la reacción de ella.

*Terapeuta:* Ajá.

*Paciente:* Y que en realidad está conspirando, o algo así, por si yo me las arreglo para hablar con alguien con un cargo superior al suyo. Va a conspirar. Quiero decir, es un temor ridículo, supongo.

El paciente muestra un marcador de conciencia dividida. Se imagina que la empleada de la oficina de expedientes podría conspirar en su contra. Al mismo tiempo, comienza a invalidar su percepción subjetiva: "Quiero decir, es un temor ridículo, supongo".

*Terapeuta:* ¿Pero muy real para usted?

*Paciente:* Sí, muy real, sí.

*Terapeuta:* Muy bien. Entonces, está esa mujer y... usted es muy bueno para las imágenes, me parece. Puede representarse una imagen de ella, de esta mujer. Está conspirando.

*Paciente:* Ajá, así es [*se ríe*].

*Terapeuta:* Ahora se ríe, pero es real ¿verdad?

*Paciente:* Sí, para mí es real, así es.

*Terapeuta:* Ella le ve a usted como a una especie de provocador.

*Paciente:* [*Riendo.*] Sí. Sí.

*Terapeuta:* Y otra vez, se ríe. Le parece... Un poco...

*Paciente:* Sí, es cómico cuando escucho las cosas que digo dichas por otra persona.

*Terapeuta:* Ajá.

*Paciente:* ¿Por qué me hace gracia? Pues..., porque en realidad, cuando se lo oigo decir a usted, entonces no es verdad. Esa mujer no es así. No me consideraría un provocador en absoluto, pero al mismo tiempo, desde otro punto de vista, cuando yo lo digo, es realmente lo que quiero decir... Algo así.

*Terapeuta:* Ajá.

El terapeuta interviene alentando al paciente a suspender todo juicio autocrítico y a aceptar la validez subjetiva de su apreciación. En respuesta, el paciente continúa revelando su apreciación subjetiva encubierta ("Me ve como una especie de provocador"). Al mismo tiempo, procede a invalidarla, en parte debido a que le incomoda, como lo indica su risa. Al final del fragmento, el paciente resume con precisión su experiencia subjetiva cuando dice que se da cuenta de que la percepción no es objetivamente válida, pero que es *subjetivamente* real para él.

*Paciente:* Es curioso.

*Terapeuta:* Sí. Es muy real para usted en ese momento, ¿no es así?

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* Pero de alguna manera, cuando me lo oye decir a mí, usted se distancia de la situación con toda rapidez.

*Paciente:* Sí, y me digo: "¡Ah! Eso es ridículo".

*Terapeuta:* Ajá.

*Paciente:* "Desde luego que ella no me ve como a un provocador", ya sabe usted.

*Terapeuta:* Ajá. Entonces, antes de que se salga de la situación... le voy a pedir que trate de seguir en su experiencia subjetiva por un rato, ¿de acuerdo?

*Paciente:* Entendido.

El paciente procede a establecer una metaperspectiva del modo como ahora está invalidando su propia percepción subjetiva. Este proceso es una especie de subterfugio.

*Terapeuta:* Bien. De modo que está esa mujer, usted la mira y se le ocurre algo como: "Va a pensar que soy un provocador y que estoy tratando de crear problemas". ¿Puede detallar las imágenes?

*Paciente:* Bueno, no puedo detallar las imágenes, pero sí las acciones, como por ejemplo, que estoy en la cama y se me ocurre una idea: "Ya sé lo que tengo que hacer. Tengo que llamar por teléfono a esa mujer". Ah, es gracioso, después de describir todo esto,

de pronto no me parece tan sorprendente que lo que sucede es que me quedo en la cama otra hora más.

*Terapeuta:* De modo que usted se representa a esta mujer y piensa que podría ponerse en contacto con ella. Todo esto da una sensación de futilidad, ¿no es así?

El paciente comienza a adquirir una comprensión tangible del efecto que tiene su interpretación subjetiva sobre su experiencia. Su morosidad se le está volviendo menos misteriosa a medida que acepta su análisis, y empieza a advertir cómo se está perjudicando.

*Paciente:* Así es.

*Terapeuta:* ¿Puede imaginar un diálogo, o un enfrentamiento entre ustedes, si de hecho se pusiera en contacto con ella?

*Paciente:* Sí. Bueno, ella atendería el teléfono diciendo: "Departamento de orientación". Y yo le diría: "Quiero hablar con el consejero. Soy un ex alumno", etcétera. Ella me preguntaría mi nombre, yo se lo daría y luego le diría: "Me pregunto si se podrá hacer algo al respecto". Creo que ahora que lo imagino, no veo que ella pudiera decirme otra cosa salvo: "Muy bien, veré qué puedo hacer". Pero podría no ocuparse de tramitarlo. Quiero decir que tiene todo el poder de dejar el documento guardado en un cajón un día entero.

*Terapeuta:* Ya veo.

*Paciente:* Pues..., ésa es la fantasía más razonable que se me ocurre.

*Terapeuta:* ¿Y una fantasía irrazonable?

*Paciente:* Bueno. ¿Porque sí, como por jugar, nada más?

*Terapeuta:* Sí.

*Paciente:* Bien, entonces ella me diría, con voz chillona: "Escuche, ya aclaramos todo eso hace dos semanas. Usted puede presentar la solicitud de ingreso en la universidad mostrando el certificado del último año del secundario, y eso es todo lo que tiene que hacer. Es todo lo que va a necesitar y..., no tiene las otras calificaciones, así que no debería estar molestando al personal de aquí con esas tonterías". Ah, y entonces me amenazaría con..., algo...

*Terapeuta:* ¿Como qué?

*Paciente:* No sé. Es bastante absurdo. Es decir, ella..., nadie anda amenazando a la gente en esta sociedad.

*Terapeuta:* Ajá. Ya veo que volvió a salirse de la situación.

*Paciente:* [Riendo.] Sí.

*Terapeuta:* Sí, está bien. ¿Puede permanecer dentro de su experiencia subjetiva por un minuto?

*Paciente:* Bueno, voy a tratar. Este... "Si usted insiste en llamar, si sigue con esta payasada, vamos a..." ¡Ah! Eso es absurdo, también. Iba a decir: "Vamos a enviar a la universidad sus...". Porque yo saqué algunas malas notas, que después recuperé. Es decir, hice los cursos de recuperación en verano. Mejoré las calificaciones, y es como si ella me amenazara con enviar a la universidad mis calificaciones anteriores.

*Terapeuta:* Ajá.

*Paciente:* Pero es una tontería.

*Terapeuta:* Entonces, una vez más usted se sale de la situación y dice: "Eso es una verdadera tontería".

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* Pero puede recrear el diálogo con mucha facilidad, ¿verdad?

*Paciente:* [Riendo.] Sí, ya veo, sí. Es realmente extraño. De veras que es muy raro, que de hecho puedo hacerlo con gran facilidad, que *estoy* imaginándome todas esas posibilidades, a esta mujer enviando todos mis boletines de calificaciones de los últimos dos años, con todas las malas notas.

*Terapeuta:* Sí.

*Paciente:* Enviándolos a una universidad. Y ella ni siquiera sabría en qué universidades voy a presentar mi solicitud de ingreso.

*Terapeuta:* Ajá.

*Paciente:* Pero de alguna manera se me ha metido en la cabeza que ella podría hacerme eso.

*Terapeuta:* Ajá.

*Paciente:* Y es una fantasía muy poderosa, es muy real, muy visceral. Y de alguna manera me estoy negando a ver qué representan exactamente esas fantasías.

El paciente pasa a explorar su apreciación encubierta de la situación y a construir un diálogo imaginario que recoge algunas de sus percepciones reales. Más de una vez, el paciente invalida sus propias percepciones, pero el terapeuta le anima a suspender su perspectiva racional y su autocrítica y a seguir enunciando su percepción tal como es. El paciente continúa adquiriendo una comprensión más tangible de su apreciación encubierta de la situación y del efecto que ésta tiene en su experiencia. Así continúa consolidando su metaperspectiva del proceso de invalidar su percepción subjetiva.

*Paciente:* Porque siempre estoy escurriendo el bulto y diciendo: "Eso es absurdo" y "Jamás pensé tal cosa".

*Terapeuta:* Ajá.

*Paciente:* ¡Pero lo hice! ¡Lo pensé!

*Terapeuta:* Pues, continúe. Siga con eso un poco más; cree algunos otros diálogos de ese tipo.

*Paciente:* Está bien, lo intentaré. Me da vergüenza.

*Terapeuta:* Ajá.

*Paciente:* Es decir, me siento realmente tonto cuando lo hago, pero lo voy a intentar...

*Terapeuta:* Bien. En la medida en que pueda, suspenda toda autocrítica.

*Paciente:* Sí. ¿Vuelvo a la conversación telefónica con la mujer?

*Terapeuta:* Claro.

*Paciente:* [Riendo.] Está bien, pues [más risas]... Hay una pequeña fantasía aquí, y ella dice... Ya me dijo todo eso de lo que me podría hacer y entonces me dice: "Es más, me comunicaré con el director ahora mismo y todo arreglado. Vamos a ir a su casa a darle una paliza".

*Terapeuta:* Ajá.

*Paciente:* Sí [se ríe], es así... Llamará al director, y parece que tengo que colgar el teléfono y salir corriendo a esconderme, o algo por el estilo.

*Terapeuta:* Correcto.

*Paciente:* Porque él... Voy a verme en un aprieto.

*Terapeuta:* Ajá. O sea que "Me van a dar una paliza", "Me van a castigar".

*Paciente:* Sí, sí.

*Terapeuta:* Algo así como: "Soy un niño malo, me porté mal".

*Paciente:* Y me van a aplastar como a un insecto. Sí.

*Terapeuta:* Muy bien, eso...

*Paciente:* Y no tengo forma de defenderme, ningún modo de defenderme.

Las expresiones del paciente en este fragmento revelan su esquema interpersonal —el aspecto central de su percepción idiosincrásica de sí mismo y de los demás— más plenamente. Se ve a sí mismo como un niño impotente que corre peligro de ser castigado por un par de adultos poderosos; como un niño desvalido e indefenso que puede ser aplastado como un insecto por esos adultos malignos. Obsérvese el vigoroso lenguaje metafórico aquí empleado, indicativo de la inmediatez emocional de la experiencia.

#### COMPARACION DE LOS DOS PROCESOS DE CAMBIO

Comparemos ahora los dos procesos de cambio que hemos tomado como ejemplos. En el primer caso, el terapeuta comienza la intervención ante el marcador de inmersión plena, alentando a la paciente a aclarar las pruebas en que se basa su percepción. Para que esta clase de cambio tenga lugar, es necesario que se den ciertas condiciones en la alianza terapéutica. La paciente debe ser capaz de experimentar el cuestionamiento activo de su apreciación por parte del terapeuta como parte de un proceso de colaboración, y no como una descalificación personal. Este tipo de intervención le impone una fuerte exigencia a la alianza terapéutica, porque es muy fácil que la paciente experimente eso como una crítica. Otra posibilidad es que los pacientes que son particularmente sumisos o complacientes nieguen o desechen sus percepciones subjetivas, o que se las oculten al terapeuta y tal vez a ellos mismos.

Pero si se dan tanto el marcador adecuado como las condiciones

apropiadas en la alianza, la paciente utilizará la intervención para comenzar a cuestionar activamente el grado de ajuste entre la percepción y la realidad, y empezará a tratar la percepción como una hipótesis a ser evaluada, con lo que estará en condiciones de considerar otra construcción posible de la realidad. Al oscilar entre las pruebas y la percepción, la paciente comienza a establecer una metaperspectiva del proceso cognitivo-perceptual disfuncional, y adquiere una comprensión tangible del efecto que tiene la apreciación subjetiva sobre la experiencia. Así, la paciente empieza a distinguir entre la realidad y su interpretación de la realidad. (Obsérvese, sin embargo, que la eficacia del proceso depende de que la otra perspectiva posible surja como una información verdaderamente nueva.) Por último, la paciente se pone a examinar y revisar las creencias tácitas asociadas con su esquema interpersonal ("Siempre debo ser independiente y responsable").

En el segundo caso, el terapeuta comienza la intervención ante el marcador de conciencia dividida alentando al paciente a suspender su juicio autocrítico o su perspectiva racional. Este proceso puede considerarse una clase de subtask necesaria que le permite al paciente experimentar las emociones correspondientes y las apreciaciones encubiertas en toda su plenitud. Esta subtask también requiere que la alianza cumpla determinados requisitos. En particular, el paciente debe tener la suficiente confianza en la buena voluntad y la aceptación por parte del terapeuta como para arriesgarse a tener acceso a una apreciación encubierta en la que él se ve a sí mismo como un individuo añorado.

Nótese lo difícil que podría ser cumplir este tipo de requisito de la alianza cuando, como en este caso, el paciente se ve como un niño impotente que ha hecho algo mal, y a otras personas como adultos castigadores y caprichosamente malignos. En este caso, el terapeuta trata de ayudar al paciente a lograr una metaperspectiva de las formas como él invalida su propia apreciación, lo que también le ayuda a suspender su perspectiva racional.

La siguiente subtask implica lograr el acceso a las emociones correspondientes y a la apreciación encubierta del paciente. En este caso, dado que el peligro que se corre es el de invalidar *prematamente* la apreciación subjetiva cuando empieza a surgir, es esencial que el terapeuta

peuta continúe alentando al paciente a no invalidarla. En la subtask siguiente, el paciente adquiere una comprensión tangible del efecto que tiene su apreciación subjetiva sobre su experiencia y comienza a establecer una metaperspectiva de lo que él, en esencia, se está haciendo a sí mismo.

Resumiendo las similitudes y las diferencias entre los dos episodios de cambio: ambos casos entrañan un proceso de descentramiento a través del cual los pacientes llegan a verse a sí mismos construyendo activamente la realidad y pasan a estar en condiciones de considerar otras construcciones posibles. En el primer caso, el proceso se activa por medio de una intervención cuestionadora que alienta a la paciente a tratar sus percepciones como hipótesis y a procurar poner en claro el grado de correspondencia entre su percepción y la realidad. En el segundo caso, en cambio, el proceso de lograr el acceso a una apreciación perceptual, previamente encubierta, le permite al paciente comprender el efecto que tiene su propio proceso interpretativo sobre su experiencia, así como apreciar el carácter evidentemente absurdo de su percepción. Este episodio de cambio es similar a lo que Rice (1984) describió como una "reacción problemática", en la que los pacientes se sienten desconcertados por sus propias reacciones ante una situación debido a que no han logrado tener pleno acceso a los procesos interpretativos problemáticos subyacentes.

## Capítulo 7

### DESMENTIDO EXPERIENCIAL Y DESCENTRAMIENTO: II. EL FOCO EN LA SESION

#### DESMENTIDO EXPERIENCIAL CENTRADO EN LA SESION

El primer mecanismo de cambio que examinaremos en un contexto centrado en la sesión consiste en el desmentido del esquema interpersonal del paciente a través de la interacción terapéutica. Desprendiéndose del ciclo cognitivo-interpersonal del paciente, el terapeuta puede crear oportunidades propicias para un nuevo aprendizaje.

Este punto de vista coincide en muchos aspectos con la perspectiva planteada por el grupo de Mount Zion (Weiss, Sampson y el Grupo de Investigación de Psicoterapia de Mount Zion, 1987) sobre el papel del desmentido de creencias patógenas en la terapia psicodinámica. J. Weiss y sus colegas (1987) formulan la hipótesis de que los problemas neuróticos surgen de ciertas creencias patógenas sobre las relaciones interpersonales que los individuos desarrollan como resultado de haber tenido experiencias traumáticas con otras personas significativas para ellos. Un ejemplo de una creencia patógena sería la de que uno será abandonado por el terapeuta si se pone firme o defiende su propio punto de vista. Los miembros del grupo de Mount Zion tienen la teoría de que los pacientes someten inconscientemente a sus terapeutas a lo que ellos denominan "tests de transferencia". En un test de transferencia, el individuo verifica, ya sea consciente o inconscientemente, si el terapeuta confirmará o no determinada creencia patógena. Por ejemplo, un paciente que cree que la independencia será castigada, hablará de abandonar la terapia con la esperanza de que el terapeuta no reaccione con preocupación o de forma

controladora. Si el terapeuta pasa el test de transferencia no confirmando la creencia patógena, se producirá un progreso terapéutico.

La proposición de que los pacientes someten a sus terapeutas a tests de transferencia, consciente o inconscientemente, no es un componente necesario de nuestro enfoque, pero sí le otorgamos un papel central al desmentido de creencias disfuncionales a través de la relación terapéutica.

Para abstenerse de participar en el ciclo cognitivo-interpersonal del paciente y para cuestionar sus creencias disfuncionales sobre las relaciones, es esencial que el terapeuta distinga entre las situaciones de estar enganchado y de estar desenganchado, lo que a su vez requiere que evalúe el proceso terapéutico tanto a nivel interpersonal como cognitivo.

En un nivel interpersonal, el terapeuta debe determinar qué respuestas son complementarias al influjo interpersonal del paciente, y qué respuestas son no complementarias, por medio de la identificación de sus sentimientos, sus tendencias a la acción y los marcadores interpersonales que los suscitan. Así, por ejemplo, si el terapeuta advierte un continuo influjo por parte del paciente para que le brinde apoyo y seguridad, podrá reducir esta clase de respuesta. O bien, si observa que le está respondiendo en forma competitiva al paciente, podrá abstenerse deliberadamente de hacerlo.

La evaluación a nivel interpersonal, con todo, sólo indica a grandes rasgos qué tipo de postura en la relación habrá de ser terapéutica. Para obtener una pauta más precisa al respecto es necesario evaluar el esquema interpersonal del paciente. En la medida en que el terapeuta pueda comprender el modelo de funcionamiento interno del paciente, más probabilidades tendrá de comprender la clase de postura interpersonal que habrá de desmentir, en lugar de confirmar, el esquema interpersonal disfuncional del paciente.

Por ejemplo, cuando los pacientes creen que otras personas los abandonarán o rechazarán si actúan independientemente, el terapeuta puede deducir que una postura suya que les transmita enojo o rechazo cuando actúen con independencia habrá de confirmar el esquema interpersonal de esos pacientes. Si el terapeuta constata que un paciente cree que los demás lo abandonarán si se muestra emocionalmente vulnerable, podrá conjeturar que una postura interpersonal que sugiera desagrado ante la

vulnerabilidad emocional del paciente habrá de confirmar su esquema interpersonal disfuncional. Por consiguiente, cuanto más capaz sea el terapeuta de comprender el esquema interpersonal del paciente, tanto mejor podrá hacer predicciones precisas respecto de qué tipo de postura terapéutica desmentirá dicho esquema.

#### DESENGANCHARSE DEL CICLO COGNITIVO-INTERPERSONAL

Como se señaló en el capítulo 5, para desengancharse del ciclo cognitivo-interpersonal disfuncional del paciente, el terapeuta debe funcionar con eficacia como un observador participante. En otras palabras, debe simultáneamente participar en la interacción con el paciente y observar la interacción en la que participa. Este tipo de procesamiento paralelo, en el que el terapeuta funciona a la vez como sujeto y objeto, es similar al proceso psicológico implícito en el cambio que experimentan los pacientes cuando se descentran de sus pensamientos automáticos. También los terapeutas deben desarrollar la capacidad de dividir su atención.

Para desarrollar esta capacidad, el primer paso radica en que el terapeuta dirija la atención hacia su propio interior a efectos de detectar los sentimientos y pensamientos sutiles que experimenta durante la interacción. Dado que los terapeutas cognitivos normalmente no han sido adiestrados para dirigir su atención hacia sí mismos, esto constituye un cambio importante. De hecho, es vital, porque sólo cuando el terapeuta es capaz de tomar conciencia de sus propios sentimientos y tendencias a la acción, está en condiciones de comenzar a formular hipótesis sobre las clases de respuestas que suscita un paciente en otras personas.

Los terapeutas que intentan generar hipótesis sobre el estilo interactivo del paciente que no estén verdaderamente basadas en sus propios sentimientos tenderán a equivocarse. Como se observó con anterioridad, uno de los mayores obstáculos que impiden a los terapeutas tomar conciencia de sus propios sentimientos durante la transacción terapéutica es el hecho de que tengan creencias rígidas respecto de qué sentimientos es

o no aceptable que experimenten. Los que creen, por ejemplo, que no es apropiado albergar sentimientos de cólera hacia un paciente tendrán dificultades para reconocer y advertir en ellos ciertos sentimientos coléricos que podrían estar influyendo en la interacción terapéutica. Así como los sentimientos no reconocidos inciden en las interacciones del paciente sin que éste tenga conciencia de ello, los sentimientos no reconocidos del terapeuta influyen en la interacción terapéutica sin que él lo advierta. Es posible que el terapeuta crea estar diciendo algo para ayudar al paciente, cuando de hecho sus palabras están motivadas por sentimientos de cólera no totalmente reconocidos. El terapeuta que insiste, por ejemplo, en que un paciente asuma la responsabilidad de haber llegado tarde a una sesión, podría hacerlo de un modo sutilmente (o no tan sutilmente) punitivo. De manera similar, el terapeuta que se siente sexualmente atraído hacia un paciente, o que aprecia el atractivo sexual del paciente, pero tiene dificultades para reconocerlo, podría comportarse inadvertidamente de una manera que dé lugar a un galanteo.

Un indicio de que el terapeuta no está reconociendo totalmente sus propios sentimientos en la interacción es que se apresure a establecer hipótesis acerca de lo que le está sucediendo al paciente en la interacción sin pasar primero por la etapa esencial de reconocer sus propios sentimientos y tendencias a la acción. Tomar conciencia de estos sentimientos y tendencias es particularmente difícil para el terapeuta cuando se queda enganchado en la interacción con el paciente, porque estar enganchado implica, por definición, que uno no advierte del todo sus propios sentimientos y tendencias a la acción y que por lo tanto participa inconscientemente en la interacción.

Un proceso útil, en especial cuando el terapeuta está teniendo dificultades para desengancharse de la interacción, consiste en ver o escuchar la grabación de una sesión importante, ya sea con o sin un colega o supervisor. Dado que entonces no tiene la exigencia de responder a la interacción inmediata, el terapeuta puede concentrarse más en detectar sus propios sentimientos y tendencias a la acción. Esta práctica también puede ser muy útil en las etapas tempranas de formación en que los terapeutas están aprendiendo por primera vez a desenvolverse como observadores-participantes.

También puede ser valioso observar la grabación de la sesión con un supervisor o un colega, pues esta otra persona puede ayudar al terapeuta a clarificar sentimientos y experiencias que él no tiene del todo en claro (Kiesler, 1982c).

Para el terapeuta, el proceso de aclarar y expresar sus propios sentimientos tácitos puede ser lento y trabajoso, y deberá estar dispuesto a dedicarle tanto tiempo como al proceso de ayudar al paciente a clarificar sus sentimientos tácitos a través de la reflexión empática. Si el terapeuta parte de ideas preconcebidas acerca de sus sentimientos, estas ideas podrían obstaculizar el proceso de descubrir sus verdaderos sentimientos.

Lo que tiene lugar es un verdadero proceso de descubrimiento. El terapeuta presta atención a sus sensaciones corporales, detecta gradualmente una sensación que está teniendo y luego extrae un significado conceptual de esta sensación corporal. Las descripciones simples, de una sola palabra, como "enojado", "triste" o "frustrado", no bastarán para captar adecuadamente el complejo cúmulo de emociones que de hecho está experimentando el terapeuta.

Una vez que el terapeuta ha comenzado a descubrir sus verdaderos sentimientos en la interacción terapéutica, podrá volver a la terapia y destinar parte de su atención a observar su estado interno y comprobar si los sentimientos que afloraron al escuchar la grabación de la sesión también surgen durante la terapia.

Desde luego, los terapeutas que no desean o no pueden utilizar grabaciones de las sesiones podrán comenzar de inmediato a dirigir su atención a observar sus estados internos durante la interacción. También en este caso, deberán empezar sin ideas preconcebidas acerca de su propio estado interior y adoptar una postura imparcial respecto de sus sentimientos internos. Además, es importante que no se sientan presionados. Cuando los terapeutas acuden a una sesión de supervisión sintiéndose confundidos o atascados, puede ser conveniente aconsejarles que dediquen como mínimo una o dos sesiones con el paciente a concentrarse exclusivamente en observar con calma su propia experiencia interior y su interacción con el paciente. Muchas veces, la sensación de urgencia en concretar algo, en resolver el problema, les impide a los terapeutas lograr

el estado de relajación indispensable para observar su experiencia interior y comenzar a desengancharse de la interacción.

Para observar su propia experiencia interior sin quedar enganchado en ella, el terapeuta debe esforzarse por mantenerse a distancia. A tal efecto, puede resultarle útil concebir sus propios sentimientos y pensamientos como si fueran nubes pasajeras que entran y salen de su percepción consciente. La tarea del terapeuta es notarlas sin aferrarse a ellas; observarlas en forma desapasionada, sin tratar de cambiarlas en ningún sentido.

Una vez que el terapeuta es capaz de reconocer plenamente su propia experiencia interior y de comenzar a observarla sin aferrarse a ella, comienza el proceso de desenganche. Considérese el siguiente ejemplo. Un terapeuta que está tratando a un paciente que le desafía constantemente procura hacerle advertir su conducta desafiante. Pero el paciente no reconoce estar desafiándole en absoluto. El terapeuta tiene dificultades para reconocer que alberga algún sentimiento de cólera hacia el paciente porque juzga que no es correcto por su parte sentir cólera. Por consiguiente, continúa tratando de hacerle ver su conducta desafiante porque sólo se sentirá justificado cuando el paciente reconozca su papel en la interacción. Esto mantiene al terapeuta en un ciclo vicioso de acusación, negación y contraacusación.

Si, en cambio, el terapeuta pudiera reconocer su propia cólera sin juzgarse a sí mismo, tendría menos necesidad de que el paciente tomara conciencia de su propio papel en la interacción, porque la autoestima del terapeuta ya no dependería de que el paciente asumiera parte de la responsabilidad por lo que está sucediendo. Así, el terapeuta ejercería menos presión para convencer al paciente de que acepte su punto de vista, se desengancharía de la interacción y, al liberarse, quedaría en condiciones de considerar nuevas posibilidades.

Una vez que el terapeuta ha empezado a observar sus propios sentimientos o pensamientos de un modo desapasionado, podrá comenzar a observar e identificar las conductas y comunicaciones no verbales del paciente con las que parecen vincularse sus propios sentimientos. Observando la interacción terapéutica en el transcurso del tiempo es posible determinar si los sentimientos importantes que el terapeuta ha identifica-

do en sí mismo y los marcadores interpersonales asociados se dan juntos con algún grado de regularidad. Si el terapeuta observa una relación sostenida entre los sentimientos distintivos que experimenta frente al paciente y determinado marcador personal, podrá entonces utilizar este marcador como un indicio para explorar la experiencia del paciente.

Una terapeuta, por ejemplo, observó que estaba dedicando una cantidad considerable de tiempo a fundamentar ante su paciente la necesidad de la terapia y a tranquilizarle asegurándole que las cosas mejorarían. La terapeuta tenía la sensación de que algo no andaba bien, pero no sabía exactamente qué era. Tras dedicar unas pocas sesiones a observar su propia experiencia interior, descubrió que tenía una sensación de ansiedad y el deseo de proteger al paciente. Comenzó entonces a utilizar estos sentimientos como un indicio para observar marcadores interpersonales o comunicaciones suscitadas por el paciente.

Cuando el terapeuta ha empezado a desengancharse a través de la observación participante, puede comenzar a metacomunicarse con el paciente o a hablar de la interacción entre ambos. La metacomunicación tiene dos funciones. En primer lugar, prolonga el proceso por el que el terapeuta se desengancha de la interacción, con lo cual él suministra al paciente un desmentido experiencial de su esquema interpersonal disfuncional. En segundo lugar, ayuda al paciente a empezar a advertir su propia parte en las interacciones. De este modo, la metacomunicación activa un proceso de descentramiento. Si bien en la realidad estos dos procesos están tan entrelazados como para ser inseparables, los analizaremos por separado.

#### DESCENTRAMIENTO CON EL FOCO EN LA SESION

Como se observó con anterioridad, los terapeutas cognitivos han rechazado tradicionalmente dos aspectos importantes de la terapia psicodinámica: la interpretación de la transferencia y un uso amplio de información histórica.

Por lo que hasta aquí hemos dicho, queda claro que el uso de la relación terapéutica para explorar e interrumpir el ciclo cognitivo-interperso-

nal del paciente es un aspecto fundamental de nuestro enfoque, pero el uso de la relación terapéutica tal como se describe en este libro se corresponde más con lo postulado por teóricos psicodinámicos contemporáneos como Strupp y Binder (1984) y Gill (1982) que con la práctica de la interpretación de la transferencia en la teoría psicodinámica clásica. Para la teoría psicoanalítica clásica, las fantasías que el paciente le transfiere al terapeuta constituyen una oportunidad para ayudarlo a recuperar recuerdos sobre experiencias infantiles pertinentes y para comprender el modo como esas experiencias pautan su funcionamiento interpersonal actual.

Como señalan Strupp y Binder (1984), esta forma de entender el mecanismo a través del cual opera la interpretación de la transferencia está basada en el supuesto de que el conocimiento y la comprensión racionales liberarán a los pacientes de sus intercambios personales inadaptados. Esta conceptualización se basa en dos supuestos: primero, que el pensamiento racional cumple un papel importante en el proceso de cambio y, segundo, que es posible evocar, con exactitud, recuerdos previamente ocultos. El primer supuesto está refutado por los crecientes datos demostrativos de la importancia de los procesos afectivos en el cambio (Greenberg y Safran, 1987), mientras que el segundo lo cuestionan críticos como D.P. Spence (1982) y E. Peterfreund (1978), quienes consideran al psicoanálisis como una ciencia hermenéutica. Según hemos indicado, la memoria es un proceso constructivo y por consiguiente nunca se puede confiar en la exactitud histórica de un recuerdo.

Como se señaló en la sección anterior, el proceso de la metacomunicación opera, en parte, haciendo descarrilar el ciclo cognitivo-interpersonal disfuncional, con lo que le suministra al paciente un desmentido experiencial de su esquema interpersonal disfuncional. El segundo mecanismo consiste en permitirle al paciente observar su propia parte en la interacción, facilitando así un proceso de descentramiento similar al descrito en el capítulo 6.

Mediante la exploración empática de las expectativas y creencias de los pacientes, y el seguimiento de su apreciación de la interacción terapéutica a medida que ésta se desarrolla, el terapeuta ayuda a los pacientes a advertir de qué manera sus propios procesos cognitivos están pau-

tando su experiencia. Así, los pacientes comienzan a distinguir entre la realidad y su interpretación de la realidad. Empiezan a considerar sus percepciones como hipótesis que pueden ser puestas a prueba. Al proporcionarles a los pacientes retroalimentación sobre sus reacciones emocionales y señalarles las conductas que suscitan esas reacciones, se les ayuda a ir pasando gradualmente de la posición de víctimas impotentes, atrapadas en circunstancias que escapan de su comprensión, a una posición de agentes en la que se ven a sí mismos como participantes activos en las interacciones.

Una vez que el terapeuta y su paciente han utilizado la interacción terapéutica para comenzar a identificar creencias y expectativas que fomentan el ciclo cognitivo-interpersonal del paciente, el terapeuta puede usar intervenciones cognitivas *activas* que identifiquen *explícitamente* las expectativas disfuncionales, ayudando a dilucidar si esas expectativas han sido confirmadas o desmentidas en la relación terapéutica. El hecho de que el terapeuta adopte una conducta que contradiga las expectativas interpersonales disfuncionales del paciente a veces sirve para modificar dichas expectativas y otras veces no. Un paciente podría no procesar información interactiva que contradiga sus expectativas. Parece razonable suponer que el procesamiento de información en el contexto de la interacción terapeuta-paciente sigue las mismas reglas de distorsión confirmatoria que han sido documentadas en otros terrenos (Nisbett y Ross, 1980).

Por este motivo, puede ser útil que el terapeuta se metacomunique con el paciente explícitamente acerca de cuáles son sus expectativas y de si la interacción las ha confirmado o desmentido. Esta clase de metacomunicación puede tener lugar tanto durante una interacción como inmediatamente después de ella (Safran, 1990b).

Una ventaja adicional de este tipo de metacomunicación es que puede ayudar al terapeuta a evaluar sus hipótesis sobre algunas de las expectativas interpersonales disfuncionales del paciente, a afinar esas hipótesis en respuesta a la retroalimentación del paciente y a evaluar las expectativas de éste en forma continua para ver si están siendo confirmadas o desmentidas. El terapeuta puede alentar al paciente a encontrar modos activos de poner a prueba las expectativas disfuncionales identificadas

*dentro de la sesión* (por vía de ensayar nuevas maneras de estar con el terapeuta) y en sus interacciones con otras personas *entre sesiones*.

Por ejemplo: la evaluación del esquema interpersonal de un paciente reveló su creencia de que cualquier expresión de independencia o de interés emocional en otras personas por su parte sería interpretada como una deslealtad por el terapeuta y haría que éste se desquitara y lo abandonara. El terapeuta, en colaboración con el paciente, dilucidó explícitamente los aspectos específicos de este esquema y a continuación le sugirió al paciente que ideara una estrategia para evaluar la exactitud de sus expectativas; el paciente, a su vez, propuso que él podría tratar de ser más afable con la secretaria de la clínica. El centro de interés lo constituyó entonces determinar cómo sabría el paciente si su hipótesis había sido confirmada o desmentida. ¿Podría darse cuenta evaluando la actitud del terapeuta en la siguiente sesión? ¿Cabía la posibilidad de que pudiera interpretar erróneamente la actitud del terapeuta? De este modo, se alentó al paciente a poner a prueba su creencia disfuncional y a estar prevenido de su tendencia a interpretar los hechos como confirmatorios de sus expectativas habituales. En las siguientes sesiones, se alentó al paciente a buscar patrones similares en sus relaciones con otras personas y a idear otras estrategias activas para desmentir este esquema interpersonal entre sesiones.

Nuestra perspectiva, por consiguiente, destaca la importancia de trabajar con los pacientes para exponer explícitamente sus creencias disfuncionales sobre las relaciones interpersonales e idear formas activas de ponerlas a prueba en la relación terapéutica. Weiss y sus colegas (1987) postulan la teoría de que los pacientes inconscientemente evalúan sus creencias patógenas por la vía de someter a sus terapeutas a tests de transferencia. El enfoque aquí planteado integra esta perspectiva con la postura del empirismo cooperativo propuesta por Beck y sus colegas (1979), en tanto se alienta a los pacientes a tratar sus percepciones como hipótesis y a *buscar activamente* modos de utilizar la relación terapéutica para evaluar sus hipótesis. La premisa es que promover este tipo de verificación activa e intencional de las hipótesis facilitará el proceso de cambio mediante una serie de verificaciones conscientes de hipótesis, en vez de dejar este proceso librado al azar (Safran, 1990b).

Además, este enfoque refleja el postulado cognitivo-conductual de generalizar los cambios en las situaciones de la vida cotidiana del paciente. Por lo tanto, en lugar de presuponer que el aprendizaje que tiene lugar a través de la relación terapéutica se generalizará automáticamente, se les da a los pacientes la instrucción explícita de que utilicen sus interacciones fuera de la terapia para poner a prueba las expectativas y creencias que han sido exploradas y evaluadas a través de la relación terapéutica. De este modo, se alienta al paciente a convertirse en un colaborador activo del proceso terapéutico y a continuar el trabajo entre sesiones (Safran, 1990b).

En teoría, cuanto más rígido y restrictivo es el esquema interpersonal del paciente, tanto mayor es la cantidad de experiencias interpersonales correctivas que se requieren. Si un paciente ha extraído una representación genérica de las interacciones entre sí mismo y los demás a partir de toda una vida de experiencias, es poco probable que uno o dos episodios contrarios basten para cambiar esa representación. Lo que es más, a menos que el paciente empiece a comportarse de manera diferente, activando así nuevos patrones de interacción en el mundo real, es improbable que las nuevas experiencias con el terapeuta, por sí solas, cambien su representación *genérica* de las interacciones.

Weiss y sus colegas (1987) tienen la teoría de que el individuo tiende naturalmente a poner a prueba a los demás con la intención de desmentir sus propias expectativas disfuncionales. Aunque esto sea así, parece razonable suponer que en muchos casos, el temor de confirmar sus expectativas disfuncionales le impediría al individuo ponerlas a prueba activamente.

Por consiguiente, la práctica de prestarle atención expresa al tema de la generalización y de alentar a los pacientes a utilizar, conscientemente, tanto la relación terapéutica como las interacciones *in vivo* para poner a prueba sus creencias, puede cumplir un papel importante en cuanto a suministrar la clase y la gama de experiencias interpersonales requeridas para cambiar gradualmente su esquema interpersonal.

## LA METACOMUNICACION

La metacomunicación sobre la relación terapéutica es fundamental para facilitar el proceso de desmentido y de descentramiento. Analizaremos cuatro clases de metacomunicación:

1. El terapeuta transmite sus propios sentimientos para ayudar a los pacientes a tomar conciencia del efecto que ellos mismos tienen sobre otras personas y por lo tanto del papel que les corresponde en la interacción;
2. el terapeuta transmite sus sentimientos a los pacientes para sondear la experiencia interna de éstos;
3. el terapeuta identifica y señala los marcadores interpersonales de los pacientes para ayudarles a tomar conciencia del papel que tienen en la interacción;
4. el terapeuta utiliza el marcador interpersonal identificado como una coyuntura propicia para la exploración cognitiva/afectiva.

Aunque los analizaremos por separado, lo normal en la práctica es que se combinen dos o más clases de metacomunicación. Las primeras dos formas de metacomunicación a analizar implican que el terapeuta le revele sus sentimientos al paciente. Dado que el hecho de hablar con el paciente de los sentimientos suscitados en el terapeuta cuando interactúa con él cumplió un papel muy importante en el tratamiento, es esencial contar con algunas pautas respecto de cuándo y cómo revelar esos sentimientos.

¿Cuándo debe el terapeuta hablar de sus sentimientos con el paciente y cuándo debe retener esta información? La regla empírica al respecto es que antes de hablar de sus sentimientos con el paciente el terapeuta debería tomar la suficiente distancia como para ser un verdadero observador-participante en la interacción. Por lo tanto, aunque el terapeuta pueda sentirse confundido y trabado en un ciclo interactivo disfuncional con el paciente, igualmente debería ser capaz de tener alguna experiencia de observarse a sí mismo en este estado de confusión y atascamiento.

Si, en cambio, los sentimientos (ya sea negativos o positivos) del

terapeuta son tan intensos que no le permiten ser un verdadero observador-participante, lo mejor es que posponga la retroalimentación hasta poder clarificar su propia experiencia y lograr cierto grado de separación (Kiesler, 1988). El principio rector es que cuando los terapeutas les ofrecen a los pacientes información sobre sus propios sentimientos, deben sentirse lo bastante equilibrados en ese momento como para que sus motivaciones sean claras y fundamentalmente positivas.

En los casos en que el paciente le provoca sentimientos muy intensos al terapeuta, tal vez sea conveniente que éste dedique algún tiempo a explorar esas reacciones (ya sea solo o con un colega) antes de explorarlas con el paciente. Algunas veces, por ejemplo, se produce un enganche entre el estilo interpersonal del paciente y alguna sensibilidad particular que tiene el terapeuta como resultado de anteriores experiencias con otras personas significativas. Cuando se da esto, los propios problemas emocionales del terapeuta podrían interferir en su capacidad de mantener el equilibrio en la interacción terapéutica. Los terapeutas, por consiguiente, deben ponerse en guardia ante las reacciones emocionales extremadamente intensas y considerar la posibilidad de dilucidar el significado de esas experiencias antes de seguir explorando las cosas con el paciente.

En la primera clase de revelación de sus sentimientos por el terapeuta, en que el objetivo es ayudar a los pacientes a tomar mayor conciencia del efecto que producen en los demás, para que puedan ver qué están aportando a la interacción, un terapeuta que toma conciencia de una tendencia suya a comportarse de un modo protector hacia el paciente podría decirle: "En este momento siento ganas de protegerle". Otro terapeuta que advierte que se está sintiendo insultado por un paciente le podría decir: "En este momento me siento agraviado".

La manera como se transmite esta retroalimentación tiene vital importancia. Debería ser tentativa y exploratoria, de forma tal que el paciente comprenda que el terapeuta está tratando honestamente de dilucidar sus propios sentimientos y transmitirlos de un modo que invite a seguir explorándolos, y que no se trata de echarle la culpa al paciente. Como sostiene Kiesler (1982b; 1988), a menudo es útil combinar esta clase de revelación con ciertos datos específicos sobre aquellos actos y

comunicaciones del paciente con los que se asocian los sentimientos del terapeuta.

En la segunda clase de revelación, el terapeuta transmite sus propios sentimientos para sondear la experiencia interna del paciente. Por ejemplo, el terapeuta dice: "Me siento muy precavido con respecto a usted en este momento..., como si fuera fácil que yo ahora diga o haga algo mal. ¿Esto se corresponde con alguna cosa que usted experimenta?". O bien: "Me siento como si estuviera jugando una partida de ajedrez. ¿Esto tiene algún sentido para usted?". Un terapeuta toma conciencia de sentirse irritable y dice: "Siento que le he estado atacando a usted en ciertas pequeñas cosas. ¿Coincide esto de algún modo con lo que usted experimenta?". Otro terapeuta advierte que se está sintiendo desvalido y dice: "Me siento realmente impotente en este momento...; como si nada de lo que yo pueda hacer fuera útil. ¿Se relaciona esto de algún modo con lo que experimenta usted?". O bien: "Me siento rechazado o mantenido a distancia. ¿Esto tiene algún sentido para usted, de algún modo?". Una vez más, es esencial que la retroalimentación propicie la exploración y que no inculpe al paciente. También puede ser útil hacer un comentario sobre la interacción. Por ejemplo: "Siento que estamos enzarzados en una lucha en estos momentos. ¿Esto se corresponde de algún modo con lo que experimenta usted?".

En la tercera clase de metacomunicación, el terapeuta comenta los actos o las comunicaciones del paciente para ayudarle a dilucidar la aportación del paciente a la interacción. Como se señaló anteriormente, esto a menudo se vincula con la revelación de los sentimientos suscitados por la conducta en cuestión. Por ejemplo: "Siento que estoy siendo tratado con condescendencia en este momento y creo que eso tiene que ver con el tono de su voz y la sonrisa que veo en su rostro".

También es posible, para el terapeuta, proporcionarle retroalimentación directa al paciente sin vincularlo con sus propios sentimientos, pero al hacerlo debe reconocer plenamente la subjetividad de su percepción y hacerse responsable de la observación, en lugar de tratarla como una realidad objetiva. Por ejemplo: "Me parece verle cauteloso en este momento" o "Ahora tengo la impresión de que usted está escéptico". Al subrayar el carácter subjetivo de la percepción, el terapeuta reconoce

claramente la posibilidad de estar equivocado y alienta al paciente a utilizar esa percepción como un estímulo para la exploración. La omisión en reconocer el carácter subjetivo de la percepción del terapeuta tiende a socavar la confianza del paciente en sus propias percepciones. Esta clase de metacomunicación, sin duda, es coherente con el criterio de que el terapeuta no es el experto en lo que atañe a la realidad del paciente, y que uno de los objetivos del terapeuta es ayudar al paciente a confiar más en su propia experiencia.

La cuarta clase de metacomunicación suministra información sobre la percepción que tiene el terapeuta del paciente a efectos de facilitar la exploración de la experiencia subjetiva de éste. Aquí hay dos subtipos principales de metacomunicación. En el primero, el terapeuta suministra una retroalimentación general y luego insta al paciente a explorar su experiencia interna. Por ejemplo: "Tengo la impresión de que usted está siendo muy cauteloso conmigo en este momento. ¿Coincide esto con lo que usted experimenta?". O bien: "Lo noto un poco irritable... ¿Qué está experimentando?".

En el segundo subtipo, el terapeuta suministra una retroalimentación más específica y luego sondea la experiencia interna del paciente. Por ejemplo: "Veo que está apretando los puños mientras habla. ¿Se da cuenta? ¿Qué está experimentando?". O bien: "Noto que baja la voz y se apresura al hablar de esto. ¿Qué le está pasando por dentro?".

Al dirigir la atención del paciente hacia una conducta no verbal que éste quizá no haya advertido, el terapeuta puede ayudarle a hacer consciente una experiencia interna asociada con esa conducta. Por ejemplo, el paciente que está apretando los puños mientras habla puede tomar conciencia de tener un sentimiento asociado de cólera. El paciente que baja la voz al hablar tal vez haga consciente un sentimiento de culpa o también su creencia de estar siendo juzgado negativamente por el terapeuta.

Una vez que el terapeuta ha iniciado el proceso de metacomunicarse con el paciente, es importante que continúe manteniendo la disciplina de un observador-participante, pues de lo contrario la metacomunicación misma podría perpetuar el statu quo de la interacción en lugar de conducir al resultado deseado de desengancharse. Por ejemplo, un terapeuta tenía un paciente que divagaba constantemente. El terapeuta decidió

intervenir llamándole la atención sobre este hecho. Como respuesta, el paciente admitió rápidamente el planteamiento del terapeuta y continuó divagando. Una vez más, el terapeuta lo interrumpió y le llamó la atención respecto de su divagación. Sólo al tomar antes conciencia de que estaba enzarzado en una lucha, pudo luego el terapeuta desengancharse de la interacción diciéndole al paciente que tenía la sensación de estar librando una lucha y preguntándole si él sentía algo similar.

En este caso, el intento inicial del terapeuta de metacomunicarse con el paciente produjo y alimentó una lucha entre el terapeuta y el paciente por el control de la interacción. Sólo al desengancharse, una vez más, y metacomunicarse con el paciente respecto de la interacción que estaba teniendo lugar, estuvo el terapeuta en condiciones de facilitar el proceso terapéutico.

#### EL FOCO EN EL PRESENTE

Durante todo el proceso de la metacomunicación, el acento está puesto en el aquí y ahora de la relación terapéutica. Esto se debe a dos razones. En primer lugar, el hecho de permitirles a los pacientes poner a prueba sus creencias disfuncionales sobre las relaciones en la interacción con el terapeuta, a medida que ésta se desarrolla, facilita el proceso de descentramiento experiencial. En segundo lugar, ayudar a los pacientes a descubrir cómo contribuyen a la interacción mientras ésta tiene lugar y facilita el proceso de descentramiento. Ambas cosas propician un proceso de aprendizaje basado en la experiencia concreta, antes que en un ejercicio intelectual abstracto.

Para facilitar un cambio duradero, los esquemas interpersonales pertinentes deben ser plenamente activados. El paciente tiene que explorar sus cogniciones acerca de la interacción terapéutica de un modo emocionalmente inmediato. Los pacientes suelen mostrarse reacios a centrarse en el aquí y ahora de la relación terapéutica por miedo a que eso los lleve a explorar sentimientos y pensamientos que los enemistarán con el terapeuta, confirmando así sus peores temores respecto de las relaciones interpersonales. A menudo hablan de inquietudes en general en vez de

referirse específicamente a sus inquietudes acerca de la relación terapéutica. También es frecuente que los pacientes hablen sobre situaciones análogas fuera de la terapia o que relaten experiencias históricas con sus padres y con otras personas que, aunque son temáticamente similares a la transacción interpersonal aquí y ahora, pueden servir para desviar, más que para abordar directamente, ciertas cosas que están sucediendo en la relación terapéutica y que les provocan ansiedad. Por ejemplo, el paciente que se está sintiendo dominado por el terapeuta tal vez hable del carácter dominante de su padre antes que de la relación con el terapeuta. Esta conducta, denominada "alusión a la transferencia" por los teóricos psicoanalíticos (Gill, 1982), puede entenderse como un medio de evitar la ansiedad asociada con la perspectiva de confrontar directamente al terapeuta con un tema potencialmente amenazador para la relación terapéutica.

En este tipo de situación, el terapeuta que alienta a los pacientes a explorar los recuerdos en vez de lo que está sucediendo en la relación terapéutica, actúa en connivencia con ellos en cuanto a evitar el aquí y el ahora. En consecuencia, la experiencia interpersonal potencialmente constructiva que puede producirse si los pacientes se enfrentan con su ansiedad inmediata no tiene lugar.

Igualmente frecuente es que los terapeutas eviten el aquí y ahora de la relación terapéutica hablando de acontecimientos históricos o procurando establecer nexos entre lo que se está dando en la terapia y otras situaciones en la vida del paciente. Muchos terapeutas están comprensiblemente ansiosos por la posibilidad de explorar a fondo su propia participación en la transacción interpersonal y a menudo evitan hacerlo. Entonces se mantienen a distancia en las interacciones y encuadran los problemas de los pacientes en función de la relación de éstos con sus padres. Por ejemplo, si un paciente tiende a sentir que los demás lo critican, el terapeuta podría centrarse en las experiencias del paciente con un progenitor crítico que han dado origen a su estilo de construcción de la realidad, en lugar de explorar la posibilidad de que el terapeuta mismo esté participando en el ciclo cognitivo-interpersonal del paciente a través de su propia actitud crítica.

Al centrarse excesivamente en el origen evolutivo del esquema inter-

personal disfuncional del paciente, el terapeuta puede estar dejando de explorar a fondo su propio papel en la perpetuación del ciclo cognitivo-interpersonal disfuncional del paciente y la posibilidad de que él mismo esté teniendo una actitud crítica hacia el paciente. Así, el terapeuta podría estar perpetuando inconscientemente el ciclo cognitivo-interpersonal disfuncional del paciente transmitiéndole el mensaje de que el problema está en la mente del paciente y no en la interacción actual. Esto confirmaría la creencia disfuncional del paciente de que los demás, en efecto, lo critican. *Por este motivo, es esencial que el terapeuta sea siempre consciente del significado interpersonal y los efectos de sus acciones mientras explora el pasado histórico del paciente, o cuando vincula la interacción terapéutica con otras relaciones en la vida del paciente, o cuando establece nexos con el pasado para facilitar el descentramiento en la relación terapéutica.*

#### ESTABLECER NEXOS CON EL PASADO PARA FACILITAR EL DESCENTRAMIENTO EN LA RELACION TERAPEUTICA

Con esta advertencia, pasaremos ahora a examinar un contexto particular en el que establecer un nexo entre la interacción terapéutica y otras relaciones anteriores *puede* ser una intervención útil, y el proceso a través del cual esto tiene lugar. Esta clase de intervención, que en la terapia psicodinámica por lo general se practica como una interpretación de la transferencia genética, ha sido tradicionalmente rechazada por los terapeutas cognitivos.

El mecanismo a través del cual opera una interpretación de la transferencia genética, sin embargo, es similar al modo como operan otras intervenciones cognitivas. Si es eficaz, activa un proceso de descentramiento por el que los pacientes toman conciencia del modo como construyen su experiencia presente superponiéndole una retícula del pasado. En este sentido, una interpretación de la transferencia no es diferente de otras intervenciones, como la de examinar pruebas, más comúnmente empleadas por los terapeutas cognitivos.

Para ser eficaz, una interpretación de la transferencia genética debe

realizarse de un modo emocionalmente inmediato. Así como el hecho de tomar conciencia de los propios pensamientos automáticos de un modo emocionalmente inmediato tiene mayores perspectivas de conducir al cambio que el de desarrollar una apreciación intelectualizada de dichos pensamientos, una interpretación eficaz, o como la denominó Strachey (1934), "mutativa", debe ser emocionalmente inmediata. Si una interpretación de la transferencia genética no tiene esta cualidad de inmediatez emocional, puede promover un modo intelectualizado de evitar el aquí y ahora. Ya hemos examinado los peligros de establecer un nexo entre la interacción actual y el pasado. Pero hay un contexto específico en el que establecer este tipo de nexo puede ser particularmente útil. En las situaciones en que la distorsión que hace el paciente de las características y los actos del terapeuta es tan extrema que perjudica seriamente la calidad de la alianza terapéutica, el hecho de establecer un nexo entre la experiencia actual del paciente y un recuerdo particularmente significativo de una relación suya con otra persona significativa puede ser un medio de penetrar en un sistema perceptual que de otro modo permanecería cerrado.

Por ejemplo, si el paciente percibe al terapeuta como extremadamente crítico, cualquier intento del terapeuta de cuestionar esta percepción podría ser interpretado simplemente como otra crítica más. Si, en cambio, el paciente ya le ha relatado al terapeuta ciertos recuerdos específicos y detallados de sus interacciones con un progenitor crítico, la acción de preguntarle al paciente si su experiencia actual se asemeja de alguna manera a la del pasado puede desembocar en una experiencia positiva cuando el paciente de pronto reconoce la similitud entre ambas situaciones. La eficacia de este tipo de intervención será aún mayor si el paciente ya ha descrito detalladamente las experiencias anteriores y ha experimentado las emociones correspondientes mientras las describía. El proceso de haber tenido acceso a los recuerdos pertinentes y los sentimientos asociados a ellos en un momento previo de la terapia proporcionará un recuerdo emocional sólido que los pacientes pueden identificar como similar a la experiencia emocional actual. Además, cuanto más fresca esté en la memoria, y por lo tanto sea más accesible la experiencia emocional temáticamente similar, tanto más eficaz será la intervención. Por

este motivo, si el terapeuta está particularmente preocupado por la distorsión que hace el paciente de la relación terapéutica y se propone emplear este tipo de intervención, es conveniente que prepare el terreno explorando activamente en busca de recuerdos de experiencias interpersonales pertinentes.

Antes que sugerirles a los pacientes que su experiencia interpersonal actual en la relación terapéutica se vincula con una relación histórica, es mejor intervenir simplemente preguntándoles si su experiencia emocional actual es de alguna forma similar a otra anterior. Este tipo de pregunta es menos amenazadora, porque en lugar de implicar que su percepción actual está distorsionada, establece un clima propicio para la búsqueda activa de sentimientos similares por parte del paciente. Es, por lo tanto, más coherente con el principio de tratarle a él como árbitro de su propia realidad.

#### EL PROCESO DE REPARAR UNA RUPTURA EN LA ALIANZA

Como se indicó en el capítulo 5, la reparación de una ruptura en la alianza es un episodio de cambio dentro de las sesiones particularmente poderoso. Este énfasis en la importancia de detectar y reparar rupturas en la alianza se corresponde con la insistencia en resolver fallas empáticas en la psicología del sí-mismo (Kohut, 1984) y con el enfoque intersubjetivo (Stolorow, Brandhoff y Atwood, 1983). Como las rupturas en la alianza suelen ocurrir cuando la intervención terapéutica activa un esquema interpersonal importante, la resolución constructiva de una ruptura brinda una oportunidad ideal para explorar tal esquema interpersonal y también para modificarlo.

El proceso a través del cual se produce la reparación normalmente incluye una combinación de desmentido experiencial y descentramiento. Explorar y resolver una ruptura en la alianza le permite al paciente someter a prueba y cuestionar importantes hipótesis disfuncionales sobre las relaciones entre él mismo y los demás. También le brinda la oportunidad de explorar el modo en que sus propios procesos interpretativos contribuyen a la ruptura.

La investigación sobre la descoordinación afectiva y la reparación,

comentada en el capítulo 4, puede ser útil para esclarecer los procesos por los que se ocasionan y se reparan las rupturas en la alianza. Las personas que no han tenido la experiencia evolutiva de reparar sistemáticamente los errores interactivos con sus progenitores no desarrollan esquemas interpersonales que los representen a ellos mismos como individuos interpersonalmente aceptables y eficaces, y a los demás como personas dignas de confianza. Si experimentan que sus estados afectivos han recibido respuestas discordantes, es poco probable que persistan en tratar de explicar y expresar su experiencia, para sí mismos o ante el terapeuta. En este tipo de situación, los pacientes experimentarán una respuesta afectiva secundaria a la discordancia original (por ejemplo, cólera o tristeza). Aun esto, sin embargo, podría no llegar a experimentarse ni expresarse del todo, debido a que representa una amenaza potencial a la posibilidad de mantener relaciones interpersonales.

Por ejemplo, un paciente cuyos progenitores sistemáticamente respondían de forma discordante a la emoción de tristeza, y que sentía ansiedad en este contexto, podría tener dificultades para experimentar plenamente ese sentimiento. Además, dado que el paciente supone que la tristeza será inaceptable, sus incipientes sentimientos de tristeza pueden ir seguidos de una emoción secundaria de cólera. Pero el paciente podría tener dificultades para expresar esta cólera directamente, porque cree que constituirá una amenaza para la relación. El terapeuta deberá aceptar la emoción secundaria de cólera y empatizar con ella, antes de que la emoción primaria de tristeza pueda comenzar a surgir más plenamente y recibir una respuesta coherente. Al responder tanto a la emoción secundaria como a la primaria en forma empática, y no con ansiedad o poniéndose a la defensiva, el terapeuta puede ayudar al paciente a aprender que las rupturas interpersonales son potencialmente resolubles y que el paciente no tiene que renegar de su experiencia interna para mantener la relación. Este proceso, al que Kohut (1984) denominó una "internalización mutativa", entraña una modificación del esquema interpersonal del paciente por la que el sí-mismo se representa como aceptable y el otro como accesible.

El primer paso para resolver una ruptura en la alianza es detectarla. Esto es a menudo difícil porque muchos pacientes son reacios a revelar

sus sentimientos negativos por temor a enemistarse con el terapeuta. Además, muchos pacientes tienen dificultades para explicarse ellos mismos sus sentimientos negativos. Es, por lo tanto, sumamente importante que el terapeuta esté atento a la aparición de los marcadores de ruptura descritos en el capítulo 5.

Los principios que se usan para resolver una ruptura en la alianza son los mismos que se aplican a cualquier forma de metacomunicación. El terapeuta cumple el proceso de tomar conciencia de sus propios sentimientos, desengancharse de la transacción, suministrar retroalimentación y explorar empáticamente la experiencia del paciente. Es sumamente importante el principio de hacerse responsable y reconocer cómo se participa en la interacción (Gill, 1982). Cuando hay una ruptura en la alianza, el paciente y el terapeuta suelen quedar inmovilizados en posiciones interactivas en las que cada uno de ellos trata de hacerse valer, y es muy fácil que el terapeuta haga comentarios en los que sutilmente inculpa al paciente o se refiere a él tachándolo de patológico.

Considérese el siguiente ejemplo. El terapeuta y el paciente están enzarzados en una disputa acerca de qué tema tratar. En un intento de metacomunicarse con el paciente en relación con lo que está sucediendo, el terapeuta le dice: "Siento que usted está tratando de controlar la interacción". El paciente, que está luchando por mantener su autoestima, percibe este comentario como una "acusación" y siente aún más necesidad de controlar la interacción.

Por consiguiente, es importante que el terapeuta comience por incluirse en la descripción de la interacción y reconozca el papel que él mismo cumple en ella. Esto tiene el efecto de dejar nuevamente libre al paciente para que pueda contemplar el proceso de exploración como una actividad cooperativa, porque no se siente acusado. Una respuesta más acertada en el ejemplo anterior sería que el terapeuta dijera algo como: "Siento que estoy enzarzado en una lucha con usted y no sé muy bien qué está pasando. ¿Cómo se relaciona esto con lo que experimenta usted?". Así, el paciente ya no se siente tan acusado o descalificado y queda así libre para tratar de descubrir —en colaboración con el terapeuta— qué está sucediendo exactamente en la situación.

En algunos casos, si el terapeuta reconoce su propio papel en la in-

teracción y luego hace un comentario sobre el del paciente, éste podría seguir sintiéndose criticado o acusado y por lo tanto tener dificultades para desistir de su postura autoprotectora. En estas situaciones, probablemente sea conveniente que el terapeuta se abstenga de hacer comentarios sobre la aportación del paciente a la interacción. La simple aceptación por parte del terapeuta de ser parcialmente responsable de la interacción puede ayudar al paciente a sentirse libre de explorar su propio papel en ella.

Otra razón para que el terapeuta comience por reconocer su papel en la interacción es que muchas veces los pacientes se sienten particularmente amenazados porque no están muy seguros de cuál es la realidad. Sus propias respuestas a la situación pueden parecerles irrazonables, por lo que les costará reconocer realmente sus propios sentimientos, sea ante sí mismos o frente al terapeuta. Esto puede hacer que a los pacientes les resulte especialmente difícil empezar a comprender su papel en la interacción.

Pero si el terapeuta puede explicitar su propio rol en la interacción, es posible que el paciente empiece a entender el contexto de sus propias reacciones y así comience a aceptarlas más. Por ejemplo, un terapeuta experimentó la sensación de que su paciente estaba enojada con él y como respuesta hizo comentarios involuntariamente críticos sobre la paciente. Cuando le preguntó si estaba enojada, la paciente lo negó. Pero cuando el terapeuta tomó conciencia de haber tenido una actitud crítica hacia la paciente y lo reconoció frente a ella, la paciente empezó a entender mejor sus propias respuestas y le resultó más fácil reconocer sus sentimientos de enfado hacia el terapeuta. El hecho de que el terapeuta se hiciera responsable de su participación en la interacción, por lo tanto, hizo que a la paciente le fuera más fácil iniciar el proceso de autoexploración que a su debido tiempo condujo a la resolución de la ruptura en la alianza.

Además de reconocer sus aportaciones a la interacción, puede ser útil que los terapeutas transmitan a los pacientes su comprensión empática de lo que éstos experimentan. En la situación anterior, por ejemplo, podría haber sido útil que el terapeuta planteara que si él fuera el paciente probablemente estaría enfadado. Si el terapeuta es capaz de empatizar

acertadamente con lo que experimenta el paciente durante una ruptura en la alianza y transmitir su comprensión de lo que siente, es probable que el paciente se sienta comprendido y le resulte más fácil ponerse a explorar lo que está sucediendo en la interacción. Una respuesta empática acertada en esta situación también podría ayudar al paciente a reconocer sentimientos de los que no tiene plena conciencia.

Por último, para ser facilitadora, toda metacomunicación debe estar basada en una comprensión empática acertada del esquema interpersonal del paciente. Los intentos de resolver rupturas en la alianza a través de la metacomunicación a menudo se ven bloqueados aun cuando la intervención parece ser técnicamente correcta. Pero cuando el terapeuta logra captar sensiblemente el modelo operativo interno del paciente, se produce una modificación importante en la interacción y el terapeuta puede metacomunicarse de modo tal que su mensaje le resulte a aquél facilitador, y no crítico.

#### EJEMPLOS CLINICOS

La siguiente transcripción ilustra el procedimiento de metacomunicarse acerca de la relación terapéutica para facilitar los procesos de descentramiento y desmentido experiencial. También demuestra la resolución de una ruptura en la alianza. Esta sesión, la cuarta de veinte, corresponde a la terapia de un hombre de cincuenta años que presentaba una distimia crónica. La sesión anterior había girado en torno a la inquietud del paciente por el hecho de ser observado a través del espejo unilateral. El paciente dijo que había visto a uno de los observadores (Eric) en el pasillo tras la segunda sesión y que Eric no le había saludado (el observador le había sido presentado al iniciarse la terapia). Se sentía desairado y molesto por ello.

En esa sesión, el paciente había empezado a explorar sus sentimientos de cólera y preocupación por ser observado a través del espejo unilateral, pero sin llegar a ninguna resolución. La percepción del terapeuta era que el paciente había explorado toda la situación con timidez, como si no quisiera asumir los riesgos interpersonales necesarios para hacer

que las cosas llegaran a una resolución satisfactoria para él. El paciente inicia esta sesión describiendo una situación crónica con su jefa.

*Paciente:* No adelanté mucho con el trabajo esta semana. Tuve una charla con mi jefa ayer, acerca de cómo andan las cosas. No quedé demasiado satisfecho conmigo mismo. Creo que pude decirle algunas cosas que hacía tiempo que le quería decir, pero no obtuve mucha respuesta por su parte, sabe usted [*se ríe*]... De manera que me quedé básicamente insatisfecho.

*Terapeuta:* ¿Así que le dijo algunas cosas que tenía en mente?

*Paciente:* Sí, pero... Bueno, alguna respuesta sí obtuve de ella [*se ríe*]. Conseguí que me respondiera un poquito, así que no sé. Pero de todos modos estoy insatisfecho con..., este..., [*suspira*]... como que le dije que yo..., sabe usted, que me parecía que ella estaba fijando todos los objetivos y las prioridades y que las cosas no se podían discutir y que... Y ella me dijo que..., pues que no había querido dar esa impresión, pero..., sabe, ella estaba estableciendo las fechas de entrega, lo que está muy bien. Quiero decir, es bueno saber cuándo espera ella que algo esté terminado. Pero yo sólo... No sé. Mi sensación es que..., que es algo más que eso. Es... Se lo pregunté, de hecho se lo pregunté directamente... Le dije: "Sabe, realmente tengo la sensación de que...", le dije: "Si no está usted conforme con mi rendimiento, me gustaría saberlo". Y bueno, ella hizo una larga, larga pausa. [*Riendo.*] Y me dijo: "Pues, sí", que había estado descontenta en mayo y junio del año pasado, pero que no sucedía lo mismo este año. Y dijo que le parecía, sabe usted, que el año pasado no empujábamos para el mismo lado, pero que al parecer este año sí. [*Riendo.*] Yo le dije: "Bueno, tal vez eso sea porque usted está fijando todos los objetivos y prioridades". Y ella me contestó: "Pues no se me había ocurrido verlo de ese modo". De manera que la conversación giró en torno a si yo estaba administrando bien mi tiempo. Y si estaba delegando correctamente, y ese tipo de cosas. Estoy un poco confundido con todo eso. Quiero decir, se lo dije a ella, le dije: "Si yo...". Le indiqué que yo estaba

muy... Le dije: "Si no puedo cumplir con mi trabajo a su entera satisfacción, entonces tal vez tendría que irme". Lo dije en serio... Creo que todavía estoy pensando seriamente en renunciar al empleo. Por cierto que no estoy funcionando muy bien, sabe usted. Una vez que me pongo a trabajar, puedo más o menos concentrarme y sacar adelante el trabajo, pero esta última semana no me he podido concentrar. No sé... Voy al trabajo y me quedo sentado allí, y no puedo recordar las cosas, y me pongo a revolver los papeles y... no logro juntar energías o voluntad para emprender alguna cosa, así que... No sé..., supongo que me limito a tirar la toalla y...

*Terapeuta:* Ajá. Entonces, parece que usted realmente le planteó las cosas a su jefa... Le habló francamente, de un modo como nunca antes lo había hecho... ¿Algo que había estado evitando, por temor a las consecuencias?

*Paciente:* Sí, se podría decir que así es.

*Terapeuta:* Y así puso sobre la mesa unas cuantas cosas que se había resistido a plantear, y se quedó un poco confuso e insatisfecho...

*Paciente:* Ajá. Bueno, quiero decir, como... Sí, confuso e insatisfecho.

El estilo interpersonal característico del paciente es verboso, poco claro y equívoco. Aunque se podría conjeturar que este estilo quizá contribuya a que el paciente tenga interacciones confusas e insatisfactorias, es difícil discernir qué sucedió exactamente en su interacción con la jefa, es decir, determinar con precisión su intervención y la de ella. Con todo, vale la pena reconocer el estilo de comunicación equívoco del paciente como un marcador interpersonal potencialmente importante, que forma parte de un ciclo cognitivo-interpersonal aún por descubrir.

Hay una marcada similitud entre su encuentro con la jefa y el encuentro que había tenido lugar en la terapia la semana anterior. Gill (1982) probablemente clasificaría la descripción por parte del paciente de su encuentro con la jefa como una alusión a la transferencia. Pero ya sea que el paciente se esté o no refiriendo indirectamente a la relación terapéutica, si el patrón es similar, puede ser provechoso utilizar la rela-

ción como un laboratorio para explorar en mayor detalle el ciclo cognitivo-interpersonal del paciente. El terapeuta comienza a hacerlo pocos minutos más tarde, durante la sesión.

*Terapeuta:* ¿Así que se quedó insatisfecho, pero está diciendo que está bien que se enfrentara con ella y aclarara las cosas?

*Paciente:* Sí, así es. Pero, sabe usted, no es... Sí, está bien, así lo creo. Quiero decir, no es la primera vez que me enfrento con ella, sabe usted. Ya lo hice otras veces, en el pasado, pero yo... No sé. Es que tengo que gastar tantas energías enfrentándome y tratando de convencerla de que estoy haciendo algo, o..., es decir..., la verdad es que no sé si da resultado, realmente.

*Terapeuta:* Entonces, al parecer usted salió de la entrevista preguntándose si vale la pena tomarse todas las molestias que eso representa.

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* Sabe, al oírle hablar de eso ahora, inevitablemente me viene a la cabeza lo que pasó en nuestra sesión anterior.

*Paciente:* Sí. Así es. Yo también lo tengo presente.

*Terapeuta:* Me pareció el tipo de situación en la que usted estaba descontento y frustrado, y en cierto modo se enfrentaba conmigo, y me pregunto cómo se resolvió eso para usted.

*Paciente:* Pues, creo que me lo estaba guardando. Quiero decir, lo tenía presente. Pensé en eso esta mañana. O sea, "¿Voy a meterme con ese asunto o no, o qué vamos a hacer para seguir con esa cuestión?". Ya sabe... "¿Voy a volver a sacar el tema...? ¿Voy a plantear algo?"

*Terapeuta:* ¿Así que todavía no decidió realmente si quiere plantear el tema o no?

*Paciente:* Sí, eso mismo.

*Terapeuta:* Bien. No quiero estorbarle. Es decir, si prefiere centrarse en la situación con su jefa, por mí está bien.

*Paciente:* Hum. Bueno, estoy pensando que..., es decir..., parece que hay algunas similitudes que..., usted sabe... Yo me enfrenté con usted la semana pasada, y ahora no sé si quiero seguir con

eso o no. Y me enfrenté con ella ayer, y me estoy diciendo: "La verdad es que logré algunas cosas, pero no sé si vale la pena complicarse la vida".

*Terapeuta:* Entonces, ¿parece que allí hay un hilo en común?

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* Al parecer usted da el primer paso y luego ya no sabe si vale la pena seguir adelante. ¿Qué temores le produce la perspectiva de seguir adelante? Cuando dice que no sabe si vale la pena... ¿Podría explicar eso un poco más?

Al principio, el terapeuta procura hablar en términos positivos del hecho de que el paciente se haya enfrentado directamente con su jefa, ensayando así una nueva conducta constructiva. Esta intervención se corresponde con la estrategia cognitiva de llamar la atención hacia determinados hechos positivos que podrían ser pasados por alto como resultado de una omisión selectiva. En este contexto, sin embargo, esa intervención no es empática, porque el paciente está centrado en sus sentimientos de frustración y confusión. También podría tener el efecto imprevisto de reproducir el patrón propio del encuentro con la jefa, es decir, la sensación del paciente de no estar siendo escuchado. En este caso, es posible que la falla empática del terapeuta y su afán por encontrar una solución sean en parte una respuesta a la frustración que le provoca el estilo comunicativo del paciente.

Pero el terapeuta logra luego abordar la verdadera preocupación del paciente por el hecho de no sentirse escuchado y preguntarse si vale la pena. El terapeuta comienza entonces a explorar si esa sensación es similar a la de la sesión anterior. Es muy posible que la alternativa de centrarse más inmediatamente en la transacción interpersonal actual (es decir, en la falla empática del terapeuta) hubiera sido más productiva, o igualmente productiva.

El paciente está de acuerdo en que existe una similitud entre las situaciones e implícitamente acepta explorar el paralelismo entre ambas. Esto es importante, porque de otro modo el paciente podría interpretar la nueva exploración de lo sucedido en la sesión anterior como un episodio más en que otra persona le impone a él sus propios planes, perpetuando

así un ciclo cognitivo-interpersonal disfuncional. El terapeuta empieza a explorar las expectativas disfuncionales que le impiden al paciente llevar este tipo de encuentros interpersonales a una resolución. En un fragmento de la transcripción que, en atención a la brevedad, no incluimos aquí, el paciente identifica su sensación de que es inútil esa clase de enfrentamiento, como una batalla con la jefa en la que él saldrá inevitablemente derrotado. En el siguiente fragmento, el terapeuta comienza por empatizar con esta sensación.

*Terapeuta:* Tiene la sensación de que es una batalla que usted inevitablemente va a perder, ¿es eso lo que quiere decir?

*Paciente:* Sí, así es.

*Terapeuta:* ¿Esa es la sensación que tuvo conmigo la semana pasada?

*Terapeuta:* Bueno, sí, creo que salí de la sesión sintiendo... Usted sabe... Creo que una de las razones por las que me lo guardé fue que pensé: "¿A qué me lleva esto?" y "No veo que vaya a pasar nada". Tal vez no me esté esforzando lo suficiente, pero..., yo no... Cuando empezamos usted señaló que..., que Eric no estaba allí en ese instante, pero que podría presentarse en algún momento durante la sesión. Bueno, no seguimos adelante con eso. Es decir, ¿se presentó o no? Y si lo hacía, ¿qué haríamos al respecto? ¿O está allí ahora? ¿O vamos a hacer algo al respecto? Hoy no estoy tan susceptible con eso como lo estaba la semana pasada. Pero..., es decir..., creo que tuve la sensación de que no iba a pasar gran cosa con eso o que no había muchas posibilidades de que pasara algo con eso.

*Terapeuta:* Ajá. De modo que tuvo la sensación de que las cosas no iban a ir a parar en nada, que era una batalla perdida de antemano. Está diciendo que también hay algunas cosas que dejamos de lado. ¿Es así?

*Paciente:* Ajá.

*Terapeuta:* ¿Qué nos impidió seguir tratándolas?

*Paciente:* [Pausa prolongada.] Pues, no lo sé. Supongo que una cosa que no sucedió es que, yo no... yo no me puse fuerte... Habla-

mos de diversas cosas que podrían suceder y... [pausa] yo no me decidí por ninguna, me parece. No dije: "Está bien, me gustaría que sucediera esto". Creo que tengo miedo de que si... si de hecho le pidiéramos a Eric que viniera y, pues, y que habláramos de eso, en realidad no me sentiría mejor al respecto, de todos modos. Eso no probaría nada, en realidad. El vendría..., tendríamos una pequeña conversación, y se volvería a ir.

*Terapeuta:* Así que usted tenía una idea..., algo que se podría ensayar.

*Paciente:* Ajá.

*Terapeuta:* Y parece que decidió no seguir adelante con ella, porque le pareció que no serviría de nada.

*Paciente:* Sí, sí. ¡Por Dios, eso suena espantoso!

*Terapeuta:* ¿No le gusta como suena?

*Paciente:* No, no.

*Terapeuta:* ¿Qué es lo que no le gusta de eso?

*Paciente:* Pues, que suena muy derrotista. Pero así es como soy yo.

*Terapeuta:* Muy bien, de modo que cuando yo lo repito, no le gusta cómo suena. Si es así, ¿no le gusta lo que eso dice de usted?

*Paciente:* Así es.

*Terapeuta:* ¿Qué siente en este momento?

*Paciente:* [Pausa prolongada.] Pues ahora me siento ansioso.

*Terapeuta:* ¿Tiene idea de a qué se debe esa ansiedad?

*Paciente:* Sí, creo que es por... Veo que estoy frente a una decisión que tengo que tomar y... [pausa] y le estoy dando una enorme trascendencia. "¿Debo hacerlo o no debo hacerlo?" Creo que eso lo hago muy a menudo, gasto muchísimas energías sintiéndome ansioso por tener que tomar decisiones.

En esta ocasión, el paciente advierte con más claridad que él *optó* por no presionar para llegar a una resolución en la sesión anterior debido a que suponía que eso no serviría de nada. Esta aceptación de la responsabilidad que le cabe significa un cambio importante respecto de su posición anterior ("Nosotros dejamos de lado esa cuestión") y parece revivir para él la situación en el aquí y ahora. El paciente se enfrenta nuevamen-

te con la decisión que ha estado eludiendo al no hacerse responsable de su papel en la interacción, y sus sentimientos de resignado resentimiento dan paso a la ansiedad.

*Terapeuta:* De modo que en estos momentos se siente ansioso por una decisión específica: "¿Debo hacerlo o no debo hacerlo?". ¿Y dice que no es una experiencia inusual?

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* Bien. Ahora, demos un paso atrás por un instante, para tener una perspectiva de lo que está sucediendo en este momento...

*Paciente:* Bueno.

*Terapeuta:* Si lo que está pasando es similar a lo que le sucede en otras situaciones, pienso que podríamos aprovechar esta oportunidad para trabajar juntos y comprender un poco mejor lo que ocurre en esas situaciones. Usted sabe...; algo así como explorar y examinar cómo es que usted se queda atascado de algún modo, y ver si hay algunas opciones que podrían no estar inmediatamente a la vista en este momento.

*Paciente:* Ajá.

*Terapeuta:* ¿Le parece que esto tiene sentido?

*Paciente:* Claro.

Debido a que el tema que se está explorando puede producirle ansiedad al paciente, el terapeuta procura fortalecer la alianza aclarando el fundamento de la tarea que están emprendiendo y buscando un acuerdo para seguir adelante.

*Terapeuta:* Entonces, ¿qué le sucede en este instante?

*Paciente:* [Pausa prolongada, suspiros.] Bueno, todavía me siento ansioso por la decisión de..., es decir..., cómo sería... cómo saldrían las cosas si, por ejemplo, yo tomara la decisión de pedirle a Eric que viniera para hablar de lo que pasó.

*Terapeuta:* Bien. Y cuando piensa en la decisión que está proyectando para el futuro, ¿en cierta forma está imaginando lo que ocurriría?

*Paciente:* Sí, un poco. Pero no con muchos detalles. [Riendo.] Es algo un poco borroso.

*Terapeuta:* Ajá.

*Paciente:* Me imagino algo así como a Eric sentado allí, y yo tratando de explicar lo que me preocupa y... No está muy claro. Me estoy frenando.

*Terapeuta:* Se está frenando en este momento. En otras palabras, usted empieza a exteriorizarlo y luego se frena. ¿Qué le impulsa a frenarse? ¿Tiene conciencia del motivo?

*Paciente:* Bueno, creo que la... Creo que la ansiedad por lo que podría suceder hace que me frene. Que yo podría no..., es decir..., no sé si me expreso bien o no. Y... la incertidumbre de lo que podría pasar entre nosotros, o de cómo respondería usted. Y que... creo que parto del supuesto de que poner las cosas sobre la mesa no servirá más que para empeorarlas. Eso es lo que me frena, supongo. Es lo más seguro, me parece.

En este fragmento el paciente logra identificar un supuesto básico suyo —que plantear sus inquietudes tendrá el efecto de empeorar las cosas— y adquiere una sensación tangible de cómo esto influye en su conducta. El paciente toma conciencia del modo en que evita pensar en la situación problemática debido a la ansiedad asociada con ella. En el fragmento siguiente, el terapeuta continúa explorando los temores que llevan al paciente a esta evitación.

*Terapeuta:* ¿Cómo podrían empeorar las cosas? ¿Cómo podrían empeorar si usted las siguiera planteando y examinando conmigo en este momento?

*Paciente:* Supongo que quizá parte del riesgo es que por más que... de cualquier forma... Que en realidad no hay nada que podamos hacer que vaya a tener verdadero peso, y que me quedaré con mis sentimientos negativos... Y que cualquier cosa que pudiéramos hacer en este contexto en realidad no va a..., a resolver mis sentimientos negativos al respecto, y seguiré teniendo esos sentimientos y también quedaré en una situación en que..., bueno,

usted sabe..., nos miraremos y nos diremos: "¡Hola!", y yo sentiré que todo es sólo un juego, de manera que el riesgo es entrar en una especie de juego además de los sentimientos negativos. Y tal vez sería mejor limitarse a [riendo]... ¡Dios mío! ¡Es increíble!

*Terapeuta:* Ajá. Entonces, ¿qué está experimentando?

*Paciente:* Ah, es... No sé, pues... Es que parece ridículo. Todo este asunto parece ridículo. Es sólo...

*Terapeuta:* No me queda claro cuando usted dice: "Parece ridículo".

*Paciente:* Es un proceso muy complicado, ¿no es así?

*Terapeuta:* Así es. Al parecer, lo que usted está haciendo es considerar todas las posibilidades y por último decidir que no vale la pena hacer nada, debido a que no va a servir para arreglar las cosas y hasta podría empeorarlas.

*Paciente:* Esa es probablemente una de las razones por las que he llegado a la conclusión de que no va a servir de nada. Lo complico mucho. Espero demasiado de las situaciones.

*Terapeuta:* En esta situación dice usted que pretende demasiado. Entonces, ¿qué le dejaría satisfecho? ¿Qué es lo que pretende?

El paciente sigue revelando su sensación de absoluta futilidad. Cree que no hay forma de que el terapeuta pueda satisfacerle, tal vez porque sus expectativas son exageradas. En lugar de arriesgarse a confirmar esta expectativa y tener que sobrellevar los consiguientes sentimientos negativos que le provocaría la frustración de sus necesidades en caso de hacerlas explícitas, el paciente elude la situación. Un aspecto importante del cuadro que parece estar emergiendo es que el paciente cree que sus propias necesidades son poco válidas o excesivas. En consecuencia, el terapeuta comienza a explorar las necesidades del paciente.

*Paciente:* No lo sé con certeza.

*Terapeuta:* ¿Qué le resultaría satisfactorio que sucediera conmigo en este momento, con respecto a esta cuestión? ¿Tiene alguna percepción de lo que desea, y de si está obteniendo o no lo que quiere?

*Paciente:* [Pausa prolongada, suspiros.] Creo que en verdad me siento insatisfecho. No estoy seguro. No lo sé. Quizás estoy buscando que usted me lo sirva todo en bandeja, o algo así. Es decir, que me diga qué es razonable hacer en esta situación, o...

*Terapeuta:* De modo que se siente insatisfecho en este momento. ¿Desea algo distinto de lo que yo le doy?

*Paciente:* Ajá. [Pausa prolongada.] Bueno, yo estaba muy mortificado la semana pasada por..., usted sabe..., por lo que percibía como una falta de respeto. Eso ya no me mortifica esta semana, así que es un poco... Pero supongo que si vuelvo a pensar en lo de la semana pasada, creo que yo estaba buscando alguna orientación con respecto a las opciones que me cabían. Para decirlo lisa y llanamente..., por ejemplo..., ¿tenía yo la opción de decir que no quería que Eric siguiera observando desde el otro lado del espejo? Ese tipo de cosas.

*Terapeuta:* Muy bien, eso fue la semana pasada; ¿y ahora?

*Paciente:* Bueno, estoy discutiendo sobre eso otra vez porque ahora que lo volvimos a abordar, pues, se está convirtiendo nuevamente en un problema a tratar.

*Terapeuta:* ¿Así que usted quería que yo le indicara qué opciones tenía? ¿Qué está pensando? ¿Cómo se relaciona eso con lo que yo le estoy brindando? ¿Está satisfecho? ¿Está recibiendo lo que desea de mí en este momento?

*Paciente:* Pues, yo... No, no. Quiero decir, no siento que usted me esté respondiendo mucho. No sé si... Está bien, déjeme hacerle la pregunta. ¿Tengo la opción de decir: "No quiero que Eric esté del otro lado del espejo"?

*Terapeuta:* Sí.

*Paciente:* Bien. ¿Tengo la opción de decir: "No quiero que haya nadie observando detrás del espejo"?

*Terapeuta:* Sí.

En respuesta al sondeo del terapeuta, el paciente comienza a explorar lo que desea de la situación. Al principio, elude hablar directamente de sus necesidades y de lo que desea en estos momentos, refiriéndose a lo

sucedido la semana anterior. Pero en lugar de responder a su pedido indirecto de apoyo, el terapeuta lo alienta a exponer directamente sus deseos *actuales* ("Eso fue la semana pasada; ¿y ahora?". Y "¿Está recibiendo lo que desea de mí en este momento?"). Esto es importante, debido a que el temor del paciente a plantear directamente lo que desea es un problema fundamental que parece estar determinando su permanente incapacidad para lograr que sus necesidades sean satisfechas. Por último, el paciente le pregunta al terapeuta qué sucedería si él decidiera que no desea ser observado ("¿Tengo la opción de decir que no quiero que Eric esté del otro lado del espejo?", "¿Tengo la opción de decir que no quiero que haya nadie observando detrás del espejo?").

Esto aún no equivale a expresar directamente lo que desea, pero de todos modos constituye un riesgo considerable que pondrá a prueba la creencia del paciente de que sus necesidades son exageradas y que plantearlas será inútil o peligroso. La respuesta del terapeuta es directa e inequívoca: Sí. Una respuesta más ambigua podría ser experimentada por el paciente como algo similar a la respuesta confusa que sintió haber recibido de su supervisor, confirmando así su creencia de que es inútil tratar de expresar sus necesidades directamente.

*Paciente:* Está bien [pausa prolongada]; supongo que eso me deja un poco confundido otra vez. Quizá yo estaba haciendo suposiciones, pero lo que pasa es que..., es decir..., yo vine a esta clínica... y hay ciertas normas..., bueno, por supuesto que decidí dar la autorización para que nuestras sesiones fueran observadas... pero de otro modo sería como si las normas pudieran ser modificadas por cualquiera. ¿Debo aceptar lo que parece que son las normas y no molestarme en cuestionarlas? De hecho, una de las cosas que pensé la semana pasada fue que, bueno, que supongo que una razón por la que los observadores están detrás de espejos es para que la observación pase inadvertida. Pero ahí hay mucho barullo, y..., sabe usted..., ahora que lo estamos planteando, yo lo tengo muy presente. De modo que en ese sentido, eso no pasa desapercibido, en realidad. ¿Qué problema habría en que los observadores estuvieran en el consultorio? Quiero decir,

yo aprecio la utilidad de la observación, por eso al principio no me opuse. Pero ahora que se ha convertido en un tema en discusión, me pregunto qué tendría de malo que los observadores estuvieran presentes en el consultorio, de forma que hubiera una relación más fluida y uno pudiera..., usted sabe..., tener claro y aceptar que... uno sabe que ellos están allí.

*Terapeuta:* Estoy dispuesto a explorar ese punto con usted.

Al principio, el paciente parece estar un poco confundido por la respuesta del terapeuta. Tal vez no encuentre en esa respuesta el apoyo que busca. Tal vez le resulte difícil pasar de la posición de considerar al terapeuta culpable de su dilema a la de reconocer su propia responsabilidad. Como esto último implica que no había reconocido previamente la parte que le corresponde, es posible que lo esté experimentando como un ataque a su autoestima.

Esta experiencia, sin embargo, no parece durar mucho tiempo, pues el paciente pasa a adoptar una postura más activa y constructiva, y espontáneamente sugiere la posibilidad de que los observadores estén dentro del consultorio en vez de detrás del espejo. La energía y el entusiasmo con que hace esta sugerencia contrastan con su anterior cautela e indican que la interacción con el terapeuta ha comenzado a desmentir su esquema interpersonal disfuncional.

*Terapeuta:* Muy bien, vamos a tener que detenernos dentro de un momento. Sabe usted, estamos justo a medio camino y es evidente que deberemos continuar con esto. Pero quiero tratar de resumir algunos temas de lo que ha estado sucediendo, ¿de acuerdo?

*Paciente:* Está bien.

*Terapeuta:* Sucdieron muchas cosas distintas. Déjeme preguntarle. De lo que ha ocurrido, ¿ha sacado algo que pueda ser útil para usted?

*Paciente:* Bueno, sí. Uno es pedir aclaraciones. Tratar de no presuponer ciertas cosas, sino pedir aclaraciones.

*Terapeuta:* Muy bien, de modo que eso es lo que le parece más importante, ¿es así?

*Paciente:* Bien, la otra cosa es la dificultad que tengo para tomar decisiones. Pero supongo que se podrían vincular las dos cosas. La indecisión probablemente esté relacionada con la tendencia a hacer presuposiciones y podría mejorarse a través de los pedidos de aclaración.

*Terapeuta:* ¿Qué presuposiciones?

*Paciente:* Las que sean. Cualquiera que pudiera hacer en una situación. Bueno, en este caso creo que yo estaba presuponiendo que si tenía que haber observadores y éstos tenían que estar detrás del espejo, me parecía que podría haber cierta claridad en cuanto a quién estaba allí, pero... Y supongo, también, que la dificultad que tengo es que me resulta más fácil atenerme a mi presuposición, en lugar de pedir aclaraciones. Y creo que..., como lo que sentí al salir de la entrevista de ayer, sabe usted, la insatisfacción de que yo estaba pidiendo aclaraciones sobre ciertas cosas y no me las daban.

*Terapeuta:* De modo que lo que sucede es que al parecer usted hace un primer movimiento de enfrentamiento algunas veces, ¿no es así?

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* Y luego no queda del todo satisfecho con el resultado de eso, así que se resiste a intentarlo otra vez.

*Paciente:* Sí, así es. Supongo que ése es otro tema. La perseverancia.

*Terapeuta:* Bien. Una especie de presuposición básica general es que no va a servir de nada, de todos modos, así que para qué intentarlo. La última cosa que quiero destacar... realmente me llamó la atención mientras hablábamos... fue la pregunta de si usted está obteniendo lo que desea, ¿recuerda? Y si no lo está obteniendo, qué puede hacer para conseguir lo que quiere.

*Paciente:* Ajá, sí.

*Terapeuta:* Y en esta última interacción entre nosotros, por ejemplo, cuándo le pregunté: "¿Está obteniendo lo que busca?", usted fue muy claro: "Pues no, no estoy obteniendo lo que deseo". Y luego hizo algo concreto. Planteó las cosas en forma categórica. Y yo creo que a menos que una persona tenga realmente claro si

está obteniendo lo que desea o no, es difícil que haga lo que necesita hacer para conseguir lo que quiere.

*Paciente:* Bueno, ése es un tema primordial para mí.

*Terapeuta:* ¿Que habrá que retomar?

*Paciente:* Que hay que retomar, sí.

*Terapeuta:* Muy bien.

El paciente parece sentirse alentado por la respuesta del terapeuta al test, según lo indica la forma detallada en que propone la alternativa de que los observadores estén presentes en el consultorio. La sesión concluye con la clarificación de los temas que han emergido en su transcurso. En las siguientes sesiones se confirmó que ésta había sido una sesión particularmente importante para el paciente. La pregunta básica de si está o no obteniendo lo que desea, y si no lo está obteniendo, qué puede hacer para cambiar la situación, pasó a ser un tema importante para él, al que volvió a referirse espontáneamente una y otra vez. Como síntesis de algunos de los aspectos fundamentales del estilo cognitivo-interpersonal de este paciente tal como se puso de manifiesto en esta transcripción, tenemos el siguiente cuadro.

El paciente alberga una creencia fundamental de que sus necesidades y deseos son poco válidos e irrazonables, y que todo intento de satisfacerlos será inútil. Debido a esta creencia, tiene una enorme dificultad para plantear sus deseos directamente. Esta dificultad se manifiesta en su renuencia tanto a abordar el tema como a seguir tratándolo una vez que lo ha planteado. También se manifiesta en su estilo de comunicación, que es sumamente equívoco, forzado y poco claro. Todos estos factores presumiblemente hacen que a la gente le resulte difícil satisfacer los deseos del paciente, lo que confirma sus creencias disfuncionales y le deja frustrado y resentido.

La siguiente transcripción brinda otro ejemplo de los procesos de desmentido experiencial y descentramiento, así como diversas clases de metacomunicación. La alianza terapéutica es débil durante la mayor parte del fragmento transcrito, por lo que éste suministra un buen ejemplo de cómo resolver rupturas en la alianza y otro ejemplo igualmente bueno de la relación que existe entre el esquema interpersonal del paciente, la

clase de dilema terapéutico descrito por Ryle (1979) y por Horowitz y Marmar (1985), y la importancia de que el terapeuta profundice en su comprensión del esquema interpersonal del paciente en el proceso de desarrollar una alianza terapéutica.

El paciente es un hombre de treinta y ocho años cuyo problema es que tiene dificultades con las relaciones interpersonales en general (sostiene que la gente parece desconfiar de él y muestra ciertas prevenciones) y con su novia en particular. El paciente se queja de que él y su novia se pelean constantemente, de que no tiene la sensación de que ella le atiende como él quisiera, de modo que se siente rechazado.

El paciente tiene una presencia fuerte e imponente. Es amable y simpático, pero con un estilo agresivo, y su simpatía es algo forzada. También tiene una forma analítica y expeditiva de enfocar las relaciones humanas, con poca cabida para la experiencia emocional. Esta transcripción fue tomada de la sexta sesión de un protocolo de veinte sesiones.

*Paciente:* Estuve reflexionando sobre lo que hemos podido progresar desde que comenzamos y no sé qué opina usted, pero a mí me gustaría ver si podemos hacer algo para lograr un mayor progreso, y... no sé qué tendremos que hacer para lograrlo. ¿Quizá revisar nuestros objetivos o..., usted sabe..., ver hacia dónde nos encaminamos? Tal vez determinar qué es lo que está ocurriendo que nos impide... que yo siento que no estamos progresando. ¿Qué piensa usted? ¿Le parece que estamos haciendo algún progreso [pausa] de algún tipo?

*Terapeuta:* Veo que usted se siente un poco frustrado con lo que está ocurriendo, y tengo la sensación de que no siempre sintonizamos.

*Paciente:* Usted..., ¿qué piensa de la cantidad de, entre comillas, de progresos que hemos conseguido? Sé que es un término difícil de definir, pero, ¿qué opina usted al respecto? ¿Se siente frustrado, por ejemplo, por lo que está pasando?

*Terapeuta:* Hay veces en que ciertamente me siento frustrado, sí.

*Paciente:* ¿Qué es lo que...? ¿Qué recomienda usted que hagamos... diferente de lo que hemos estado haciendo hasta ahora?

*Terapeuta:* No lo sé con certeza en este instante.

Al introducir el tema de su insatisfacción por el modo como se están dando las cosas en la terapia, el paciente es directo y firme en cuanto a su insatisfacción, pero al mismo tiempo intenta atemperarla o moderarla incluyendo al terapeuta en un proceso compartido de resolución de problemas. Con su intento de determinar lo que siente el terapeuta acerca del progreso realizado, el paciente busca reducir la posibilidad de decir algo potencialmente destructivo para la relación y para ello procede, en cierto sentido, a "tantear el terreno".

Luego le pide al terapeuta que asuma la responsabilidad de proponer otro enfoque, en vez de arriesgarse a ser más explícito acerca de la índole de su propia insatisfacción.

*Terapeuta:* ¿Cómo es su frustración, su insatisfacción?

*Paciente:* No estoy seguro de que estemos llegando al nudo de mi situación o mis..., al menos de mis creencias, de si son acertadas o falsas o si..., tal vez son la causa de que yo piense ciertas cosas o de que me comporte..., sabe usted..., porque es la conducta lo que me interesa cambiar y..., sin duda estamos avanzando. No me interprete mal. Es sólo que si usted se siente frustrado y yo me siento frustrado, ¿hay algo que podamos hacer para cambiar el proceso de manera tal que ambos dejemos de sentirnos así?

El terapeuta intenta centrar la atención en el paciente explorando la índole de su frustración e insatisfacción más a fondo. Como respuesta, el paciente se refiere brevemente a sus sentimientos y luego se refugia en la seguridad de una "pseudoalianza" hablando del problema y la preocupación de *ambos* ("Si usted se siente frustrado y yo me siento frustrado, ¿hay algo que podamos hacer para cambiar el proceso de manera tal que ambos dejemos de sentirnos así?"), devolviéndole así la responsabilidad al terapeuta.

*Terapeuta:* No sé bien qué hacer en este momento, pero lo que siento es que usted me está presionando, y al mismo tiempo siento que

se echa atrás, en cierta forma. Tengo la sensación de que me dice algunas cosas y después las rectifica.

*Paciente:* ¿Que las rectifico?

*Terapeuta:* Sí.

*Paciente:* ¿Quiere decir que las suavizo?

*Terapeuta:* Eso mismo, las suaviza. Siento que me es difícil tener contacto con usted, porque se muestra muy amable..., pero al mismo tiempo..., la impresión que me da es como la de un puño de hierro con un guante de seda.

*Paciente:* Bueno, supongo que estoy un poco frustrado y no sé qué hacer al respecto. No sé cómo proceder. Todavía quiero, si es posible, seguir con su programa. Usted dice que no sabe qué hacer. Eso está bien. Es justo. No quise darle la impresión de que..., de estar avasallándole. Es sólo que me gustaría averiguar qué opciones tenemos, ya sea para que yo entienda mejor el proceso y vea en qué estamos, o para recomodar las cosas de manera que los dos tengamos la sensación de estar haciendo algún progreso.

El terapeuta responde metacomunicándose respecto de su sensación de estar siendo presionado de un modo "amable" o protector de la relación. No queda claro si esta metacomunicación ha contribuido o no a profundizar la autoexploración del paciente. Por un lado, su afirmación de que no quiere dar la impresión de estar avasallando al terapeuta puede ayudar a comprender el proceso interpretativo asociado con el "puño de hierro con guante de seda". Por otro lado, es posible que el paciente aún esté tratando de transmitir su insatisfacción y al mismo tiempo de echarse atrás o tranquilizar al terapeuta. En este caso, puede haber interpretado el último comentario del terapeuta como una crítica y seguir teniendo sentimientos negativos mezclados con el temor a las consecuencias. El terapeuta (al iniciarse el siguiente fragmento) sondea entonces qué está experimentando el paciente en estos momentos.

*Terapeuta:* ¿Qué le está pasando ahora?

*Paciente:* Bueno, estaba pensando en cómo me sentí por lo que usted

dijo de que..., de que yo le trataba con guante de seda. Puño de hierro, guante de seda y, ¡ah!, sin duda es decepcionante descubrir que ésa es la impresión que causo.

*Terapeuta:* ¿No le cayó bien cuando se lo dije?

*Paciente:* No me alegró [*se ríe suavemente*], no. Para nada, no es así; quiero decir, yo le creo lo que me dice. Usted está siendo sincero conmigo, así que no me siento deprimido de ningún modo. Supongo que me gustaría encontrar la forma de darle otra impresión que no le haga sentir..., sabe usted..., que le estoy apremiando.

*Terapeuta:* Lo que me causa dificultades no es tanto la sensación de presión de su parte. Por supuesto, a nadie le gusta sentirse presionado, pero lo puedo tolerar. Así es como están las cosas con usted. Lo que me resulta difícil es que tengo la sensación de que usted me presiona y luego "se enmienda".

*Paciente:* Está bien.

*Terapeuta:* De modo que me es difícil sentirme realmente en contacto con usted.

*Paciente:* Bien.

*Terapeuta:* Es como si me pusiera a dudar de mi cordura.

*Paciente:* ¡Ah! [*Se ríe.*] Bueno, le quiero aclarar que yo no le estaba atacando a usted personalmente; estaba examinando el proceso. Creo que rectifiqué un poco mi argumentación. Me dio la sensación de que tal vez yo estaba pasándome del límite. Nos estábamos metiendo en... Yo le estaba metiendo a usted... Es decir, le estaba llevando al terreno de la personalidad..., así que me eché atrás para que quedara claro que no quería franquear ese límite.

La respuesta del paciente indica que ha interpretado el comentario del terapeuta como una crítica ("Sin duda es decepcionante descubrir que ésa es la impresión que causo"). Sin embargo, el paciente responde a su sentimiento de decepción persistiendo en la misma estrategia interpersonal de tratar de suavizar el efecto de sus sentimientos negativos para no poner en peligro la relación ("Supongo que me gustaría encontrar la forma de darle otra impresión que no le haga sentir..., sabe usted..., que le

estoy apremiando"). El terapeuta trata de aclararle que no le critica por tener sentimientos negativos. Lo problemático, en cambio, es el intento de suavizar esos sentimientos. Obsérvese que el terapeuta se hace responsable de sus propios sentimientos ("Me es difícil sentirme realmente en contacto con usted", "Es como si me pusiera a dudar de mi cordura"). Esto parece contribuir a profundizar la autoexploración por parte del paciente ("Me dio la sensación de que tal vez yo estaba traspasando el límite. Nos estábamos metiendo en... Yo le estaba metiendo a usted... es decir, le estaba llevando al terreno de la personalidad").

*Terapeuta:* Le preocupa que yo pueda empezar a tomarlo como algo personal.

*Paciente:* Algo así.

*Terapeuta:* ¿Está dispuesto a seguir explorando este punto?

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* ¿Qué pasaría si yo empezara a tomarlo como algo personal?

*Paciente:* Me preocupa la relación.

*Terapeuta:* Ya veo. ¿Qué podría suceder? Usted dice: "Me preocupa la relación".

*Paciente:* Pues, si usted sintiera que yo le estaba atacando personalmente, ésa no sería la impresión que yo estaría tratando de darle. Así es, más allá de cómo lo tomara usted, ya fuera como algo positivo o negativo. Desde luego, si lo tomara como algo negativo, sería peor. Si lo tomara positivamente, estaría bien. Es decir, no nos causaría ningún problema, pero en cualquiera de los dos casos, no sería la impresión que yo quiero dar. Sabe, yo no quise atacarle. Usted está tratando de ayudarme. Es sólo que me siento frustrado por..., usted sabe..., por nuestra falta de progreso visible.

*Terapeuta:* Mire, en este preciso instante le veo hacer exactamente la misma cosa. Le sigo oyendo decirme: "No lo tome como algo personal". Y le pregunto: ¿qué preocupación le hace pensar en la posibilidad de que yo lo tome como algo personal? Si es que está dispuesto a explorarlo ahora mismo.

El terapeuta continúa explorando el esquema interpersonal del paciente pidiéndole que explique sus temores. Como percibe la dificultad que tiene el paciente para explorar este tema, el terapeuta procura fortalecer la alianza pidiéndole permiso para seguir explorándolo, con lo que obtiene el acuerdo explícito del paciente para seguir adelante con la tarea ("¿Está dispuesto a seguir explorando este punto?"). El paciente, sin embargo, continúa asegurándole al terapeuta que no hay nada personal en su planteamiento, y el terapeuta primero le metacomunica que percibe esta afirmación como otro intento más de tranquilizarle; luego procura profundizar en la exploración, volviendo a pedirle permiso al paciente para hacerlo.

*Paciente:* Sí. Bueno, este... Yo puedo, si me tomo las cosas personalmente... Creo que hay dos aspectos, tomarlas positivamente y negativamente, pero de forma personal, ¿se entiende? Si las tomo de forma personal y negativa, que es el peor de los casos, podría tener la sensación, y por esto es que..., usted sabe..., me preocupa que usted pueda tener esa sensación..., que la persona no sienta que yo tomo en serio su interés o que lo estoy tratando de manera impersonal y..., es decir..., aquí hay un proceso y lo tenemos que seguir, y usted es sólo un engranaje en la máquina... De modo que si esto me sucediera, yo querría restablecer una conexión personal..., sabe usted. ¿Por qué se siente así? ¿De qué se trata..., este..., qué estoy haciendo aquí? Ese es el tipo de preguntas que me vendría a la mente si tuviera la sensación de estar siendo atacado personalmente. Yo no quería que esa clase de..., es decir..., que esas reacciones negativas le afectaran a usted.

*Terapeuta:* Que yo pudiera..., sabe, me está costando un poco seguirle el hilo. Si yo lo tomara como algo personal, ¿qué podría suceder? Yo podría...

*Paciente:* Usted podría sentirse en el deber de tratar de restablecer..., pues..., cierto entendimiento en el nivel personal, o podría considerar que yo no tomo en serio su interés o que usted no me agrada y no voy a cooperar.

La enrevesada respuesta del paciente indica que el tema le resulta muy amenazador y que probablemente constituye un importante marcador interpersonal. El terapeuta, sin embargo, no sondea los procesos interpretativos asociados con este marcador, dado que el paciente parece tener suma dificultad para acceder a su experiencia inmediata. Por el contrario, el terapeuta se limita a pedirle una aclaración. Como respuesta, el paciente puede explorar un poco más, reconociendo su temor de que el terapeuta crea que él no se toma en serio su interés, que siente desagrado por él o que no va a cooperar. Esto constituye en alguna medida una explicación de su esquema interpersonal, pero aún deja fuera lo esencial de ese esquema, porque no es autorreferencial. El terapeuta prosigue con la exploración en el siguiente fragmento.

*Terapeuta:* ¿Yo podría sentir que no le agrado o que usted no va a cooperar?

*Paciente:* Así es.

*Terapeuta:* Está bien. ¿Y qué pasa si siento eso? ¿Que no le agrado? No creo que éste sea un asunto fácil de explorar.

*Paciente:* [Pausa.] Nos desviaría de lo que es... Ciertamente, de lo que estoy tratando de hacer.

*Terapeuta:* ¿Puede explicarse?

*Paciente:* Daría lugar a una reacción en cadena de preguntas y respuestas y digresiones, con lo que terminaríamos tratando de restablecer una conexión.

*Terapeuta:* Dice que podríamos tener que... Me parece que aquí falta un paso. Muy bien, usted dice que podríamos tener que dedicar cierto tiempo a restablecer una conexión. ¿Qué podría suceder antes de eso?

*Paciente:* No me parece que falte un paso. Si yo le diera la impresión de que algo anda mal en el nivel personal, usted podría tratar de restablecer una conexión, porque probablemente sienta que para poder progresar tiene que haber algún tipo de entendimiento mutuo acerca de las cosas. Y entonces podríamos pasarnos una hora hablando de eso y al final yo no me sentiría en absoluto más optimista en cuanto a nuestra

capacidad de lograr algún progreso en este tipo de... en estas sesiones.

*Terapeuta:* De alguna manera, me parece que en su respuesta falta..., que le falta el alma, en cierto sentido. Como si le faltaran las entrañas.

*Paciente:* Ah. Está bien. Creo que sé lo que quiere decir. Sí, es que..., es decir..., si bien usted y yo no somos amigos íntimos..., sabe..., ni yo voy a su casa a tomar unas copas por la noche... ni busco su apoyo como amigo, ciertamente no me gustaría introducir un elemento de antagonismo en nuestras conversaciones. ¿Me entiende? Tal vez ésa es la parte que falta. Ninguno de los dos querría que hubiera antagonismo.

*Terapeuta:* ¿Está hablando por mí?

*Paciente:* Estoy hablando por usted, sí. Creo que compartimos el mismo punto de vista. Creo que a usted no lo haría muy feliz que yo viniera aquí..., sabe..., y le dijera: "Su programa es una porquería, usted es una porquería y no lo soporto más" [*se ríe*].

El paciente sigue teniendo dificultades para explorar sus preocupaciones en términos personalizados y autorreferenciales. Dice que no quiere desviarse de la tarea, con lo que da a entender que lo que le preocupa es la eficacia. El terapeuta le metacomunica que a su respuesta le falta una cualidad emocional. Una vez más, el terapeuta se hace responsable de su propia percepción ("*Me parece* que en su respuesta...").

La metacomunicación parece facilitar una autoexploración más profunda. El paciente reconoce su preocupación por el antagonismo. Con todo, aún tiene dificultades para hablar de su temor por el antagonismo del terapeuta y para hacerse cargo de sus propios sentimientos antagonísticos. En vez de ello, habla de "un elemento de antagonismo", como si fuera un aspecto impersonal de la situación en lugar de una emoción que él o el terapeuta pudieran sentir.

La afirmación de que "ninguno de los dos querría que hubiera antagonismo" crea una especie de falsa alianza ("Los dos queremos lo mismo"). Se presupone que cualquier enfado de una de ambas partes sería demasiado amenazador para la relación como para tolerarlo. En respues-

ta al comentario del terapeuta ("¿Está hablando por mí?"), el paciente es capaz de reconocer un poco más su temor de que el terapeuta pudiera molestarse si él expresara sentimientos negativos. La risa del paciente, cuando expresa sentimientos negativos, aun en forma hipotética, revela la ansiedad que le provocan estos sentimientos.

*Terapeuta:* Vea... Tengo la sensación, incluso en este momento, de que usted está tratando de proteger nuestra relación. Es algo curioso, como una especie de paradoja, porque mi sensación es que se está esforzando tanto por proteger la relación, que es casi sofocante, en cierto modo, como si no quedara espacio para que tuviéramos una verdadera relación debido a que usted se esfuerza tanto por protegerla.

*Paciente:* Bueno, en circunstancias normales..., es decir..., en las conversaciones con otras personas, pues, supongo que uno no se mete en esta clase de conversación. Es como atravesar capas concéntricas, como las de una cebolla..., es decir..., está la capa superficial de la conversación y están las capas más profundas. Porque usted me hace verlo en un nivel muy detallado, es como usar un microscopio. Uno está mirando algo muy pequeño, como el meollo. Pero como está usando un microscopio, lo ve en tamaño grande y eso, eso hace que todas las palabras que decimos de esta cosa pequeña parezcan grandes, y lo que le estoy provocando a usted es la sensación de sofocarlo, es decir, ahora esto es *tan grande* que ocupa todo el espacio.

*Terapeuta:* Bien, le quiero preguntar algo; cuando yo dije "esto es sofocante", ¿recuerda lo que sintió?

*Paciente:* Sí... Que yo le estaba oprimiendo y abrumando, y que tal vez estaba siendo demasiado controlador... así que me sentí decepcionado. Y podía, le podía ver a usted allí, viéndolo desde su punto de vista, y pensé: "¿Qué será lo que está haciendo que...?".

*Terapeuta:* Está bien. Así que otra vez, ve usted, creo que lo que sucedió es que yo digo ciertas cosas y cuando le pregunto cómo se siente, usted responde que decepcionado. Mi impresión es que

cuando digo algo que le decepciona, en ese momento, siento que se alza una especie de barrera entre nosotros dos.

*Paciente:* ¿Por mi persistencia en tratar de explicar las cosas?

*Terapeuta:* Eso es. [Pausa.] En este momento, ¿qué siente?

Al principio, el terapeuta se metacomunica acerca del modo como le afecta el permanente intento del paciente de resguardar la relación: su dificultad para concebirse a él mismo y al terapeuta como individuos separados que pueden albergar sentimientos de enfado el uno hacia el otro. Se podría formular la hipótesis de que su novia, Lisa, experimenta la misma sensación de asfixia y que esto determina su constante alejamiento de él. Ahora, sin embargo, esto sólo sería una conjetura. Lo que es más, si el terapeuta estableciera ahora un paralelismo entre ambas relaciones, esto podría implicar cierta negación de su propia aportación a la interacción, con lo que el paciente se sentiría acusado o tratado como un enfermo. La explicación detallada y bastante enrevesada del paciente parece contener elementos de autojustificación e indica que, una vez más, el paciente podría estar sintiéndose criticado. Dado que, como dijimos antes, esta clase de respuesta puede ser un marcador interpersonal importante, el terapeuta decide explorar la experiencia interna del paciente en el contexto presente. La respuesta que da ("me sentí decepcionado") confirma que ha habido una ruptura en la alianza. En este momento, el terapeuta vuelve a proporcionarle retroalimentación sobre el efecto que ha tenido en él este marcador interpersonal, con la esperanza de facilitar el proceso de descentramiento al ayudar al paciente a percibir su participación en el proceso de distanciamiento. El terapeuta explora cómo está recibiendo el paciente su retroalimentación. ¿Está facilitando el proceso de descentramiento o el paciente aún lo percibe como una crítica?

*Paciente:* Bueno, estoy empezando a comprender que lo que tendría que hacer es [pausa] cambiar de estilo aquí. Estoy tratando de ponerme analítico con usted, y no es un análisis lo que usted busca. Yo estoy tratando de hacer un análisis, pero usted no. De modo que [pausa] voy a dejar de analizar.

*Terapeuta:* Me preocupa que cuando le digo algo como "Cuando se

pone a analizar siento que se alza una barrera", usted lo tome como una crítica. Es como si le estuviera diciendo que usted debe ser de otro modo distinto de como es.

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* ¿Hay algo de eso?

*Paciente:* Sí. Creo que sucede eso, sabe, es cierto que me viene una sensación de decepción..., es decir..., me desanimo, es verdad, pero el enfoque que he estado aplicando no da resultado.

*Terapeuta:* Es algo capcioso, porque es como si estuviéramos atrapados en una..., en una especie de...

*Paciente:* Danza.

*Terapeuta:* Una especie de danza, sí, y en cierto sentido es casi como su relación con Lisa. Sabe usted, como si ella le dijera: "No eres lo bastante bueno tal como eres". Y entonces usted le responde tratando de hacer algunas cosas para que la relación funcione, porque no quiere perder esa relación. Pero en cierto nivel, esto no le hace sentirse muy bien. Mi preocupación es que algo de esto esté sucediendo en nuestra relación.

Por una parte, la respuesta del paciente sugiere que la retroalimentación ha facilitado el descentramiento ("Estoy empezando a comprender que lo que tendría que hacer es cambiar de estilo aquí"). Por otro lado, la respuesta tiene un matiz que preocupa al terapeuta. Cuando el paciente dice: "Estoy tratando de hacer un análisis, pero usted no", esto insinúa que el paciente está haciendo algo por el terapeuta, más que por él mismo. Esta percepción, por supuesto, está en parte influida por la evaluación que hace el terapeuta de lo que ha sucedido en la terapia hasta el momento, así como de la relación del paciente con otras personas, y en particular con su novia. Otro dato importante para el terapeuta son sus propios sentimientos. ¿Se siente frustrado? ¿Es posible que el tono de sus preguntas y comentarios esté influido por estos sentimientos? De ser así, ello podría contribuir a que el paciente sienta que no es aceptado tal como es.

El terapeuta procura transmitir una comprensión empática de lo que podría estar experimentando el paciente ("Es como si le estuviera diciendo que usted debe ser de otro modo distinto de como es"). Esta vez, el

paciente reconoce su decepción, al tiempo que indica que está dispuesto a tener en cuenta la retroalimentación. La calidad de la interacción indica que la alianza está mejorando en este momento. El terapeuta inicia una frase ("Es algo capcioso, porque es como si estuviéramos atrapados en una especie de...") y el paciente, que está ahora sintonizando la misma onda, la completa ("danza"). Hay, pues, una resonancia empática. El terapeuta prosigue trazando un paralelismo entre lo que podría estar sucediendo en la terapia y en la relación del paciente con su novia. Esta vez, el hecho de establecer un paralelismo no tiene de ningún modo el efecto de negar la parte del terapeuta en la interacción, ni de culpar al paciente. Por el contrario, es un reconocimiento empático del dilema del paciente. De acuerdo con la terminología de Horowitz y Marmar (1985), el paciente tiene un particular modelo de relación de rol que hace difícil formar una alianza terapéutica adecuada *en el contexto presente*.

Por un lado, el paciente está deseoso de cambiar. Por otro lado, su intensa necesidad de proteger la relación le lleva a cambiar por la otra persona más que por él mismo. Esto le deja resentido y le hace sentir que no es aceptable tal como es. El dilema para el terapeuta es que metacomunicándose con el paciente sobre su modalidad distanciadora y empujándole a explorar sus sentimientos, podría estar confirmando el esquema disfuncional del paciente en lugar de suministrarle un desmentido experiencial.

*Terapeuta:* ¿Qué está experimentando ahora?

*Paciente:* Pues... Me siento más optimista en el sentido de que no creo que estemos tan distantes. Eh... Al conseguir que usted se sienta más conectado conmigo, es como si yo estuviera tratando de encontrar dónde está la bruma y de apartarla para que usted pueda sentirse conectado. Es como... siento que estoy despejando la bruma, de algún modo. Creo que está claro, usted no lo ve, pero no es mi intención, no lo creo, abrumarlo.

*Terapeuta:* Vea... Me imagino... Tratando de meterme en su cabeza y tener una sensación de lo que sería ser usted. Tengo la sensación de que se está esforzando tanto para hacer que las cosas funcionen, y no están funcionando del todo...

*Paciente:* Así es.

*Terapeuta:* Y me imagino que eso debe ser muy, muy frustrante. Esforzarse tanto. [Pausa.] ¿Qué siente cuando le digo eso?

*Paciente:* Pues, sin duda es..., sabe usted..., muy frustrante, porque yo sé lo que quiero lograr. Sé lo que tengo dentro y que estoy tratando de sacar, y simplemente no está dando resultado.

*Terapeuta:* Es como... Me viene una imagen de usted en este instante, como si estuviera atrapado en alguna especie de envase y no pudiera salir.

*Paciente:* Sí. Es como si estuviera encerrado en una habitación llena de puertas. Y pruebo a abrir una puerta, y no conduce a ningún lado. Entonces pruebo con otra, y tampoco lleva a ninguna parte. Hay una puerta que sí es la indicada...; estoy seguro. Pero no la he encontrado.

*Terapeuta:* Eso suena increíblemente frustrante.

*Paciente:* Sí, lo es. [Pausa prolongada.] Pero su sensación es que no tengo puesta el alma donde debe estar, ¿no es así?

*Terapeuta:* No, en absoluto. No. Eso es lo triste, en cierta forma, ¿verdad? Que realmente existe el anhelo. Usted tiene un gran anhelo de establecer contacto. Tiene un enorme deseo de que las cosas funcionen y de alguna manera, haga usted lo que haga, nunca funcionan del todo.

*Paciente:* En efecto.

*Terapeuta:* ¿Esto coincide con lo que usted experimenta?

*Paciente:* Sí. Coincide perfectamente, tanto respecto de lo que sucede aquí como en una cantidad de conversaciones con Lisa.

*Terapeuta:* Mi sensación es que usted se empeña muchísimo... se esfuerza mucho por hacer que las cosas funcionen. ¿Esto coincide de alguna manera con lo que experimenta usted?

*Paciente:* Sí. Y Lisa siempre me reprende por agobiarla con detalles y explicaciones.

La alianza continúa mejorando en tanto el terapeuta es capaz de empatizar con la increíble frustración del paciente: su sensación de estar atrapado y no poder escapar. La respuesta del paciente al comentario

empático del terapeuta acerca de estar atrapado en un envase es esclarecedora. El paciente propone la metáfora de estar encerrado en una habitación con muchas puertas y buscar interminablemente la puerta indicada.

Esta metáfora es muy coherente con el estilo general del paciente de esforzarse tanto por hacer que las cosas funcionen que irónicamente destruye lo que más desea. La intensidad de su anhelo de establecer relaciones interpersonales, y la creencia de que él no es lo bastante digno de tenerlas si se limita a *ser*, determinan el enorme empeño que pone en las relaciones. La paradoja es que lo que él más desea sólo puede provenir de una especie de dejarse llevar: del hecho de limitarse a *ser* en lugar de *tratar de ser*. Esta transcripción representa sólo el comienzo del proceso de cambio de este hombre. Metacomunicándose con él respecto de su estilo interpersonal y absteniéndose de participar en su ciclo cognitivo-interpersonal, a la vez que se procura llegar a una comprensión empática acertada de su esquema interpersonal disfuncional, se han iniciado los procesos de descentramiento y desmentido experiencial.

La siguiente transcripción ilustra el uso de un marcador interpersonal como coyuntura propicia para la exploración cognitivo/afectiva. Está extraída de una sesión posterior con el mismo paciente. Para el momento en que tiene lugar esta sesión, ya se ha producido cierta mejoría en la alianza terapéutica y ha aumentado la capacidad de autoexploración del paciente. Este acaba de responder a una retroalimentación del terapeuta con el mismo tipo de estilo analítico enrevesado que se ejemplificó en la anterior transcripción. Reconociendo que este estilo es un marcador interpersonal importante para el paciente, el terapeuta comienza a sondear lo que éste experimenta.

*Terapeuta:* ¿Tiene noción de lo que está sintiendo mientras me dice esto?

*Paciente:* Estoy en una actitud analítica, supongo.

*Terapeuta:* ¿Qué podría suceder si abandonara esa actitud analítica en este preciso instante?

*Paciente:* Pues... Cuando usted hizo ese comentario, creo que me

sentí un poco decepcionado. Pero no agredido, ni nada semejante. Quiero decir, usted me está transmitiendo sus impresiones y yo estoy respondiendo... Es una especie de conversación de réplicas y contrarréplicas la que estamos teniendo. Yo estoy dispuesto a escucharle y no estoy respondiendo con una actitud negativa, aparte de un estado de ánimo de decepción, tal vez... Pero no, no es como decir: "No quiero escuchar lo que usted dice porque no me está diciendo cosas importantes", ni nada por el estilo.

*Terapeuta:* ¿Y si así fuera? Usted me asegura que "no me estoy sintiendo agredido, no estoy muy afectado por esto". ¿Y si lo estuviera?

*Paciente:* Bueno, probablemente le respondería de un modo mucho más fuerte, es decir, mucho más extremo. Podría quedarme callado, ponerme muy nervioso o [*se ríe*] lo que fuera. Tal vez me pusiera a pensar: "¿Qué estoy haciendo aquí?". Yo no siento..., me siento cómodo, sabe. En términos generales, siento un alto grado de comodidad.

En respuesta al sondeo del terapeuta, el paciente comienza a revelar algunos sentimientos negativos. Pero al mismo tiempo, se apresura a asegurarle que sus sentimientos no son tan intensos, y que se siente cómodo.

*Terapeuta:* ¿Tiene alguna objeción en cuanto a experimentar sentimientos fuertes... aquí, conmigo? Quiero decir, sentimientos negativos fuertes.

*Paciente:* Probablemente. Este... No es algo que yo busque y... [*pausa*], creo que..., este... Me asusta un poco pensar en eso, pero si..., es decir, si usted tomara una actitud muy personal para atacarme o algo así, pues yo, realmente, me angustiaría [*en voz muy baja*]. O si sintiera que era un ataque personal o algo por el estilo [*en voz casi inaudible*] me pondría ansioso.

Al notar la persistente y nada convincente negación por parte del paciente de cualquier sentimiento negativo fuerte, el terapeuta sondea

posibles actitudes disfuncionales que prohíban esos sentimientos (“¿Tiene alguna objeción en cuanto a experimentar sentimientos fuertes aquí, conmigo?”). El cambio resultante en el tono de voz del paciente sugiere que el sondeo ha facilitado un contacto experiencialmente real tanto con el temor que prohíbe la expresión de sentimientos negativos (“Me asusta un poco pensar en eso”) como con los sentimientos de base (“Me pondría ansioso”).

*Terapeuta:* Ajá. ¿Qué le está pasando en este momento?

*Paciente:* Ah, sólo estaba..., pensando en la posibilidad de reaccionar con más fuerza, y realmente me desagradaba pensar en eso, sabe, es decir, no tengo ningún anhelo de reaccionar así [*se ríe*].

*Terapeuta:* ¿Qué es lo que le parece tan desagradable de esa posibilidad?

*Paciente:* Pues, significa algo así como descontrol, y... Y yo me he estado sintiendo de muy buen humor y no deseo alterar eso.

*Terapeuta:* ¿Estar fuera de control implica algo?

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* ¿Puede imaginarse qué sucedería si usted perdiera el control mientras está aquí?

*Paciente:* Bueno, le puedo decir lo que siento cuando estoy... cuando estoy en esa situación con Lisa y, este..., de modo que voy a suponer que sería muy similar aquí. Me sentiría [*pausa*] como [*en voz más baja*] que no valgo nada, o que no se me aprecia o, es decir, y eso me hace sentirme, pues, realmente decepcionado conmigo mismo, frustrado, o realmente enojado, ¿sabe? A veces tengo una gran sensación de futilidad. De modo que mi reacción a eso es..., sencillamente que “me quiero ir de aquí”. Quiero aclarar todo esto. Estoy, sabe usted, embrollado en este lío y no puedo, no puedo controlarlo.

*Terapeuta:* Entonces, usted simplemente...

*Paciente:* Entonces me doy media vuelta y me voy algunas veces..., muchas veces, con Lisa.

*Terapeuta:* Ajá. De modo que si empieza a sentir emociones fuertes, si empieza a perder el control, sólo quiere escapar de eso.

*Paciente:* Una de las cosas que hago es escapar. Otra cosa que hago, otras veces, es que me pongo a gritar y vociferar. Y suelto una andanada de cosas... De cómo me siento, lo que eso me está haciendo, lo que creo que está pasando, lo que pienso de la otra persona y demás. Todo tipo de cosas como ésas. Es una gran hemorragia de palabras, y...

*Terapeuta:* ¿Y después siente que usted no vale nada..., en esas ocasiones?

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* Bien, ahora volvamos con esto a la situación de aquí. Imagínese que perdiera el control conmigo; ¿qué sucedería?

*Paciente:* Bueno [*suspira*], sería bastante malo. Sí, yo me decepcionaría de mí mismo. Tendría, este, es decir, al principio tendría esos sentimientos de cólera y tal vez de confusión y..., como de incapacidad de captar lo que está sucediendo y ese tipo de cosas. Y ninguna sensación de apoyo, en absoluto..., y probablemente me iría. Probablemente diría: “En realidad no veo de qué sirve hacer esto ahora”. Podría desligarme y decir, sabe usted: “Le llamaré más adelante” o algo así... Si lograra calmarme, tal vez le diría: “Está bien, hagamos una pausa de unos cinco minutos ahora” o algo por el estilo. Si estuviera demasiado ansioso como para hacer siquiera eso, le diría: “Me tengo que ir” y nada más...

*Terapeuta:* Está bien; así que parece que para usted sería bastante catastrófico, ¿no es así?

*Paciente:* Sí, sí.

*Terapeuta:* Parece tan, tan catastrófico, que usted no podría seguir conmigo...

*Paciente:* Así es.

*Terapeuta:* Si no sintiera que tiene el control de sí mismo.

*Paciente:* Sin duda alguna [*pausa*].

*Terapeuta:* De modo que no es de extrañar que pudiera responder de una forma más analítica.

*Paciente:* Exactamente.

En este fragmento el paciente explora más profundamente su temor a expresar sentimientos negativos. Diversos marcadores no verbales (risas, tono de voz más bajo) continúan indicando la ansiedad que le provoca el tema y el hecho de que ésta es una exploración experiencialmente real, y no intelectualizada. El paciente establece de forma espontánea un nexo con su experiencia con la novia, Lisa. Sus expresivas palabras ("me pongo a bramar y vociferar") revelan su disgusto consigo mismo cuando se siente fuera de control. Cuando el terapeuta vuelve a centrarse en el aquí y ahora de la relación terapéutica, el paciente logra explicar en mayor detalle que antes la índole de su incomodidad frente a la perspectiva de perder el control y expresar sentimientos negativos frente al terapeuta.

Si bien el carácter preciso del esquema interpersonal del paciente requerirá un mayor esclarecimiento, este proceso exploratorio ha sido un importante comienzo. También ha ayudado al paciente a comenzar a explorar los sentimientos negativos que ha estado evitando por temor a las consecuencias. Esto, a su vez, facilitará el proceso del desmentido experiencial.



## Capítulo 8

### ACCESO A INFORMACION SOBRE DISPOSICION A LA ACCION

#### EL ROL DE LA EMPATIA

El proceso de reconocer información relativa a la emoción o a la disposición a la acción está mediado por el contexto interpersonal en el que tiene lugar. Por lo tanto, si los pacientes se sienten aceptados por el terapeuta, pueden comenzar a reconocer disposiciones a la acción y a explorar experiencias interiores que tal vez no hayan procesado del todo previamente. Por otra parte, toda vez que un paciente toma contacto con sentimientos hasta entonces no totalmente procesados, la reacción que percibe en el terapeuta es un factor crucial para determinar si esa experiencia será o no terapéutica. Por ejemplo, si un paciente empieza a manifestar sentimientos de cólera hacia el terapeuta, una reacción hostil o defensiva por parte de éste podría confirmar la creencia disfuncional de que experimentar cólera es peligroso. En respuesta a un paciente que empieza a advertir sentimientos de tristeza antes no reconocidos, un intento del terapeuta de disipar la tristeza haciendo una reevaluación racional de la situación podría no servir sino para confirmar la creencia del paciente de que la tristeza es inaceptable. Por el contrario, una respuesta de aceptación y empatía puede tener el efecto de cuestionar las creencias disfuncionales del paciente sobre sus emociones y de ayudarlo a estar más atento a su experiencia interna. La receptividad del terapeuta facilitará el procesamiento de información internamente generada, lo que conducirá entonces a un cambio en el sentido de sí mismo del paciente.

Como hemos comentado antes, debido a que algunas experiencias

internas representan una amenaza a las relaciones interpersonales, los pacientes pueden negar o distorsionar partes de esas experiencias, que pasan entonces a convertirse, en términos de Sullivan (1953), en el "no yo".

Según sugiere el trabajo de Stern (1985) sobre la concordancia del afecto, el "no yo" se establece no sólo por la vía de negar la experiencia interna precipitada por la ansiedad, sino también por la de omitir expresar plenamente ciertos aspectos de la experiencia interna debido a la falta de empatía hacia esas experiencias por parte de otras personas significativas en la infancia. Por este motivo, las experiencias internas que han llevado a la desintegración de relaciones interpersonales, o no han sido objeto de una adecuada empatía por parte de otras personas significativas en el pasado evolutivo del individuo, podrían no llegar a expresarse nunca plenamente. La capacidad del terapeuta de empatizar acertadamente con las experiencias internas de los pacientes, en consecuencia, puede jugar un rol sumamente importante en cuanto a ayudarles a adquirir una mayor comprensión de sus experiencias internas y de quiénes son ellos realmente, en vez de quiénes deberían ser. Con una empatía adecuada y aceptando las experiencias internas de los pacientes, el terapeuta puede suministrar uno de los cuestionamientos más poderosos a las creencias disfuncionales del paciente con respecto a quién debe ser él para mantenerse relacionado con otras personas. La verdadera empatía hace algo más que proporcionar la condición previa necesaria para una intervención cognitiva eficaz: en y por sí misma, puede ser uno de los medios más poderosos de cuestionar los esquemas interpersonales disfuncionales de los pacientes.

#### LA EXPLORACION DE ACTITUDES QUE IMPIDEN LA EXPERIENCIA EMOCIONAL

Cuando el terapeuta decide explorar y cuestionar explícitamente las actitudes del paciente que gobiernan su expresión emocional, lo mejor es que lo haga con aceptación y amabilidad, poniendo el acento en *descubrir*, de un modo emocionalmente inmediato, los obstáculos que le impiden al paciente experimentar y expresar la emoción explorada, en lugar

de instigarle a que la exprese. La expresión de la emoción no es un fin en sí misma (Greenberg y Safran, 1987). Más importante es que los pacientes tengan una experiencia directa de cómo obstruyen la emoción, y luego comiencen a optar por advertir y expresar esos sentimientos sólo cuando se sienten lo bastante confiados como para asumir el consiguiente riesgo interpersonal (Safran y Greenberg, en prensa). Aunque los pacientes podrían, bajo la influencia del terapeuta, obligarse a sí mismos a expresar determinadas emociones, esto puede no ser terapéutico si lo hacen para complacer al terapeuta más que porque están dispuestos a correr el riesgo. Esto es una coacción y sólo servirá para reforzar las creencias disfuncionales, como que el paciente debe ser de determinada manera a efectos de mantener relaciones personales.

La siguiente transcripción ilustra el proceso de explorar actitudes disfuncionales y pensamientos automáticos que impiden experimentar determinadas emociones. La paciente en este caso tiene la creencia rígida de que ella siempre debe ser fuerte y que los sentimientos de vulnerabilidad son inaceptables. Como resultado, le resulta difícil tomar contacto con sus sentimientos de tristeza. Al iniciarse la transcripción, la paciente se está refiriendo a su relación con un hombre por el que siente un interés romántico.

*Paciente:* Lo conocí en el verano. Me llama por teléfono de vez en cuando. Un par de veces vino a verme y sé que está interesado en mí, pero todavía hay algo en su vida con..., usted sabe..., una novia. Así que está batallando con eso, supongo. O bien..., pues..., decidiendo si quiere o no cambiar de novia, o lo que sea.

*Terapeuta:* Parece ser una situación muy penosa.

*Paciente:* Sí. Lo es. Me mortifica mucho. La semana pasada, el viernes pasado, realmente me dolió. Yo había salido de compras. Es lo que hago para mantenerme ocupada. Voy de compras. Y volví a casa y estaba preparando la cena, y de pronto se me empezaron a caer las lágrimas. Allí estaba yo, ve usted, sola. Por lo general, no me gusta quedarme en casa los fines de semana, ni todos los días de la semana, pero... No lo hago muy seguido, pero igualmente me mortifica.

*Terapeuta:* Eso parece doloroso.

*Paciente:* Así es.

*Terapeuta:* Quedarse sola...

*Paciente:* Ajá.

*Terapeuta:* ¿Percibe algunos de esos sentimientos en este instante?

*Paciente:* Un poco. Es decir, no me gusta tener esos sentimientos.

Por eso me contengo..., porque es un sentimiento tan desagradable. Y tan difícil de superar. Sabe usted, empiezo por sentirme un poco abatida. Tengo que hacer un gran esfuerzo para recuperarme, y no puedo permitirme el lujo de hacer eso.

*Terapeuta:* ¿De modo que se contiene, dice usted?

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* ¿Se está conteniendo ahora?

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* ¿Cómo lo hace? ¿Cómo interrumpe ese sentimiento?

Cuando la paciente describe sus sentimientos de tristeza retrospectivamente el terapeuta de inmediato procura traer la situación al presente preguntándole si está teniendo acceso a los sentimientos en cuestión. Esta pregunta podría conducir a una exploración profunda y vívida del proceso interpretativo asociado con esos sentimientos. Cuando la paciente revela que tiene dificultades para permitirse experimentar estos sentimientos, el terapeuta comienza entonces a explorar el proceso por el cual la paciente los obstruye. Lo importante es *descubrir* de qué forma la paciente está obstruyendo sus sentimientos en ese instante, más que especular sobre sus razones para evitarlos.

*Paciente:* Me limito a poner fin a mis pensamientos. Dejo de pensar en eso.

*Terapeuta:* Ya veo. ¿Cómo lo hace? ¿Cómo les pone fin?

*Paciente:* No lo sé. Sencillamente, no pienso más en eso. Creo que me digo mentalmente: "No pienses en eso. Basta" Y eso hago.

*Terapeuta:* De manera que eso es lo que está haciendo en este momento. Los clausura, simplemente. ¿"No pienses en eso. Basta"?

*Paciente:* Así es. Creo que me obligo a pensar en otras cosas, como: "Bueno, hoy tengo que ir a trabajar y tengo que hacerlo bien y poner buena cara". Y, sabe usted, hay algo en mí que me dice: "Sé fuerte".

*Terapeuta:* "Sé fuerte. Domínate".

*Paciente:* Sí. "Sigue luchando." Eso.

*Terapeuta:* ¿"Sigue luchando"?

*Paciente:* Sí. Las famosas palabras de mi padre: "Sigue luchando. No tires la toalla".

*Terapeuta:* ¿Ah, sí?

*Paciente:* Ajá.

*Terapeuta:* De modo que usted siempre se está dominando. "No tires la toalla, sigue luchando."

*Paciente:* Sí. Me parece que a veces oigo a mi padre diciendo cosas como: "Oh, no tienes por qué preocuparte", "No dejes que eso te afecte" o...

*Terapeuta:* Ajá.

*Paciente:* Cosas por el estilo. O a mi tía, diciendo: "Pues, ¿por qué tienes que andar lloriqueando?". Usted sabe, cosas así. Y eso hace que me ponga a pensar: "Bueno, tal vez sólo esté sintiendo lástima por mí misma". Y "no puedo perder tiempo compadeciéndome de mí misma".

*Terapeuta:* Así que empieza a sentir ese dolor.

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* Y entonces aparece otra voz que le dice: "Estás sintiendo lástima por ti misma".

*Paciente:* Ajá.

*Terapeuta:* "Sigue luchando."

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* "Domínate."

*Paciente:* No sé si eso es sano o nocivo o qué, pero en cualquier caso, es lo que hago.

*Terapeuta:* Ya veo. ¿Y qué pasa en este momento? ¿Dónde se encuentra?

En respuesta al sondeo del terapeuta, la paciente logra expresar los pensamientos automáticos que están bloqueando sus sentimientos ("Sé fuerte." "Domínate." "Sigue luchando. "). La paciente reconoce espontáneamente que estas actitudes reflejan las creencias de ciertas personas importantes en su vida, como el padre y la tía. Hacia el final del fragmento, la paciente parece estarse distanciando de su experiencia al reflexionar sobre ésta y preguntarse si "es sano o nocivo o qué". El terapeuta interviene volviéndose a centrar en la experiencia presente de la paciente, preguntándole dónde se encuentra "en este momento".

*Paciente:* Creo que estoy en el medio.

*Terapeuta:* ¿En el medio?

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* Descríbame eso. Lo de estar en el medio en este momento.

*Paciente:* Siento... como una tristeza. Pero no quiero demostrarlo. Sabe usted, es apenas..., apenas suficiente para hacerme sentir algo, pero no lo suficiente como para abatirme.

*Terapeuta:* Está bien. ¿Así que dice que siente tristeza y no quiere demostrarlo?

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* Bien. ¿Por qué se opone a demostrarlo?

*Paciente:* Bueno, es como dice mi hermana, "no queda bien". Las apariencias, sabe.

*Terapeuta:* ¿No quedaría bien?

*Paciente:* No queda bien. Pone incómodos a los demás. No me hace sentir bien. Es igual que una situación negativa real. Hay que evitarla.

*Terapeuta:* Si usted me demostrara sus verdaderos sentimientos ahora mismo, ¿a mí no me caería bien?

*Paciente:* No. Y entonces yo tampoco me sentiría cómoda. Así que la razón es que no me hace sentir bien.

*Terapeuta:* Bien. ¿Está dispuesta a seguir explorando esto un poco más?

*Paciente:* Bueno, está bien [*dicho con vacilación*].

*Terapeuta:* No parece muy convencida.

*Paciente:* No, pero lo intentaré.

*Terapeuta:* Antes de que se lance a hacer algo..., ¿cuál es su duda?

*Paciente:* Cómo me voy a sentir. Cómo me va a afectar. Creo que me estoy protegiendo.

*Terapeuta:* Está bien. Eso parece razonable..., que se proteja. O sea, su inquietud es que si lo explora más a fondo, ¿qué puede suceder? Usted dice: "Cómo me voy a sentir"...

*Paciente:* Podría hacer aflorar sentimientos con los que no quiero enfrentarme. No quiero sentirlos, no quiero enfrentarme. No lo sé. Y no sé si estoy..., es decir... A veces me pregunto: "¿Estoy preparada para eso?" O tengo que encontrarme en el estado de ánimo apropiado.

*Terapeuta:* Pues entonces es importante, creo, hacer una pausa aquí y no precipitarnos. Para respetar realmente el punto en que está usted. Está diciendo: "No estoy segura de estar preparada para seguir explorando esto".

*Paciente:* Así es.

*Terapeuta:* "Podrían aflorar algunos sentimientos que no estoy preparada para controlar en este momento. Y prefiero protegerme."

La paciente revela nuevos temores relacionados con el reconocimiento de su tristeza ("No queda bien"). El terapeuta procura que la exploración se mantenga centrada en la situación interpersonal actual. ("Si usted me demostrara sus verdaderos sentimientos ahora mismo, ¿a mí no me caería bien?"). El propósito permanente es alentar a la paciente a tomar una decisión activa respecto de si desea seguir explorando, y no empujarla a hacerlo. Cuando el terapeuta advierte cierta vacilación en su voz, la explora en lugar de pasarla por alto. En vez de presionar a la paciente, el terapeuta respeta también su deseo expreso de protegerse. Se parte de la premisa de que sólo así podrá la paciente empezar a sentir que tiene el control y podrá decidirse a transmitir o no sus sentimientos, según cómo evalúe la situación.

## DUPLICIDAD EN LA COMUNICACION Y RESPONSABILIDAD

Como se mencionó en el capítulo 4, los terapeutas cognitivos tradicionalmente han rechazado el concepto psicodinámico de la experiencia repudiada, un concepto que ha resultado particularmente problemático por estar asociado con uno de los temas más espinosos en el campo de la psicoterapia: el tema de la responsabilidad.

H. Kaiser (1965), en un importante artículo, trata alguno de los principales problemas relativos al tema de la responsabilidad de un modo particularmente apropiado a los fines de este trabajo. Como advierte Kaiser, los terapeutas suelen emplear el término "responsabilidad" de forma moralista, sin comprender su conexión conceptual con una teoría del cambio. No es infrecuente que los terapeutas culpen a los pacientes de no asumir la responsabilidad que les cabe cuando no están aprovechando la terapia. Pero, como señala Kaiser, culpar a los pacientes de no asumir la responsabilidad no sirve más que para darles a los terapeutas la ocasión de desahogar su propia frustración e irritación frente a los pacientes poco colaboradores.

Una comprensión conceptual más profunda de la responsabilidad en el contexto de la terapia, en cambio, puede capacitar al terapeuta para ayudar al paciente que no está asumiendo su responsabilidad. Como lo expresa Kaiser, no asumir la responsabilidad significa que uno no avala sus propios actos. El individuo que habla de forma colérica pero no reconoce estar enojado, o que se presenta de un modo que incita a que los demás le protejan, pero que no reconoce el deseo de ser protegido, está empleando lo que Kaiser (1965) llama una comunicación tramposa [*duplicitous communication*]. La comunicación es tramposa porque hay una incongruencia entre el significado de la comunicación que reconoce el paciente y el efecto que esa comunicación tiene en los demás. Es evidente que hay algo que no va. El paciente está perpetuando ciclos interpersonales repetitivos y desadaptados con los demás al incurrir, sin darse cuenta, en conductas o comunicaciones que suscitan respuestas complementarias y confirmatorias.

Una perspectiva convergente es la que propone R. Schafer (1983), quien considera la emoción como una clase de acción, y conceptualiza el

hecho de no reconocer intenciones y deseos que están siendo expresados en forma no verbal como un repudio de las propias acciones. Según se comentó en el capítulo 4, los procesos psicológicos a través de los cuales se produce este repudio son explicados por la teoría y la investigación contemporáneas sobre la emoción en psicoterapia. Como señalan Greenberg y Safran (1987) y Safran y Greenberg (1988), las perspectivas contemporáneas del afecto presentan a la emoción como una forma de información sobre el sí-mismo en interacción con el entorno. Toda emoción tiene un importante componente expresivo-motor que puede entenderse como una disposición a actuar de una determinada manera (Arnold, 1970; Izard, 1977; Plutchik, 1980; Tomkins, 1963).

Por consiguiente, un individuo cuyo esquema interpersonal restringe la gama de sentimientos y acciones aceptables puede tener dificultades para sintetizar información expresivo-motriz congruente con emociones que son incongruentes con el "yo bueno", según el encuadre de Sullivan, por lo que podría incurrir en un tipo de comunicación incongruente. Otras personas pueden entonces responder a un mensaje o intención que ese individuo comunica de forma no verbal, pero del que no tiene plena conciencia.

El proceso de asumir la responsabilidad implica que el individuo descubra el efecto interpersonal de sus comunicaciones no verbales y llegue a experimentarse a sí mismo como autor de esas comunicaciones. Cuando el individuo comienza a "admitir" sus propias acciones y comunicaciones, los ciclos interpersonales desadaptados y autodestructivos en los que está inevitablemente atrapado se van aclarando gradualmente. El individuo adquiere cierto control y puede ahora optar por actuar, en lugar de experimentar la vida como una víctima. El proceso de reconocer disposiciones a la acción antes negadas, en consecuencia, puede ser fundamental tanto para cuestionar la tan constreñida noción de sí mismo que tiene el individuo, como para modificar la comunicación tramposa que suscita respuestas negativas inesperadas por parte de otras personas.

A medida que los pacientes desarrollan esquemas interpersonales más flexibles y comienzan a procesar información afectiva de forma más plena, sus conductas verbales y no verbales se vuelven más congruentes y la comunicación tramposa disminuye. Los individuos toman más con-

ciencia de sus patrones interpersonales disfuncionales y pueden hacerse más responsables de ellos. Por ejemplo, un paciente con una autodefinición rígida por la que se ve como alguien permanentemente complaciente comenzará a cambiar ese sentido de sí mismo a medida que detecte sus sentimientos de cólera y empiece a procesarlos más plenamente. Un paciente que se autodefine como alguien que siempre es fuerte o mantiene el control comenzará a ampliar ese autoconcepto incluyendo la vulnerabilidad a medida que tenga acceso a sus sentimientos de tristeza.

Esta mayor conciencia del individuo de sus propias aportaciones a las interacciones promueve una sensación de poder que reemplaza a la de desvalimiento. Además, a medida que el individuo se vuelve más consciente de sus propios sentimientos y menos temeroso del riesgo de las acciones asociadas con éstos, es más capaz de lograr que sus necesidades sean satisfechas de forma directa en vez de indirectamente.

La siguiente transcripción ilustra el proceso de asumir la propia responsabilidad a través de la toma de contacto con sentimientos previamente no reconocidos respecto de la interacción con el terapeuta. El estilo de la paciente consiste en cumplir superficialmente las peticiones de otras personas y luego actuar de un modo que obstruye el verdadero cumplimiento de la tarea. Esto le crea problemas en su relación con los demás y también interfiere en el progreso de la terapia.

Como la paciente cree no tener otra opción más que acatar lo que le indica el terapeuta, a menudo lleva a cabo las tareas terapéuticas con una actitud de mala voluntad que menoscaba la utilidad de esas tareas. En este caso, por lo tanto, el proceso de asumir la responsabilidad implica que la paciente llegue a reconocer y expresar cualquier sentimiento negativo que tenga con respecto a las indicaciones del terapeuta. Sólo después de reconocer y aceptar verdaderamente la posición en que se encuentra *ahora* en su relación con el terapeuta, le será posible seguir adelante.

En esta sesión, la paciente se había estado lamentando acerca de una reciente interacción con su tía en la que ella se sintió criticada. Para ayudar a revelar los procesos cognitivos pertinentes, el terapeuta estaba empleando el método de las dos sillas de la terapia gestáltica (se le indicó a la paciente que representara alternativamente el papel de su tía, en

una silla, y el de ella misma, en la otra). Al comenzar la transcripción, el terapeuta le pide que pase a la segunda silla.

*Terapeuta:* ¿Quiere cambiarse a la otra silla, por favor?

*Paciente:* [Con una sonrisita y en tono humorístico.] ¿No me puedo quedar en la misma silla?

*Terapeuta:* Esa pregunta, ¿la hace en serio o...?

*Paciente:* Sí, de acá para allá, de allá para acá, sí. Yo se lo puedo contar, usted puede hacerme preguntas.

*Terapeuta:* Ajá. ¿De modo que no le gusta la idea de pasar de una silla a la otra?

*Paciente:* No, en realidad no me gusta.

*Terapeuta:* ¿Qué objeción tiene al respecto?

*Paciente:* Lo de ir de acá para allá. Creo que eso me cambia las cosas.

*Terapeuta:* Ajá.

*Paciente:* Me parece que interrumpe lo que estoy pensando. Y en lo que respecta a imaginar a otra persona sentada allí..., quiero decir..., tal vez mi imaginación no sirva para eso.

*Terapeuta:* Ya veo. ¿Así que hay algo difícil en esto?

*Paciente:* No es que sea difícil, pero no sé. Es que no me hace sentir bien, de alguna manera.

*Terapeuta:* Ajá. ¿Puede decir —porque es importante—, puede decirme algo más que no le guste?

La paciente simultáneamente expresa su objeción al ejercicio y contrarresta la seriedad del mensaje sonriendo y hablando en tono humorístico. Se podría formular la hipótesis de que la función de su conducta no verbal en esta instancia es la de minimizar el riesgo de ofender al terapeuta. Esta clase de conducta no verbal es probablemente autofrustrante, porque incrementa la posibilidad de que los demás no tomen en serio a la paciente y en consecuencia la empujen a hacer cosas contra su voluntad. El terapeuta, no obstante, inicia un sondeo a los efectos de aclarar la objeción de la paciente al ejercicio.

*Paciente:* Eso de ir de acá para allá y, como le dije, que me interrumpe el hilo de los pensamientos. Y lo de tener que imaginarme a otra persona sentada allí, que no puedo, porque lo único que veo es una silla vacía.

*Terapeuta:* Ajá.

*Paciente:* Por más que trate, sólo veo una silla vacía y no a la otra persona.

*Terapeuta:* Bueno. Pues bien, yo lo considero un medio útil para ayudar a ver las cosas de una forma..., para ayudar a ver las cosas de una nueva forma.

*Paciente:* Ajá.

*Terapeuta:* A mi entender, hay algo al respecto que hace que las cosas cambien para usted, o que no le parece del todo bien. ¿Está dispuesta a intentarlo, aunque no le parezca del todo bien?

*Paciente:* Sí, claro, lo haré. Quiero decir que soy complaciente (*serie*). Sí.

*Terapeuta:* Ajá. Sí. ¿Qué es...?

*Paciente:* Porque siempre cedo, siempre cedo y digo: "Sí, está bien, lo haré". Parece que no importa lo que yo diga..., siempre me pueden decir: "Esto es lo mejor para ti. Así es como debes hacerlo", y yo digo: "Bueno", en lugar de discutir y tal vez salir perdiendo. "Está bien, lo haré de ese modo, voy a hacer la prueba". Porque es algo nuevo para mí, y todo lo demás, así que...

*Terapeuta:* De modo que esto..., no es infrecuente que le suceda esto..., que usted quiera hacer las cosas de una manera, y otra persona quiera que las haga de otro modo...

*Paciente:* Sí.

La paciente demuestra tener algunas dificultades con el ejercicio y cierta reticencia para llevarlo a cabo. En este momento, el terapeuta podría dar marcha atrás. Pero todavía no se ha aclarado del todo la índole de la resistencia de la paciente frente a la tarea. Tal vez se sienta forzada y poco natural al hacer el ejercicio. Tal vez esté resentida con el terapeuta por empujarla a hacer algo que la pone incómoda. El terapeuta, en consecuencia, la alienta a experimentar con la tarea en la esperanza de

que esto sirva para poner en evidencia el verdadero problema. La paciente accede a hacer la prueba, pero en ese momento el terapeuta percibe un extraño tono de capitulación en su voz. Ahora la exploración de la transacción entre el terapeuta y la paciente adquiere prioridad frente a cualquier intento de hacer que la paciente realice la tarea según se planteó inicialmente.

*Terapeuta:* ¿Y entonces usted termina por ceder?

*Paciente:* Sí, y digo: "Está bien, lo haremos a tu manera". Y entonces, si me sale bien, tanto mejor, ¿sabe? Porque no quiero parecer... Como ponerme a discutir, o cerrar los ojos a algo que podría servirme, ¿sabe? Sólo porque no lo sé, quiero decir, es evidente que no lo sé todo, así que estoy dispuesta a hacer la prueba, y entonces si hago la prueba y después resulta que no me sale bien, le digo a la otra persona: "Bueno, no lo voy a hacer así, eso es todo. Probé a hacerlo a tu modo y no me dio resultado, así que ¡muchas gracias!". Pero es cierto que tiendo a ceder. Y a decir: "Bueno, de acuerdo". Sabe usted, en cuanto hay un poco de discusión sobre alguna cosa, yo digo: "Está bien".

*Terapeuta:* Ajá.

*Paciente:* En vez de meterme en una gran discusión y todo lo demás, me limito a decir: "Está bien, lo haré para darte el gusto, lo haré".

*Terapeuta:* ¿Cuál es el riesgo de meterse en una gran discusión?

*Paciente:* Tal vez el de terminar peleándose y..., pues..., sentirse mal.

*Terapeuta:* Ajá.

*Paciente:* Podría quedarle a uno en la cabeza por mucho tiempo. La gente se guarda cosas y luego las usa contra uno más adelante. Ya sabe...: lo de que "no cooperas", "tienes una actitud negativa" y toda esa cháchara.

En respuesta al sondeo del terapeuta, la paciente comienza a explorar su estilo característico de capitular frente a la gente para evitar parecer polemista. Cuando el terapeuta sondea más a fondo a efectos de explorar

las expectativas o temores disfuncionales que dan pie a su actitud sumisa, la paciente expresa un temor general a que la gente crea que es poco cooperativa.

En el siguiente fragmento, el terapeuta comienza a tratar de explorar los sentimientos y creencias de la paciente de un modo emocionalmente inmediato, situando la exploración en el aquí y ahora de la relación terapéutica.

*Terapeuta:* ¿De modo que yo podría pensar que usted no coopera y tiene una actitud negativa?

*Paciente:* Pues..., yo no diría que usted necesariamente... No en esta situación, pero..., sabe..., en otras situaciones, sí.

*Terapeuta:* La gente, en general.

*Paciente:* Sí, así es.

*Terapeuta:* ¿Y en esta situación?

*Paciente:* No creo que usted lo pensara. Quiero decir, usted es terapeuta. No creo que esté aquí para formular juicios.

*Terapeuta:* Entonces, ¿cuál es el riesgo de meterse en una gran discusión?

*Paciente:* No lo sé. Supongo que son viejos trucos. No lo sé.

*Terapeuta:* ¿Está diciendo que es una costumbre suya, en cierta forma?

*Paciente:* Sí, supongo que lo es. Es una costumbre, sí.

*Terapeuta:* ¿Qué efecto le produce, es decir, cómo es esa experiencia, cuando usted de alguna manera cede y dice: "Está bien, lo haremos a tu modo"?

*Paciente:* Es como arrancarme un pedazo... Como..., que no valgo nada, no sirvo para nada, y que lo que yo diga no importa. Nunca es lo correcto. Es como si yo fuera estúpida.

*Terapeuta:* Eso no suena muy agradable.

*Paciente:* No, no lo es. No lo es. Pero cuando las cosas no salen bien entonces puedo obtener una victoria y decirle a la otra persona: "¿Ves? Yo ya te había dicho que no era una buena idea", o algo así, y siento que "bueno, ahora gané un punto de este modo, siguiéndole la corriente al otro y haciéndole saber luego que no dio resultado".

*Terapeuta:* Así que parece que el único modo de lograr una victoria y ganar un punto, de conservar cierta integridad, es seguir la corriente y probar que la otra persona estaba equivocada de alguna manera.

*Paciente:* Sí. Y si resulta que el otro tenía razón, pues, tanto mejor. En ese caso yo me beneficio y la otra persona también. Pero si no resulta así, entonces yo salgo bien librada, pues es como..., que para qué armar una gran discusión al respecto... No había por qué pelear de entrada y eso le demostró a la otra persona, probablemente de un modo amable, además, que no siempre tiene la razón... Que tal vez le convendría escuchar el punto de vista del otro, para variar.

Aquí la paciente comienza por negar que sus expectativas respecto de ser juzgada o condenada por plantear sus opiniones con firmeza se correspondan con la situación presente, aunque el incidente se inició con su capitulación frente al terapeuta. Esta negación podría verse como un medio de evitar el aquí y ahora de la relación terapéutica debido a que le está provocando demasiada ansiedad. Paradójicamente, se necesita tener cierta sensación de seguridad antes de poder admitir que se es vulnerable. La negación de la paciente también podría estar reflejando una división entre lo que ella sabe intelectualmente y lo que sabe emocionalmente.

Un punto particularmente importante es que el terapeuta elude entrar en un círculo vicioso de acusaciones y negaciones, en una lucha que podría perpetuar precisamente el tipo de ciclo interpersonal que el terapeuta está explorando, es decir, la sensación de la paciente de que debe obedecer para evitar un enfrentamiento. Esto ilustra la necesidad de mantener una constante vigilancia para evitar volver a engancharse en el viejo ciclo a un nuevo nivel. En vez de ello, el terapeuta toma otro camino y procede a explorar los sentimientos resultantes de la obediencia de la paciente. Esta exploración le provoca a ésta algunos sentimientos y pensamientos vívidos y punzantes ("Es como arrancarme un pedazo... Como..., que no valgo, que no sirvo para nada y lo que yo diga no importa").

Con la aparición de esos sentimientos, la paciente al parecer acepta

ser responsable de su intento indirecto de mostrar firmeza de carácter ("Pero cuando las cosas no salen bien, entonces puedo obtener una victoria y decirle a la otra persona: '¿Ves? Yo ya te había dicho que no era una buena idea'.") Esta es una transición crítica en el proceso terapéutico: la paciente comienza a admitir una acción suya previamente negada. El terapeuta procura facilitar el reconocimiento de una disposición a la acción, que la paciente podría interpretar como inaceptable, transmitiéndole su comprensión de que por el momento es el único modo de que ella dispone para conservar su integridad.

*Terapeuta:* De modo que si no resulta...

*Paciente:* Pues si no resulta..., yo no lo discutí y no me tildarán de ser poco colaboradora, pero la otra persona verá que mi opinión también vale.

*Terapeuta:* Ya veo. Así que usted puede decir: "Te lo dije", de algún modo.

*Paciente:* Sí, mentalmente. No se lo diría al otro de palabra pero..., lo pensaría. "Te lo dije. Si me hubieras escuchado, o si no hubieras estado tan seguro, tan empeñado en salirte con la tuya... Pues..., quizá las cosas habrían sido diferentes."

*Terapeuta:* Sí, no diría en voz alta lo que está pensando.

*Paciente:* No.

*Terapeuta:* ¿Sino mentalmente?

*Paciente:* Ajá.

*Terapeuta:* Le demostraría a la otra persona que usted está dispuesta a cooperar y al final tendría la satisfacción de poder pensar: "Te lo dije", y en cierto sentido: "Yo tenía razón".

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* Eso sería importante, creo, después de haber sentido como... que le arrancan otro pedazo, cuando accede a hacer algo.

*Paciente:* Sí. Muchos menosprecian mis opiniones y, sí, una cantidad de personas con la que tengo que tratar, como los supervisores y demás..., pues..., una les hace una sugerencia y ellos: "¡Ah, no! No podemos hacer eso. ¡Jamás daría resultado!". Y dos o tres

meses más tarde, otra persona sugiere lo mismo, otra persona que a ellos les cae mejor, que conocen desde hace más tiempo o lo que sea, y entonces..., a mí me ha sucedido. Otro proponía una idea en una reunión y el supervisor decía: "¡Qué idea tan maravillosa!". Y me habría gustado oírle decir a la otra persona: "Bueno, originalmente fue idea de Cristina, ella la propuso..., sabe..., hace unos meses". Y me gustaría ver qué cara ponían después de eso, como diciendo: "¡Ay, metí la pata!". Y yo podría descansar y decir: "Ahora sé que lo que yo había pensado no era una locura".

La paciente sigue reconociendo la satisfacción y la sensación de reafirmación que experimenta si las cosas no salen bien. Una vez más, el terapeuta conecta con su experiencia de perder una parte de sí misma a efectos de validar un intento suyo de conservar su integridad, y así la paciente puede comenzar a reconocer todo intento indirecto por su parte de sabotear las cosas como un modo de conseguirlo.

*Terapeuta:* Muy bien; ¿podemos volver a nuestra situación por un instante?

*Paciente:* Bueno.

*Terapeuta:* Ahora yo le estoy pidiendo que haga algo.

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* Usted no tiene ganas de hacerlo, por diversas razones, ¿no es así? Y entonces yo le digo: "Bien, ¿podría hacerlo, de todos modos?". Y usted me contesta: "Bueno, está bien, lo haré".

*Paciente:* Porque no quiero que usted piense que no colaboro.

*Terapeuta:* ¿Y puede percibir lo que le está pasando por dentro mientras esto sucede?

*Paciente:* Pues, una parte de mí desea que las cosas salgan bien, y otra parte de mí está deseando que salgan mal.

El terapeuta procura ahora volver la atención hacia la situación interpersonal presente. Explorar el estilo interpersonal de la paciente en tér-

minos generales podría ser útil, pero es particularmente importante reconocer directamente su acción antes negada con el terapeuta, porque este proceso le permitirá poner a prueba la expectativa disfuncional en su interacción con el terapeuta, la creencia de que hacer valer su opinión de un modo *directo*, en vez de indirecto, tendrá consecuencias negativas. El hecho de que la paciente es *ahora* capaz de explorar sus sentimientos en la interacción presente indica que la postura del terapeuta ha sido lo bastante generadora de apoyo (es decir, lo bastante cuestionadora del esquema interpersonal disfuncional de la paciente) como para permitirle arriesgarse más. En respuesta al sondeo del terapeuta, la paciente es ahora capaz de reconocer sus deseos contradictorios: que la intervención del terapeuta dé resultado y que no dé resultado. Esto es un paso crucial en el proceso de asumir la responsabilidad por sus acciones. En sesiones futuras, la percepción que tenga la paciente de si la respuesta del terapeuta es coherente con el esquema o incoherente con el esquema será un factor decisivo para determinar si ella puede o no continuar el proceso de reconocer sus disposiciones a la acción negadas.

La paciente ha asumido ahora la responsabilidad correspondiente a su posición presente. Este proceso implica un reconocimiento pleno de sus sentimientos contradictorios respecto de la tarea, en lugar de una decisión a regañadientes y cumplir la tarea independientemente de cómo se sienta.

## Capítulo 9

### ASPECTOS CLINICOS GENERALES

#### MANTENER UN OBJETIVO TERAPEUTICO

En las formas de terapia más estructuradas, el terapeuta actúa expresamente para mantener un objetivo terapéutico elaborando un plan de trabajo en colaboración con el paciente y estructurando las sesiones de manera que se cubra el plan (Beck, Rush y otros, 1979). En un enfoque de la terapia cognitiva más orientado al proceso, como el que hemos descrito, no siempre es posible estructurar las sesiones por adelantado. Es esencial, sin embargo, mantener un objetivo terapéutico, particularmente en la terapia a corto plazo, en la que hay poco tiempo para desperdiciar sesiones, pero también en la terapia a largo plazo, pues el hecho de no mantener un objetivo terapéutico apropiado puede hacer que las sesiones carezcan de dirección y terminen por desmoralizar al paciente.

Reseñaremos ahora una serie de consignas para mantener el objetivo terapéutico que han sido expuestas en este libro. En primer lugar, como señalan diversos teóricos psicodinámicos (por ejemplo, Mann, 1973; Luborsky, 1984; Strupp y Binder, 1984), la determinación de lo que Strupp y Binder han denominado el "objetivo dinámico", o lo que Luborsky llama la "relación conflictiva central", es un factor vital para guiar el objetivo de las sesiones. Pero también es importante que el terapeuta no se deje cegar por sus preconcepciones sobre el modelo operativo interno del paciente y que perfeccione constantemente su formulación. Las formulaciones del modelo operativo interno del paciente no deberían ser algo inexorable, como la cama de Procusto; deben funcionar como

una de las piezas de la información de base que el terapeuta tiene en cuenta implícitamente al evaluar la interacción en curso.

En segundo lugar, el terapeuta debe efectuar una continua evaluación de lo que sucede en la interacción terapéutica y preguntarse constantemente: ¿cuáles son mis sentimientos hacia mi paciente?, ¿qué está experimentando internamente el paciente?, ¿qué tipo de efecto está tratando de ejercer sobre mí?

En tercer lugar, el terapeuta debe evaluar a cada momento lo que es emocionalmente inmediato y experiencialmente real para el paciente. El cambio tiene más probabilidades de producirse cuando éste está procesando experiencias de un modo emocionalmente inmediato. Además, la emoción es un indicador de los hechos y experiencias que son subjetivamente significativos. El terapeuta, por lo tanto, debe estar siempre rastreando la conducta no verbal del paciente en busca de indicios de emotividad, tales como cambios en el tono de voz o la expresión corporal.

El terapeuta debe rastrear continuamente si el paciente está procesando información en un nivel más abstracto e intelectual o en un nivel más experiencial. El concepto de *experienciación* (Klein, Mathieu-Coughlan y Kiesler, 1986), procedente de la tradición de la psicoterapia centrada en el cliente, es particularmente pertinente a estos efectos. Se ha demostrado actualmente que el hecho de procesar información en un nivel experiencial elevado se asocia con un buen resultado de la terapia en una diversidad de formas de psicoterapia (Klein y otros, 1986). El concepto de *experienciación* incluye dos componentes. El primero requiere que el paciente procese información poniéndose en contacto con sus experiencias y sentimientos interiores, más que analizándolos con objetividad intelectual. El segundo exige que se procese información considerando el problema tratado de un modo abierto y exploratorio en función de las proposiciones sobre el sí-mismo. Estos dos componentes deben combinarse. Es decir, si los pacientes están planteando cuestiones intelectuales sobre el sí-mismo que no suscitan experiencias ni sentimientos inmediatos, no estarán procesando información de un modo experiencial.

Si, en cambio, los pacientes procesan experiencias combinando estos componentes, tendrán la posibilidad de revisar sus creencias básicas respecto de sí mismos en interacción con los demás. Procesar la informa-

ción de un modo emocional implica que el individuo está en contacto con el verdadero significado que tienen los hechos para él porque, como señala Frijda (1988), las emociones reflejan los valores, las metas y las inquietudes del sistema en su totalidad.

Por último, el terapeuta debe tratar de incrementar la profundidad de la experiencia del paciente destacando y reflejando aquellos aspectos de una experiencia dada que son subjetivamente más importantes y significativos para el paciente. Las respuestas empáticas del terapeuta, por lo tanto, deben orientarse no sólo a hacerles saber a los pacientes que están siendo comprendidos, sino también a aguzar y destacar las experiencias de los pacientes, lo que significa que el terapeuta debe cuidar de seleccionar y reflejar sentimientos de modo tal que empatices de forma adecuada con los aspectos subjetivamente importantes de las comunicaciones de los pacientes (Rogers, 1961; Rice, 1974; Gendlin, 1981).

Teniendo en cuenta estas consignas, el terapeuta incrementará la posibilidad de mantener centrado el objetivo terapéutico en las cuestiones fundamentales, sin imponer una estructura que sea insensible al proceso terapéutico en desarrollo.

#### NIVEL DE ACTIVIDAD DEL TERAPEUTA

En contraste con lo que sucede en enfoques tales como la terapia centrada en el cliente o la terapia psicodinámica, el terapeuta cognitivo tradicionalmente ha cumplido un rol activo y directivo en cuanto a estructurar las sesiones para el paciente y asignarle tareas. No hay razón, en teoría, para que el terapeuta no actúe cuando sea apropiado. Pero la consigna incondicional de que el terapeuta asuma un papel activo es tan problemática, clínicamente, como la consigna incondicional de que tenga un papel pasivo. Por consiguiente, es esencial que los terapeutas gradúen su nivel de actividad según las necesidades de cada paciente en particular.

Hay dos consideraciones generales que pueden ser útiles como guía para esta graduación. La primera es el esquema interpersonal disfuncional del paciente. De acuerdo con cada tipo de esquema, el nivel de acti-

vidad del terapeuta tendrá diferentes significados para el paciente. Si, por ejemplo, un paciente cree que está desvalido y que el terapeuta siempre debe brindarle consejo y apoyo, un terapeuta altamente activo estará confirmando el esquema interpersonal disfuncional. O si un paciente tiene la creencia disfuncional de que cualquier acto de independencia por su parte será amenazador para los demás, es vital que el terapeuta le demuestre, alentándole a actuar en forma independiente y no brindándole ningún apoyo innecesario, que él no se siente amenazado.

Si, en cambio, un paciente cree que cualquier acto de dependencia provocará rechazo o abandono, el terapeuta que cumple un rol relativamente pasivo y se niega a participar activamente en el tratamiento estará confirmando las creencias disfuncionales del paciente. En este caso, es aconsejable que el terapeuta cumpla un papel mucho más activo, tal vez adoptando una postura similar a la que tradicionalmente mantienen los terapeutas cognitivos.

Un segundo principio general es el de la frustración óptima (Kohut, 1984). El interés último del paciente está en aprender a actuar de forma autónoma y a encontrar apoyo internamente en lugar de indirectamente a través de otras personas (Perls, 1973). El terapeuta, por consiguiente, debe calibrar con cuidado la cantidad de actividad o apoyo suministrados para asegurarse de que ofrece lo suficiente como para construir una base segura para la exploración que le permitirá al paciente aprender a sostenerse por sí solo. Por otro lado, el terapeuta no debería brindar tanto apoyo como para privar a los pacientes de la oportunidad de hacer por sí mismos lo que están en condiciones de hacer solos. Los pacientes suelen subestimar su propia capacidad y ejercer una fuerte presión para obtener apoyo de quienes les rodean, de manera que el terapeuta debe estar constantemente calibrando cuánto sostén es necesario para atemperar la ansiedad del paciente y mantener una alianza operativa adecuada que permita al paciente desarrollar la capacidad de sostenerse autónomamente. El equilibrio óptimo entre el apoyo y la frustración fluctúa constantemente, y el terapeuta debe recurrir a su criterio clínico para calibrarlo.

Un principio relacionado con el anterior es lo que Luborsky (1984) describe como el equilibrio de los aspectos de apoyo y los expresivos en la terapia. Los pacientes sólo pueden emprender un proceso de autoex-

ploración si su nivel de ansiedad está lo suficientemente atemperado como para permitir tal proceso. Como subrayó Sullivan (1953), la ansiedad obstruye el procesamiento de experiencia tanto externa como interna. El terapeuta, por lo tanto, debe realizar una continua evaluación de los niveles de ansiedad de los pacientes, para determinar si están experimentando el suficiente apoyo y seguridad en la relación terapéutica como para continuar el proceso de autoexploración.

Si, de acuerdo con la evaluación del terapeuta, la autoexploración del paciente está bloqueada por un exceso de ansiedad causado por su falta de seguridad en la relación terapéutica, en tal caso el terapeuta deberá brindar más apoyo. Como sugiere Luborsky (1984), una forma primordial de brindarles apoyo a los pacientes es facilitar su experiencia de la alianza terapéutica.

#### EL ROL DE LA FUNDAMENTACION EN LA TERAPIA

En las terapias cognitiva y conductual se le da mucha importancia al hecho de explicarle al paciente las bases de la terapia (Beck, Rush y otros, 1979; Burns, 1980; McMullin, 1986). A nuestro entender, éste es un componente sumamente útil en cualquier forma de terapia, que otros enfoques de la psicoterapia tienden a subestimar. Puede ser, por lo tanto, conveniente examinar el rol que cumple en el proceso terapéutico el hecho de comunicarle al paciente los fundamentos de la terapia, pues al hacerlo podríamos descubrir algunas consideraciones que quizá nos permitan utilizar esta estrategia de manera más refinada y diferenciada.

En esencia, el rol que cumple la explicación de los fundamentos de la terapia es el de facilitar el desarrollo de la alianza terapéutica (Luborsky, 1984). Si concebimos la alianza terapéutica en función de aspectos o dimensiones como tarea, meta y vínculo, establecidas por Bordin (1979), resulta evidente que el proceso de transmitir los principios de la terapia puede servir para fortalecer cualquiera de estas dimensiones, o las tres.

Así, por ejemplo, hablar con el paciente de la relación entre los sentimientos y los pensamientos (Beck, Rush y otros, 1979) y explicarle la

importancia de tomar conciencia de ciertos sentimientos o pensamientos, puede facilitar un acuerdo respecto de la dimensión *tarea* de la alianza terapéutica, mientras que especificar los objetivos del tratamiento y fijar un programa de cambio se relacionan con la dimensión *meta*. En ciertos contextos, el acto mismo de responder preguntas sobre la finalidad de ciertos procedimientos terapéuticos y demostrarles a los pacientes que el terapeuta es sensible a sus inquietudes puede facilitar la dimensión *vínculo* de la alianza terapéutica.

Por estas razones, como medio de fomentar el crecimiento de la alianza terapéutica desde el inicio de la terapia, es útil que el terapeuta brinde una breve descripción del fundamento terapéutico y luego verifique si éste tiene o no sentido para el paciente. Al continuar la terapia, todas las veces en que el terapeuta detecte una situación de tirantez, un modo de fortalecer la alianza puede ser comprobar si el paciente comprende lo que está sucediendo en el proceso terapéutico y, si está confundido o inseguro, explicárselo. De esta forma, el terapeuta podría aliviar posibles temores de los pacientes a ser manipulados, o contribuir a reducir la ansiedad que experimentan como resultado de su confusión.

Si, no obstante, el intento inicial del terapeuta de facilitar la alianza explicando el fundamento de la terapia no da buen resultado, podría requerirse una exploración más profunda de lo que está experimentando el paciente respecto de la relación terapéutica, porque en este contexto es importante que el terapeuta, en lugar de tratar de persuadir a un paciente escéptico, explore los sentimientos y percepciones en que se basa su escepticismo.

Cuando se sienten escépticos o críticos, los pacientes suelen decir que no comprenden el fundamento de la terapia. En consecuencia, el significado interpersonal de la interacción del terapeuta y el paciente es mucho más importante que su contenido, porque la capacidad de los pacientes para entender o hallarle el sentido a un determinado principio en un contexto específico estará afectada por su percepción del terapeuta y el significado de la interacción.

## EL COMPROMISO TERAPEUTICO

Para aprovechar la terapia, los pacientes deben comprometerse con las tareas terapéuticas. Estas abarcan desde ejercicios conductuales concretos hasta tareas cognitivo-afectivas sutiles y abstractas. Entre las tareas cognitivo-afectivas más sutiles se cuentan, por ejemplo, actividades tales como tratar de rastrear la experiencia interna propia, experimentar los verdaderos sentimientos de uno o emprender un proceso auto-exploratorio con el fin de esclarecer el verdadero significado que tiene determinado acontecimiento.

Si una tarea terapéutica es tangible y concreta, resulta bastante fácil determinar si el paciente la está cumpliendo o no. Por ejemplo, si se les asigna a los pacientes la tarea de observar y anotar por escrito sus pensamientos autocríticos entre una sesión y otra, el hecho de que traigan el registro completo de sus pensamientos automáticos suministra una prueba tangible de que han cumplido la tarea. O también, si se les ha pedido a los pacientes que se coloquen en una situación que les provoca fobia, o que se abstengan de incurrir en un ritual obsesivo, es bastante evidente si han realizado o no esas tareas. En los enfoques de orientación más conductual, se da por sentado que la terapia no puede avanzar a menos que el paciente cumpla la tarea prescrita.

En el caso de las tareas cognitivo/afectivas sutiles, es más difícil determinar si el paciente está verdadera y enteramente comprometido con ellas. Es perfectamente posible que el paciente cumpla con los pasos formales de llevar a cabo cierta tarea conductual manifiesta pero no se comprometa psicológicamente con ella. Por ejemplo, un paciente puede observar y cuestionar sus pensamientos automáticos exteriormente, pero no realizar plenamente esta tarea a nivel psicológico. En el caso extremo, el paciente podría cumplir con los pasos formales con el propósito oculto de demostrarle al terapeuta que la terapia no es eficaz.

Por estos motivos, el terapeuta debe tomar en cuenta no sólo si el paciente está cumpliendo las tareas terapéuticas en un nivel tangible y evidente, sino también si está cumpliendo las tareas psicológicas más sutiles de la terapia. Si no hay un compromiso en este segundo nivel, el terapeuta tal vez deba tomar este hecho como un objetivo principal de

exploración terapéutica. No es inusual que un paciente que aborda las tareas de la terapia con cinismo también haga lo mismo con muchas de sus actividades personales, pues el tipo de actitud poco comprometida que constituye un obstáculo para el progreso terapéutico también puede impedir la realización del paciente en su vida y en sus relaciones interpersonales. En tal caso, el terapeuta deberá basarse en sus propios sentimientos y observaciones de las conductas no verbales sutiles del paciente para generar hipótesis respecto de lo que está ocurriendo. La identificación y especificación de este tipo de patrones, por lo tanto, puede guiarse por los mismos principios que guían la identificación de otros ciclos cognitivo-interpersonales.

Por ejemplo, en un caso, el terapeuta comprobó que aunque una paciente cuya estaba cumpliendo al pie de la letra los pasos formales de las diversas tareas de la terapia, él experimentaba un sutil pero persistente sentimiento de irritación hacia ella. Al explorar esta sensación y los marcadores interpersonales que la provocaban, logró identificar una cualidad lánguida y quejumbrosa en el estilo de la paciente. Al terapeuta le pareció que la paciente le estaba diciendo sutilmente que ella hacía todo lo que se le indicaba, pero que de hecho no le encontraba sentido.

Cuando el terapeuta le transmitió su impresión, de un modo ecuánime, la paciente pudo comenzar a explorar lo que experimentaba y a reconocer que la percepción del terapeuta de hecho coincidía con su propia experiencia. La posterior exploración sirvió para poner de manifiesto una actitud general de futilidad y desesperanza por parte de la paciente, que también incidía en otros aspectos de su vida. Una vez que pudo ver claramente de qué forma esta actitud estaba afectando lo que ella experimentaba tanto en la terapia como en la vida en general, pudo tratar de participar de un modo más comprometido psicológicamente. El hecho de experimentar con este sutil cambio de perspectiva psicológica comenzó a tener una repercusión en la terapia que condujo a una mejoría en la alianza terapéutica, y el cambio empezó a producirse.

En algunos casos, al terapeuta puede resultarle difícil determinar si el paciente está cumpliendo realmente las tareas de la terapia. Esto podría ser particularmente difícil de determinar si el terapeuta no ha ido asignándole tareas conductuales concretas y tangibles. En este caso, una

estrategia útil sería la de asegurarse de asignar este tipo de tarea, porque aun si el paciente no reconoce su falta de compromiso con las tareas de la terapia, su omisión en cumplir tareas conductuales bien definidas resultará evidente. El terapeuta puede entonces llamarle la atención sobre esta omisión evidente, lo que llevará, o bien a una exploración de las expectativas y actitudes relacionadas con esta falta de compromiso, o a una confrontación clara en la que el paciente se verá obligado a hacer una opción existencial, plenamente consciente, en cuanto a si está o no dispuesto a comprometerse con las tareas de la terapia en este momento.

#### CUESTIONAR COGNICIONES CORRESPONDIENTES AL OPERATIVO DE SEGURIDAD

Es vital, para el terapeuta cognitivo, poder distinguir las evaluaciones cognitivas disfuncionales que son reacciones directas a una situación de aquellas que sirven para mantener el sentido esencial de sí mismo del paciente y su sensación subjetiva de las relaciones interpersonales. Si adoptamos una perspectiva organizativa/jerárquica de los procesos cognitivos, reconocemos que diferentes procesos cognitivos cumplen diferentes funciones en la estructura cognitiva global. En el nivel básico, están las creencias fundamentales sobre el sí-mismo y los demás, junto con las creencias acerca de cómo debe ser uno para poder relacionarse con otros. En un nivel periférico, están las estructuras y procesos cognitivos que funcionan para mantener la autoestima y el sentido de la posibilidad de entablar relaciones interpersonales (Safran, Vallis y otros, 1986). Así, por ejemplo, un individuo podría incurrir en una exagerada evaluación positiva de sí mismo. Algunos terapeutas cognitivos consideran que la evaluación excesivamente positiva del sí-mismo se deriva de un autoesquema irrealmente positivo (por ejemplo, Winfrey y Goldfried, 1986). Es esencial, sin embargo, distinguir entre la fantasía del individuo de cómo le gustaría ser idealmente, y su sentido fundamental de sí mismo. Horney (1950), por ejemplo, efectuaba una distinción entre el sí-mismo real del individuo y el sí-mismo idealizado. Según esta autora, las personas desarrollan una fantasía idealizada de sí mismas para compen-

sar una profunda sensación básica de inadecuación. Horney sostuvo que el individuo neurótico destina su energía a tratar de darle realidad a este sí-mismo idealizado, y que la tarea de la terapia es encauzar esa energía hacia la concreción del sí-mismo real.

Además de un exagerado sentido del sí-mismo que podría tener la función de compensar una sensación básica de vulnerabilidad, tales individuos también incurren en distorsiones de la información para reducir su ansiedad y aumentar su autoestima. Como hemos sostenido antes, las operaciones cognitivas de este tipo pueden conceptuarse como operativos de seguridad que ayudan a reducir la ansiedad del individuo y a mantener un sentido subjetivo de su posibilidad de entablar relaciones interpersonales.

Por ejemplo, un paciente que era socialmente inepto decía de forma reiterada que las mujeres se sentían muy atraídas por él. Cuando la terapeuta le preguntó cómo lo sabía, respondió que lo "percibía". Según la evaluación de la terapeuta, la apreciación poco realista del paciente de estas situaciones interfería en su posibilidad de adquirir las aptitudes sociales que le permitirían tener relaciones más significativas con las mujeres. La terapeuta procuró entonces cuestionar tal percepción de la situación pidiéndole que especificara los datos concretos en que se fundaba. Pero cuanto más trataba la terapeuta de cuestionar esa percepción, más se aferraba el paciente a sus creencias.

En este caso, el intento de la terapeuta de cuestionar la percepción del paciente fracasó porque su distorsión de la situación tenía un papel funcional para él, al preservar su autoestima y su sentido subjetivo de la relación interpersonal. No es de extrañar, por consiguiente, que el intento de cuestionar la distorsión fracasara, dado que esta intervención no tenía en cuenta el sentido básico de inadecuación personal del paciente. Por otra parte, es posible que el cuestionamiento de la terapeuta fuera interpretado por el paciente de otra forma, más precisamente como una muestra de falta de aceptación por parte de las mujeres relacionada con su sensación básica de inadecuación. Para que el paciente depusiera sus operativos de seguridad en esta situación, antes tendría que sentirse lo bastante seguro de sí mismo como para hacerlo. Por lo tanto, sería esencial que el terapeuta no empleara un ataque frontal contra dichos opera-

tivos para ayudarle a apreciar la realidad más correctamente, sino que le proporcionara apoyo y un entorno lo bastante empático como para permitirle tomar contacto con sus sentimientos básicos de inadecuación y vulnerabilidad.

#### ASPECTOS RELATIVOS A LA TERMINACION DE LA TERAPIA

Como se señaló anteriormente, el enfoque descrito en este libro puede emplearse ya sea en terapias a largo plazo o en terapias a corto plazo y con tiempo limitado. De acuerdo con nuestra experiencia, si uno decide utilizar un protocolo de terapia a corto plazo, es preferible fijar una fecha de terminación por adelantado o acordar de antemano la cantidad de sesiones, en lugar de negociar la fecha de terminación a medida que se desarrolla la terapia (Beck, Rush y otros, 1979; Mann, 1973; Sifneos, 1972). Una razón para esto es que el hecho de no hacerlo a menudo da lugar a que la negociación de la fecha de terminación se convierta en un tema dominante en la terapia.

Desde luego, la negociación de una fecha de terminación también se convierte en un tema terapéutico importante en la terapia a largo plazo. Pero con un marco temporal más restringido hay una mayor probabilidad de que el paciente no quiera terminar la terapia cuando se ha cumplido el plazo (por ejemplo, de seis meses). En estos casos, las negociaciones en torno a la ampliación del límite de tiempo suelen adquirir un importante significado simbólico para los pacientes, que se cuestionan si el terapeuta tiene suficiente interés en ellos como para prolongar la terapia.

Establecer el límite de tiempo o la fecha de terminación por adelantado de hecho puede facilitar el proceso terapéutico al crear una sensación de urgencia y de necesidad de alcanzar metas que podría alentar a los pacientes a poner mayor empeño en la tarea.

Para muchos pacientes, la inminencia de la terminación de la terapia tiene el efecto de activar problemas e inquietudes importantes respecto del significado interpersonal de la separación (Mann, 1973). Para los pacientes que no han progresado tanto como inicialmente habían esperado, la aproximación de la fecha de terminación de la terapia puede acti-

var una serie de sentimientos complejos y ambivalentes, no sólo sobre si han obtenido lo que buscaban de la terapia, sino también si han obtenido lo que deseaban del terapeuta.

Un supuesto fundamental de nuestro enfoque es que los seres humanos tenemos una predisposición a las relaciones interpersonales y que gran parte del aprendizaje desadaptado que realizan los individuos se origina en sus intentos de evitar la desintegración de ciertas relaciones interpersonales importantes. Puesto que la terapia constituye una relación interpersonal de potencial significación para los pacientes, es probable que surjan sentimientos complejos y formas características (a menudo inadaptadas) de manejar las separaciones antes o alrededor de la terminación de la terapia. En consecuencia, es particularmente importante que el terapeuta esté atento a la potencial significación simbólica de la terminación para el paciente y que utilice la inminencia del fin como una oportunidad para explorar el modo característico que tiene el paciente de reaccionar ante las separaciones y de manejarlas.

Si, en las fases tempranas de la terapia, el terapeuta puede establecer una hipótesis de trabajo razonable respecto de los esquemas interpersonales centrales del paciente, estará en mejores condiciones de generar hipótesis sobre algunos de los temas potenciales que podrían ser pertinentes para cada uno en relación con el final de la terapia. Esto es especialmente importante en los casos en que las historias previas de los pacientes sugieren que éstos responden a las separaciones interpersonales de un modo intenso o inadaptado. Por ejemplo, la historia de una paciente revelaba que tenía dificultades para cortar relaciones y procuraba mantener contacto años después del fin de la relación con ex amantes suyos que no tenían interés en verla. Además, en su anterior terapia había elaborado una complicada fantasía en torno de tener una relación romántica con su terapeuta, y seguía tratando de restablecer el contacto con él seis años después de haber concluido el tratamiento, aunque el terapeuta le había hecho saber claramente que no deseaba tener ningún contacto con ella.

La historia personal de esta paciente indicaba que era muy probable que la terminación de la terapia representara un problema para ella, y que sería conveniente o bien comenzar a plantear el tema muy poco después

de iniciada la terapia o asignarle a la paciente una psicoterapia a más largo plazo, en la que habría suficiente tiempo para tratar su intensa reacción frente a las separaciones.

Si bien éste es un ejemplo extremo, la perspectiva de terminar la terapia en muchos casos ofrece una oportunidad para explorar sentimientos, actitudes, creencias y estrategias interpersonales asociados con el esquema interpersonal central del paciente. Por ejemplo, una paciente tendía a adoptar una postura independiente para evitar la experiencia de ser abandonada por otra persona. Aunque en cierto sentido esta postura cumplía una función adaptativa para ella, también era disfuncional, pues interfería en su posibilidad de mantener una relación amorosa duradera con un hombre. Sobre la base de anteriores interacciones con la paciente y del conocimiento de su relación con los padres y otras figuras significativas, el terapeuta formuló la hipótesis de que a ella le podría resultar difícil establecer cualquier tipo de vínculo emocional con él debido a su temor a ser abandonada. Hacia la mitad del tiempo previsto para la terapia, el terapeuta comenzó a hablarle de la perspectiva de la terminación y la paciente, al principio, indicó que esa perspectiva no le preocupaba en absoluto. Con el tiempo, sin embargo, se vio que de hecho cuestionaba la utilidad de ponerse a hablar de asuntos íntimos con el terapeuta, dado que iba a abandonarla de todos modos al cabo de diez sesiones.

Esto supuso una oportunidad para explorar las dificultades de la paciente para llegar a cierta intimidad con otras personas, por la intensidad con que temía y preveía la separación. En la terapia, se exploró la hipótesis de que valía la pena confiarse al terapeuta, aunque la separación fuera inevitable. En vez de tratar de evitar la intimidad por temor al dolor asociado con la posibilidad de la separación, la terapia con esta paciente se orientó a explorar la alternativa de aceptar el dolor de la separación como ineludible en la vida y aceptar que sólo se puede evitar este dolor a costa de toda intimidad. Al tener en cuenta el significado potencial que tenía el final de la terapia para esta paciente, el terapeuta pudo ayudarla a explorar y modificar algunas de sus creencias fundamentales y estrategias interpersonales relacionadas con el tema de la separación.

En algunos casos, es posible que el paciente no reconozca su temor

por el final de la terapia aunque el terapeuta plantee que puede crearle algún problema. En estos casos, el terapeuta no debe imponerle su punto de vista al paciente. La mejor táctica es instarle a explorar cualquier sentimiento que pueda provocar la perspectiva de terminar la terapia, pero si se niega a hacerlo o dice que no hay nada que tratar al respecto, el terapeuta deberá respetar esa posición.

Cuando un paciente afirma no tener ningún problema en este sentido, bien puede suceder que el terapeuta se haya equivocado en su hipótesis sobre la importancia que esto pueda tener en su caso y que, en efecto, no haya ningún problema. Cuando el terapeuta cree que el paciente siente ansiedad frente a la perspectiva de terminar la terapia, también podría ocurrir que el paciente de hecho se sienta complacido por la posibilidad de terminarla y pasar a obrar independientemente del terapeuta. Como han señalado Weiss y sus colaboradores (1987), algunos pacientes tienen la creencia patogénica de que una manifestación de independencia por su parte puede lastimar a personas significativas. En este caso, aceptar las palabras del paciente al pie de la letra puede ser muy importante para desmentir sus creencias disfuncionales acerca de las relaciones interpersonales.

Una de las dificultades de la psicoterapia breve es la sensación de premura que suele sentir el terapeuta por "lograr" resultados. Esto es particularmente cierto en el caso de la terapia cognitiva, que tiene la tradición de establecer objetivos terapéuticos claros y bien definidos al principio, para luego avanzar hacia el logro de esas metas. De acuerdo con nuestra experiencia, sin embargo, es importante que los terapeutas se den cuenta de que todo contacto con un paciente puede tener una repercusión significativa, pero que al mismo tiempo tengan presente que el papel que juegan en la vida de un paciente es, dentro de la escala general de las cosas, minúsculo. Los terapeutas deben aprender a dejar la responsabilidad de cambiar en manos de sus pacientes y a aceptarlos, sea cual sea el punto en que se encuentren al final de la terapia.

El final del contacto terapéutico no es necesariamente el fin del proceso de cambio para el paciente, y en algunos casos los cambios más profundos tienen lugar después. Esto es particularmente cierto en la terapia breve. Algunas veces, las cosas que suceden durante la terapia dejan

sembradas las semillas de cambios que los pacientes efectuarán más adelante. En algunos casos, el contacto terapéutico que han tenido los pacientes puede ayudarles a volverse lo bastante confiados y optimistas respecto de la posibilidad de cambiar como para volver a terapia con un nuevo terapeuta.

Si el terapeuta tiene presente esta perspectiva más amplia, disminuirá su prisa por producir cambios en el presente y quedará libre para estar más abierto y receptivo a cualquier cambio sutil, aunque importante, que pueda tener lugar durante la terapia. Por el contrario, el terapeuta que tiene prisa por producir grandes cambios será menos consciente de los cambios sutiles e importantes que se produzcan y será menos capaz de aceptar a los pacientes con independencia del punto en que se encuentren.

Esto es particularmente difícil para los terapeutas que, al final de la terapia, toman la perspectiva del progreso del paciente como un reflejo de su propia competencia en general. Los terapeutas deben tener una actitud de aceptación tanto hacia el paciente como hacia ellos mismos. Deben aceptar y creer que han trabajado lo mejor posible para facilitar el crecimiento del paciente de acuerdo con la competencia y los conocimientos que tienen en esos momentos.

A menos que los terapeutas puedan desarrollar esta actitud de aceptación y comprensión hacia ellos mismos, les será difícil mantenerse a distancia, en una postura de aceptación y comprensión, que es más útil para los pacientes. Si el terapeuta puede mantener cierto grado de desapego, será capaz de aceptar a los pacientes tal como estén al final de la terapia, lo que es particularmente importante cuando no se ha producido la clase de cambio profundo que inicialmente se esperaba.

Cualquier cosa que ocurra al terminar la terapia debe ser sistemáticamente comprendida y explorada, de la manera más exhaustiva que sea posible, en función de la significación que tiene para el modelo interno del paciente y para su relación con el terapeuta, en vez de tomarlo como una medida de la competencia del terapeuta.

## LA TERMINACION PREMATURA

El mismo principio es aplicable cuando el paciente, en opinión del terapeuta, desea terminar la terapia prematuramente. La regla fundamental en este caso es que el paciente no debe dejar el tratamiento sintiéndose culpabilizado o tratado como enfermo. No existe ninguna fórmula para manejar esta situación pero, en general, el terapeuta debería instar a los pacientes a explorar sus razones para querer terminar la terapia y suministrarles el clima apropiado que favorezca esta exploración. Los pacientes que se han sentido escépticos o críticos hacia el terapeuta, y que tienen dificultades para exponer estos sentimientos, suelen dar excusas para terminar la terapia en lugar de expresar sus inquietudes directamente. Si el terapeuta logra crear un clima favorable que le permita al paciente explorar sus sentimientos negativos o ambivalentes, las razones para terminar la terapia podrían disiparse y es posible que el paciente decida no abandonarla.

Algunas veces, la exploración de la ambivalencia del paciente hacia la terapia se convierte en el principal centro de interés del tratamiento. Esta ambivalencia, a su vez, podría estar vinculada a problemas generales del paciente para relacionarse con otras personas. Por ejemplo, un paciente que tiende a percibir a los demás como dominantes y manipuladores, y al que por esta razón le resulta difícil entablar relaciones significativas, podría tener también dificultades para formar una alianza operativa adecuada con el terapeuta. Si el paciente tiene problemas para hablar con el terapeuta acerca de estas dificultades debido al temor al abandono o la venganza, no hay posibilidad de resolver la cuestión.

Si, no obstante, el terapeuta es lo bastante hábil para ayudar al paciente a explorar estos sentimientos negativos, el acto mismo de expresarlos y observar que la conducta del terapeuta no confirma sus creencias disfuncionales sobre las relaciones interpersonales puede ser un factor importante del proceso de cambio.

Si bien es importante que el terapeuta proporcione la clase de clima favorable que eleva al máximo las posibilidades de explorar sentimientos negativos o ambivalentes y expresarlos directamente, igualmente importante es que respete la posición de un paciente que no puede o no quiere

explorar tales sentimientos. También es esencial que el terapeuta recuerde que cuando él percibe el abandono de la terapia por parte del paciente como un reflejo de su propia competencia, puede hacer interpretaciones que, aunque al parecer respondan a los intereses de éste, en definitiva serán dañinas o destructivas.

Si el terapeuta ha hecho lo mejor posible por facilitar la exploración por el paciente de sus razones para querer terminar la terapia, y se encuentra con que el paciente aún desea terminarla, es importante que mantenga una postura respetuosa y no intrusiva hasta el final. Una posibilidad es que la hipótesis del terapeuta sobre las razones del paciente sea sencillamente errónea. Otra posibilidad, si el paciente no es capaz o no está dispuesto a explorar en mayor detalle sus razones para querer terminar, es que esté haciendo lo necesario para protegerse a sí mismo en ese momento. El terapeuta que puede mantener una actitud respetuosa en estas circunstancias será en última instancia más terapéutico que el que empuja a ese paciente a seguir con la terapia, o hace una interpretación que lo trata como a un enfermo.

Un factor clave en la forma de manejar un final del tratamiento que el terapeuta considera prematuro debe ser la evaluación del esquema interpersonal del paciente. Si, por ejemplo, el paciente tiene un esquema interpersonal centrado en torno de la creencia de que los demás se sentirán lastimados si actúa independientemente, el anuncio de su voluntad de concluir la terapia podría servir para poner a prueba esa expectativa disfuncional. En este caso, es importante que el terapeuta respete la decisión del paciente de actuar con independencia y le demuestre que esa decisión no le preocupa en exceso.

Si, en cambio, el paciente tiene un esquema interpersonal centrado en la creencia de que los demás no se interesan lo bastante en él como para hacer ningún esfuerzo por él, podría ser importante que el terapeuta se mostrara más activo en la exploración de las razones de ese paciente para dejar la terapia, como forma de demostrarle interés o preocupación. En la medida en que el terapeuta tenga una hipótesis de trabajo respecto del esquema interpersonal del paciente, dispondrá de más información sobre el mejor modo de tratar el anuncio por parte del paciente en su intención de dejar la terapia. Por lo tanto, es importante que el terapeuta

tenga presente que el hecho de anunciar un final prematuro puede tener múltiples significados para los pacientes, y que hacer que continúen con la terapia no es necesariamente lo más beneficioso para ellos.

La siguiente transcripción ilustra la utilización de la inminencia del fin de la terapia como una oportunidad para explorar el esquema interpersonal disfuncional del paciente y su modo característico de conducirse en las relaciones interpersonales íntimas. La transcripción está extraída de la decimoquinta sesión de un protocolo de veinte sesiones. Hasta el momento, el curso de la terapia ha sido turbulento, con una alianza terapéutica bastante débil. Pero la paciente ya ha comenzado a adquirir cierto grado de confianza en el terapeuta.

*Terapeuta:* ¿Hay algo más que le parezca importante y de lo que quiera hablar, en particular sobre el punto en que estamos ahora y de dónde partimos? ¿Dónde estamos y adónde quiere llegar usted?

*Paciente:* No sé ya adónde ir a partir de aquí. Quiero decir, que estoy en sus manos. Le dejo que me enseñe el camino.

*Terapeuta:* ¿Cómo le resulta eso, lo de dejarme que le muestre el camino?

*Paciente:* Pues, supongo que estoy depositando algo de fe en usted. Un poco de confianza. Sabe, creo que eso es algo que no hago muy a menudo.

*Terapeuta:* ¿Así que parece que está corriendo cierto riesgo?

*Paciente:* Ajá.

*Terapeuta:* Usted es cautelosa por naturaleza.

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* Y está diciendo que..., que está corriendo cierto riesgo.

*Paciente:* Sí. Así es. Usted no me ha hecho daño hasta ahora, y han sido como quince sesiones o algo así, y creo que, básicamente, ya pasé las etapas realmente duras y todo eso... La desconfianza y todo lo demás al principio. Así que ya me doy cuenta de que no va a hacerme daño. Está para hacerme bien. La única persona que me puede hacer daño soy yo misma. Así es como están las cosas.

*Terapeuta:* Todo el proceso de llegar a confiar en otra persona, según creo, es un proceso importante.

*Paciente:* Sí, lo es. Y es largo.

*Terapeuta:* Sí.

*Paciente:* Así es. Y no sé si otras personas serán como yo, o si les resulta más fácil confiar, o si dicen que confían y en realidad no es así, pero a mí me lleva mucho tiempo. No sé por qué. Nunca pude contar con nadie, realmente. Me lo dejaban todo a mí... O bien hacían las cosas mal, sabe. Esa es mi sensación, en cualquier caso..., toda la vida. Con mis padres o mis parientes, y demás.

*Terapeuta:* ¿De modo que está acostumbrada a bastarse sola?

*Paciente:* Eso creo, sí.

*Terapeuta:* ¿A no depender de nadie?

*Paciente:* Así es. No dependo, en lo emocional. Me reconforto yo sola. Me hablo a mí misma. Me las arreglo bien, económicamente. Mi tía se ha hecho presente. En lo económico, ella..., usted sabe, ella es así. Es su modo de mostrar interés. No creo que realmente pueda decir lo que siente. Sabe, ella no lo demuestra, no me hace mimos ni nada semejante. Ni me abraza, ni nada. Mi padre se ha hecho presente. Pero mi madre no ha estado presente... Mi hermana tampoco, ningún abuelo. Quiero decir, creo que al principio tenía todo eso, pero en algún momento simplemente todo desapareció. Supongo que me sentí enojada y herida y, pues, deprimida durante mucho tiempo. Y siempre parecía que todo recaía en mí. Es decir..., no me tenía más que a mí para consolarme. Nadie más podía hacerlo por mí y no sé si habré hecho las cosas muy bien, pero hice lo mejor que pude.

*Terapeuta:* Hizo lo mejor que pudo.

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* Así que, para usted, empezar a confiar en alguien..., empezar a depender de otras personas..., es en cierta medida una gran cosa.

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* No es algo fácil.

*Paciente:* Así es. Yo tenía la sensación de que si una empieza a apoyarse en alguien y a confiar en alguien..., en un hombre, por ejemplo, que esa persona simplemente va a cortar, que me va a dejar, de todas maneras. No va a estar presente, o algo va a suceder. Es sólo ese temor de que no va a estar allí cuando una lo necesite. Y, pues, una se deja llevar y siente todo eso por alguien, y de pronto esa persona se va, otra vez. Y es ese dolor, esa congoja que viene después, lo que lleva mucho tiempo superar.

*Terapeuta:* Sí..., eso me lleva a preguntarme, a propósito, si tiene alguna idea de cómo será cuando terminemos, sabe. Porque terminaremos dentro de cinco sesiones.

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* Y tengo la sensación de que usted está empezando a abrirse un poco y está empezando a confiarse.

*Paciente:* Ajá.

*Terapeuta:* ¿Tiene alguna idea de cómo le va a resultar eso, o sea, terminar en ese momento?

*Paciente:* No lo sé. Quizás haya ocasiones en que necesite a alguien con quien hablar nuevamente...; no lo sé. Es probable. Supongo que tendré que arreglármelas cuando me pase. Quiero decir, creo que tengo la esperanza de encontrar el modo de no sentir eso, o de poder arreglármelas sola, o saber a qué otro lado recurrir..., o qué hacer.

*Terapeuta:* ¿Ha pensado en eso? Es decir, ¿en el final de la terapia?

*Paciente:* La verdad es que me pasó por la mente, creo que hace unas dos semanas. Pero sólo fue... Sí, creo que fue porque no le vi a usted durante un par de semanas y pensé: "¡Ah, qué extraño me parece!". Tantas cosas que una quiere decir y en realidad no tiene a nadie más a quien decírselas. Supongo que tendré que aprender a contárselo a otra persona, no sé. Pero no creo que obtenga la misma respuesta ni que pueda hablar sin que me digan: "Eres una tonta. Deja de pensar disparates...", o algo por el estilo.

En respuesta a la pregunta del terapeuta sobre sus objetivos para el resto de la terapia, la paciente responde que se está poniendo en manos del terapeuta. Advertido ya de la importancia del tema de la confianza y la desconfianza, o la dependencia y la independencia, para esta paciente, el terapeuta procura explorar lo que ella experimenta al respecto; esto sucede a una exploración de sus dificultades para confiar en alguien debido a su temor de ser abandonada. La paciente hace una breve referencia a la circunstancia de que las experiencias de abandono por parte de los miembros de su familia son la causa de su temor, pero este punto no es explorado en detalle en esta ocasión.

La paciente también se refiere a lo difícil que le resulta confiar en los hombres. Esto es particularmente importante, porque un problema clave para ella es la falta de una relación amorosa estable. El terapeuta empatiza con lo que experimenta la paciente y luego dirige el centro de atención hacia la exploración de este tema en el contexto de la relación terapéutica y la inminencia del fin del tratamiento.

De allí en adelante (en un fragmento aquí omitido por razones de espacio), la paciente vuelve a abordar más globalmente sus sentimientos de tristeza debidos a las experiencias de pérdida y abandono en el pasado, así como su temor de que nunca tendrá un vínculo interpersonal estable. Cuando interrumpe sus sentimientos de tristeza en la sesión, el terapeuta comienza a explorar los temores y expectativas que le impiden experimentarlos plenamente en ese momento. En este punto, continúa la sesión.

*Terapeuta:* ¿Qué inconveniente tiene en experimentar esos sentimientos de tristeza?

*Paciente:* Si yo le mostrara lo que siento interiormente...; eso sería confiarme a usted. Pero usted en realidad no es un amigo mío. Es un extraño, o algo así. No quiero decir que no se interese, pero usted..., no sé..., pero tal vez me despertara algún sentimiento y yo quisiera estar más cerca de usted. Y entonces, una vez más, usted no estaría a mi lado. ¿Me entiende lo que estoy diciendo?

*Terapeuta:* Creo que lo entiendo, sí.

*Paciente:* Así es.

*Terapeuta:* Eso parece importante, ¿no es verdad?

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* Que si usted me demostrara algunos de sus sentimientos más íntimos, eso sería confiarse a mí.

*Paciente:* Ajá.

*Terapeuta:* Y entonces, ¿al parecer yo ya no estaría más a su lado?

*Paciente:* Sí, es que... Usted me conoce ahora, pero más adelante, dentro de un tiempo, yo sólo sería otra persona más. Y pasaría por su consultorio..., y volvería a salir. ¿Entiende? Yo sé que para eso estoy aquí, pero no puedo evitar sentir lo que siento. Así es como lo siento.

*Terapeuta:* Sí. Pues bien, esto parece importante.

*Paciente:* Sí. Sabe..., yo le dejo ver algo de mí misma, ¿verdad? Pero no todo. Entonces, ¿qué estoy haciendo aquí? ¿Estoy malogrando el objetivo de todo esto? No lo sé.

*Terapeuta:* No creo que lo esté malogrando. Y lo que está diciendo..., parece importante.

*Paciente:* Ajá.

*Terapeuta:* Hay una preocupación real que usted tiene de que se respeten sus necesidades.

*Paciente:* Sí.

En respuesta al sondeo del terapeuta, la paciente revela su temor de que él la abandone. Esta no es una explicación abstracta e intelectualizada, sino una exposición emocionalmente inmediata que tiene lugar en el contexto de la acción *presente* de la paciente de bloquear sus sentimientos de tristeza. En lugar de empujarla a comunicarle esos sentimientos, el terapeuta le transmite a la paciente que comprende y respeta su necesidad de protegerse.

*Terapeuta:* Por eso me dice: "Le dejo ver algo de mí misma. Sólo le dejo ver algo".

*Paciente:* Así es.

*Terapeuta:* "Si le mostrara más, sería como confiarme. Y usted no estaría a mi lado. Ese es mi temor."

*Paciente:* Ajá. ¡Sí! Creo que usted tendría que ser algo más para mí, sabe. Es decir, yo confío en usted hasta este punto, pero en ese caso tendría que confiar aún más. No sé. Es como... No lo sé. Creo que cuando llego más lejos, me parece que me estoy entregando a alguien. Y lo que estoy diciendo es..., como cuando tengo una relación. La otra persona..., es decir..., si me acuesto con alguien es..., porque eso..., porque quiero estar con esa persona. Siento que me estoy entregando a esa persona. Y supongo que soy muy anticuada en ese sentido. Es decir, una se acuesta con un hombre al que ama, y punto. Y así es como se supone que debe ser. Pero no es así. Y por eso una sale lastimada.

*Terapeuta:* ¿Por eso sale lastimada?

*Paciente:* Sí. Sí, una lo siente así, sabe. "Me acosté con ese hombre. Compartimos esto y lo otro." Y la intimidad y todo lo demás, pero después él puede..., simplemente..., levantarse e irse, nada más. Y eso me destroza. Yo... No lo puedo soportar. No sé. El hecho de dejar que..., de revelarme... y después parece que a la otra persona le resulta tan fácil irse, así como así.

Cuando el terapeuta empatiza con su necesidad de protegerse a sí misma, la paciente espontáneamente compara la experiencia presente con la experiencia de tener relaciones íntimas con hombres, en general. Habla de la importancia y la dificultad de confiar en alguien, y del dolor de que su confianza sea defraudada. No es necesario que el terapeuta establezca nexos con otras relaciones. La paciente está utilizando espontáneamente la reacción terapéutica como vehículo para explorar su enfoque interpersonal problemático.

*Terapeuta:* Muy bien, de modo que si usted..., está hablando en términos generales y también específicamente de lo que pasa ahora, ¿no es así?

*Paciente:* Así es.

*Terapeuta:* Bien. ¿O sea que si se revelara tal como es, saldría lastimada?

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* Está bien. En cierta forma hay algo de verdad en eso, ¿no es así? Nos quedan cinco sesiones más.

*Paciente:* Ajá.

*Terapeuta:* Bien. Si usted realmente me revelara lo que guarda dentro de usted... al terminar las cinco sesiones igualmente nos vamos a despedir.

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* Y entonces, usted terminaría lastimada. Usted dijo..., ¿cuál fue la palabra que empleó..., "destrozada", o...?

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* "Destrozada".

*Paciente:* No lo sé. Supongo que siempre he tenido la experiencia de que cuando me dejo llevar, o realmente me confío a alguien, me expongo a que me hagan daño. Me vuelvo vulnerable.

*Terapeuta:* ¿Entonces, ése es el riesgo?

*Paciente:* Sí. Ahora, o bien adopto la actitud de que..., pues..., "hay que ser dura" y de que no tiene mucha importancia, o que "no dejes que te afecte". O bien la de sentirme destrozada y, ya sabe, "sufrir amargamente". Dos opciones geniales.

*Terapeuta:* ¿Al parecer ésas son las únicas opciones para usted?

*Paciente:* Así es.

*Terapeuta:* Ser dura. Que es lo que usted parece hacer gran parte del tiempo, ¿no es verdad?

*Paciente:* Ajá.

*Terapeuta:* Usted encierra sus sentimientos. Y es dura. O se confía del todo y termina destrozada...

*Paciente:* Sí, los dos extremos. No tengo un punto intermedio. Es todo o nada.

*Terapeuta:* Entonces, me parece que la cuestión es si de alguna manera podemos encontrar otra posibilidad.

*Paciente:* Sí. Eso sería bueno. Sí. Algo que yo sepa que me hace sentir bien y algún modo de pensar que no... me destroce y... que no me sienta vulnerable, pero tampoco totalmente hermética. Es como si siempre llevara puesta una armadura, o algo así.

*Terapeuta:* Bien, de modo que tal vez, si estamos tratando de encontrar

un objetivo para el tiempo que nos queda, mi propuesta es que podríamos ver si hay algún modo como podamos usar ese tiempo para descubrir otra alternativa aparte de las de ser totalmente hermética y protegerse o bien abrirse del todo y terminar destrozada.

*Paciente:* Bueno.

*Terapeuta:* En otras palabras, tal vez usted pueda incluso usar nuestra relación como medio para hacer la prueba, para ensayar distintas posibilidades y ver si hay una alternativa.

*Paciente:* Sí, me parece bien.

*Terapeuta:* ¿De acuerdo?

*Paciente:* Sí.

*Terapeuta:* Muy bien, entonces nos detendremos aquí.

*Paciente:* Y continuaremos la semana que viene.

El terapeuta vuelve a asegurarse de centrar la exploración en la situación interpersonal presente. ("Está hablando en términos generales y también específicamente de lo que pasa *ahora*, ¿no es así?") En este último fragmento la paciente revela un modo de pensar dicotómico respecto de las relaciones íntimas. ("Adopto la actitud de que... pues... 'hay que ser dura' y de que no tiene mucha importancia, o que 'no dejes que te afecte'. O bien la de sentirme destrozada y, ya sabe, 'sufrir amargamente'. Dos opciones geniales.")

El terapeuta le propone explícitamente utilizar la relación presente para explorar otras alternativas: Es importante ver que esta exploración es experiencial, y no racional. En otras palabras, el acto mismo de haber hablado con el terapeuta de su dilema tal como lo ha hecho, y que él le haya respondido sin rechazarla, es para la paciente una experiencia de aprendizaje nueva. Este proceso comienza a poner en tela de juicio su visión en términos de "todo o nada" de las relaciones íntimas, pues si bien la terapia terminará igualmente a las veinte sesiones, la actitud sostenidamente empática del terapeuta está demostrando que esto no es lo mismo que un abandono. La separación inevitablemente acarreará algún dolor, pero éste forma parte de la vida. Es el deseo de evitar por completo ese dolor lo que crea el problema. Como dice un antiguo poema japonés:

*Las flores que se abren  
Encuentran viento y lluvia;  
La vida humana  
Está llena de despedidas.*

#### EL TERAPEUTA COMO MODELO DE ROL (REVISADO)

A lo largo de todo este libro hemos subrayado la importancia de la disciplina interna del terapeuta y hemos sostenido que la relación del terapeuta consigo mismo influirá en definitiva en su relación con el paciente y el proceso de cambio. Así, por ejemplo, un terapeuta capaz de aceptar sus propios sentimientos de tristeza y vulnerabilidad podrá empatizar con otros individuos que experimenten tales sentimientos y así ayudarles a que los integren a su sentido de sí mismos. Poder aceptar sus propios sentimientos de cólera ayudará al terapeuta a reconocerlos cuando surjan y a evitar quedar trabado en una lucha para demostrar que no está enojado.

Hay otro modo más sutil en que la relación del terapeuta consigo mismo influye en el proceso terapéutico. Como ya hemos visto, los terapeutas cognitivo-conductuales reconocen desde hace tiempo que el terapeuta puede brindar importantes modelos de rol para los pacientes. Pero las características que incluyé ese modelo son algo más que capacidades conductuales o estrategias cognitivas específicas.

Los valores básicos y las perspectivas filosóficas que uno tiene como terapeuta le son transmitidas en última instancia al paciente, por mucho o poco que uno hable al respecto durante la terapia. Esto se da particularmente en la terapia a largo plazo, en que el paciente dispone de un largo período para deducir los valores y las creencias sobre la vida en general que tiene el terapeuta, a partir de sus reacciones y conductas. Los terapeutas que, en términos generales, se aceptan a sí mismos y aceptan sus propias imperfecciones como seres humanos presentarán, como terapeutas, un modelo del tipo de autoaceptación que están tratando de fomentar en sus pacientes, mientras que los terapeutas poco tolerantes con sus propios defectos tendrán dificultades para presentar un modelo del tipo de autoaceptación que están promoviendo.

Dado que el hecho de presentar un modelo es una parte intrínseca del proceso evolutivo, es natural que los valores y creencias del paciente se vean, en alguna medida, influidos por los valores y creencias del terapeuta. De hecho, como demuestran las investigaciones sobre el cambio de actitud en psicoterapia, la tendencia de los pacientes a cambiar sus valores en la dirección de los del terapeuta es un fenómeno sistemático. (Beutler, Crago y Arrizmendi, 1986). Puesto que este tipo de modelo es una parte inevitable del proceso de la terapia, es importante esclarecer los factores que pueden determinar que este proceso sirva o no para fomentar el crecimiento.

Si el terapeuta puede transmitir una aceptación genuina a su paciente en todas sus facetas, éste tenderá a explorar los valores de su terapeuta con los que se encuentre en consonancia. Este proceso, que en definitiva repercutirá en el sistema de valores que desarrolle el paciente en el transcurso de la terapia, no significa una adopción generalizada de los valores del terapeuta, sino una integración gradual de algunos de sus aspectos al sistema de valores propio del paciente, dando por resultado la síntesis final de una visión del mundo que es por entero del paciente. Si, en cambio, el terapeuta les transmite a los pacientes el mensaje de que para que él los acepte de verdad deben ser de determinada manera, los valores del terapeuta pasarán entonces a convertirse, para ellos, en nuevas condiciones para mantener relaciones interpersonales. Aunque el paciente podría adoptar algunos de los valores del terapeuta, este proceso de adopción de valores es equivalente al que le resultó problemático en su infancia, por ocultar diversos aspectos de su experiencia interna en lugar de darles expresión.

En la bibliografía psicoanalítica, el asunto del modelado, que se trata dentro del tema general de la internalización, es un poco confuso, como señaló Eagle (1984), debido al cúmulo de teorías diferentes sobre la internalización y a la ausencia de una metapsicología adecuada. Con todo, hay dos procesos de internalización que se corresponden con los dos procesos de modelado que hemos descrito: la identificación y la introyección (Meissner, 1981; Schafer, 1968).

En el proceso de la identificación, el individuo explora el sistema de valores de la persona con la que se identifica y finalmente integra algu-

nos aspectos de éste en su propio sistema de valores, mientras que descarta otros aspectos. En este proceso se utiliza el sistema de valores de la persona con la que uno se identifica para aclarar y definir el propio sistema de valores. Como lo expresa Eagle (1984), en última instancia el factor distintivo de la identificación es que el individuo integra plenamente los valores pertinentes a un sentido global de sí mismo.

En la introyección, en cambio, el individuo adopta los valores de la persona que toma como modelo, sin integrarlos por completo a su propia autoorganización. Como resultado, estos valores introyectados se experimentan, en cierto sentido, como externos al sí-mismo.

Considerando el proceso de internalización en términos de la representación cognitiva de las interacciones del sí-mismo y los demás, ese proceso es teóricamente congruente con un encuadre cognitivo. El proceso de introyección implica la representación cognitiva de las condiciones restrictivas para mantener relaciones interpersonales sobre la base de la interacción con otras personas. El proceso de la identificación consiste en formular nuevos valores y pautas que derivan de una situación experimentada internamente antes que de la necesidad de poder mantener relaciones interpersonales.

## Capítulo 10

### SELECCION DE PACIENTES PARA LA TERAPIA COGNITIVA A CORTO PLAZO

*Jeremy D. Safran, Zindel V. Segal,  
Brian F. Shaw y T. Michael Vallis*

La práctica de la terapia breve intensifica muchas de las cuestiones y los problemas que surgen, tanto para los pacientes como para los terapeutas, en la terapia a largo plazo. En el caso de los pacientes, el conocimiento de la inminencia de la fecha de terminación de la terapia intensifica sus inquietudes relacionadas con el tema de la separación y la individuación. En estrecha relación con esto, como es lógico, están sus reparos a confiar y depender del terapeuta cuando la relación con él evidentemente será de tiempo limitado. En el caso de los terapeutas, el hecho de ceñirse a un marco temporal breve intensifica la importancia de una conceptualización adecuada del caso y un objetivo terapéutico claro dentro de un margen de tiempo razonable, manteniendo al mismo tiempo la receptividad ante lo que les sucede realmente a los pacientes, sin endosarles prejuicio alguno.

Ceñirse a un marco temporal breve también puede crearle al terapeuta una sensación de urgencia por lograr algún resultado. Es esencial que el terapeuta no permita que esta sensación le induzca a presionar o manipular a los pacientes para satisfacer sus propias necesidades. Por esta razón, es importante mantener la perspectiva amplia antes mencionada, según la cual la terapia se concibe como un acontecimiento particular en un proceso de cambio que puede extenderse durante un largo período, y no como la cura definitiva.

Dadas las exigencias específicas del marco temporal de la terapia breve, es muy importante contar con algún medio de evaluar si un paciente determinado se adecua o no a este enfoque. Desde una perspec-

tiva histórica, cabe reconocer que otras orientaciones han lidiado con la cuestión de determinar de antemano la adecuación de un paciente dado a determinadas formas de tratamiento. La obra de D. H. Malan (1976) tuvo un influjo importante en cuanto a establecer una tendencia hacia la terapia breve en Gran Bretaña. El proceso de selección propuesto por Malan consiste en partir de una historia psiquiátrica y una historia psicodinámica, y determinar cómo reacciona el paciente a las interpretaciones iniciales de lo que parecen ser sus conflictos neuróticos centrales. La aceptación por parte del paciente de las interpretaciones iniciales se considera una indicación del grado en que el proceso de la terapia podría desarrollarse satisfactoriamente. Los dos criterios de selección que surgen de esta evaluación son una estimación de la motivación inicial del paciente para el cambio, así como de lo que constituye el núcleo del problema que presenta el paciente. El segundo es particularmente importante y se considera como un buen elemento para pronosticar que la terapia está indicada, si el problema del paciente es de carácter edípico (habitualmente descrito como una triangulación formada por un objetivo que tiene el paciente, una interdicción o amenaza moral contra ese objetivo y una defensa utilizada para reducir la ansiedad).

Aproximadamente por la misma época, del otro lado del Atlántico, los trabajos de Peter Sifneos (1972) y David Mann (1973) trataban los mismos temas. Sifneos elaboró una psicoterapia breve, que operaba produciendo ansiedad, dirigida a producir cambios caracterológicos duraderos a través de la resolución de conflictos neuróticos. El procedimiento de Sifneos era también más directivo en su aplicación y se basaba más en la confrontación. Para decidir si se aceptaba o no a un paciente para esta terapia, se le hacía una entrevista inicial destinada a determinar su capacidad para: 1) comprometerse rápidamente, 2) tolerar la ansiedad provocada al sondear sus defensas y 3) adoptar una postura activa de trabajo durante el breve marco temporal propuesto. Además, se consideraba que las siguientes características pronosticaban un buen resultado con esta terapia:

1. Inteligencia superior al promedio.
2. Presencia de por lo menos una relación significativa en la historia de la vida del paciente.

3. Capacidad para interactuar satisfactoriamente con el evaluador.
4. Un problema principal circunscrito.
5. Motivación para cambiar.

La obra de David Mann (1973) también presenta puntos en común con los otros dos enfoques descritos, en tanto destaca la importancia de identificar un problema principal en el que centrar la terapia. Según Mann, los pacientes idealmente adecuados para este enfoque suelen ser los que se encuentran en medio de una crisis de desarrollo, como por ejemplo, los estudiantes universitarios que se enfrentan con problemas relacionados con el hecho de separarse de sus padres o a la definición de su identidad social, sexual y vocacional. Mann no es tan estricto como Sifneos en especificar la necesidad de que sus pacientes tengan una inteligencia superior. El principal indicador de adecuación, para Mann, posiblemente sea la capacidad de identificar un conflicto central que pueda ser tratado en la terapia. Mann menciona diversos conflictos concernientes a la independencia o la dependencia, la actividad o la pasividad, autoestima adecuada o autoestima reducida y dolor resuelto o no resuelto, como problemáticas especialmente pertinentes para este tipo de terapia.

Recientemente, H. Davanloo (1980) propuso un enfoque que es más ambicioso en cuanto a su campo de aplicación. Davanloo amplió los criterios de selección para incluir a individuos que sufren diversas perturbaciones inhabilitantes crónicas, como trastornos obsesivo-compulsivos, neurosis fóbicas y hasta problemas caracterológicos en los que la presencia de varios conflictos activos a menudo impide que la terapia se centre en un único tema. Davanloo sostiene que también en estos casos de problemas más persistentes se puede lograr un cambio en un lapso relativamente breve (hasta un máximo de treinta sesiones de una hora). Los criterios que propone Davanloo para seleccionar pacientes para esta terapia son:

1. Presencia de relaciones significativas en el pasado.
2. Capacidad para tolerar la ansiedad, la culpa y demás.
3. Interés por la psicología.

4. Motivación para tolerar el descubrimiento y la exploración de los problemas de carácter.
5. Respuestas positivas a las interpretaciones provisionales durante una entrevista de evaluación previa a la terapia.
6. Problemas que tienen un centro de gravedad predominantemente edípico.

Como ha quedado demostrado en esta breve reseña, las variantes actuales de la terapia psicodinámica breve tienen muchos puntos en común en lo que se refiere al intento de especificar qué pacientes habrán de beneficiarse más del tratamiento en cuestión. Los criterios de exclusión adoptados por estas terapias son también similares y su finalidad general es la de servir de filtro para exceptuar a los individuos con depresión grave y trastornos psicóticos esquizofreniformes, abuso prolongado de drogas, o diagnóstico de personalidad fronteriza [*borderline*] o seriamente perturbada. Esta combinación de criterios de inclusión y de exclusión ha llevado a algunos especialistas a preguntarse qué porcentaje de pacientes sería adecuado para las terapias de este tipo. El propio Sifneos (1979) sugiere que alrededor de un 20 % de los pacientes externos se adecuaría a este enfoque, mientras que Silver (1982), examinando las obras publicadas de Malan, también ha estimado que el 20 % de los pacientes externos resulta adecuado. Davanloo, en cambio, considera que su enfoque es eficaz para mucho más del 20 % de los individuos con problemas que acuden a los terapeutas.

#### CRITERIOS DE SELECCION PARA LA TERAPIA COGNITIVA

A medida que los enfoques cognitivos del tratamiento van ocupando un lugar cada vez más firme en el ámbito tradicional de la psicoterapia, suponemos que habrá una creciente necesidad de especificar qué pacientes son los que más se adecuan a este tipo de intervención.

Beck y colaboradores (1979) han abordado este punto especificando una serie de criterios que justificarían la aplicación exclusiva de la terapia cognitiva para el tratamiento de la depresión, dado que la medica-

ción no estaría indicada si el paciente se encuadra en los siguientes criterios:

1. Falta de respuesta a ensayos adecuados de dos antidepresivos.
2. Respuesta parcial a dosis adecuadas de antidepresivos.
3. Falta de respuesta o respuesta sólo parcial a otras psicoterapias.
4. Diagnóstico de trastorno afectivo pronunciado.
5. Estado de ánimo variable en reacción a factores del entorno.
6. Estado de ánimo variable en correlación con cogniciones variables.
7. Trastornos sintomáticos leves (del sueño, el apetito, el peso).
8. Prueba de realidad adecuada (por ejemplo, ausencia de alucinaciones o fabulaciones).
9. Margen de concentración adecuado y funcionamiento adecuado de la memoria.
10. Incapacidad de tolerar los efectos colaterales de la medicación, o pruebas de un riesgo excesivo asociado con la farmacoterapia.

Un aspecto llamativo de estos criterios es la relativa ausencia de la clase de variables psicológicas representadas en mayor grado en los esquemas de adecuación antes descritos. Además, la terapia cognitiva está indicada sólo después que la medicación u otras formas de terapia hayan dado resultados no satisfactorios. El acento, por consiguiente, está puesto en determinar los candidatos adecuados a partir de su falta de adecuación a otras modalidades terapéuticas, más que en identificar rasgos indicativos de un pronóstico positivo para la terapia cognitiva.

Dos estudios recientes se han dirigido a investigar empíricamente los factores pronosticadores del resultado de la terapia cognitiva breve. M. J. V. Fennell y J. D. Teasdale (1987) comprobaron que los pacientes que respondían positivamente a una fundamentación del tratamiento presentada por escrito y que manifestaban una respuesta positiva a las tareas domiciliarias asignadas sacaban mayor provecho de la terapia cognitiva que los que no lo hacían. Persons, Burns y Perloff (1988) encontraron que los siguientes factores pronostican un buen resultado: 1) bajos puntajes iniciales en el Inventario de la Depresión de Beck, 2) cumplimiento

de las tareas domiciliarias y 3) ausencia de síntomas endógenos. También constataron que los pacientes con trastornos de la personalidad tenían mayor tendencia a terminar prematuramente la terapia.

#### NUESTRO ENFOQUE

Durante los últimos cinco años hemos estado elaborando criterios de selección y un formato de entrevista para evaluar la adecuación de los pacientes a la terapia cognitiva breve. Desde un punto de vista práctico, nuestros esfuerzos estuvieron inicialmente motivados por el deseo de reducir el número y aumentar la eficiencia de las derivaciones de pacientes a la Unidad de Terapia Cognitiva del Instituto de Psiquiatría Clarke, de Toronto. Habíamos observado que una consecuencia de la política de aceptar a todos los pacientes que nos eran derivados, sin restricción, era que siempre había un porcentaje para quienes la terapia cognitiva breve demostraba ser una modalidad terapéutica improductiva. Además, esta constatación a menudo se hacía evidente bastante pronto en el proceso de tratamiento, pero una vez que los pacientes habían tenido unas cuantas sesiones era difícil terminar el tratamiento y derivarlos a otro profesional sin concluir el protocolo de la terapia. Nos pareció que sería útil diseñar un método para reducir al mínimo la posible frustración, tanto para el paciente como para el terapeuta: un formato de entrevista o de examen que nos permitiera seleccionar a los pacientes más adecuados para el tratamiento en nuestra unidad.

Los criterios que hemos formalizado en el proceso de selección naturalmente reflejan el punto de vista teórico que desarrollamos en nuestra clínica y que hemos expuesto en este libro. Pero al mismo tiempo, este punto de vista teórico es congruente con algunas tendencias más generalizadas que se están dando en el campo de la terapia cognitiva, como la de destacar el papel de las emociones en el proceso de cambio (Foa y Kozak, 1986; Guidano, 1987; Mahoney, 1985; Rachman, 1980), la creciente importancia que se concede a la relación terapéutica (por ejemplo, Jacobson, 1989; Young, en prensa) y el reconocimiento del rol de los operativos de seguridad para mantener un sentido coherente de sí mismo

(Guidano y Liotti, 1983) o un sentido de la posibilidad de tener relaciones interpersonales (Safran, 1984a, 1984b, 1990a, 1990b). Por este motivo, creemos que la utilidad del procedimiento de selección propuesto se extiende más allá del enfoque específico descrito en este libro, si bien diversos terapeutas o investigadores probablemente quieran efectuarle ciertas modificaciones al procedimiento, para satisfacer los requisitos de sus modalidades específicas.

Para elegir los puntos a incluir en nuestra entrevista de evaluación, nos basamos en aportaciones recogidas de trabajos anteriores (véanse Budman y Gurman, 1988; Horowitz y otros, 1984) y en el reconocimiento de que, en el presente, el factor más fiable para predecir el resultado de la psicoterapia es la calidad de la alianza terapéutica.

La conceptualización de Bordin (1979) de la alianza terapéutica como conjunción de tres componentes: vínculo, tarea y meta, nos proporcionó un importante punto de partida para nuestra elaboración. Al procurar esclarecer las tareas y metas importantes en nuestro enfoque terapéutico, pudimos identificar determinadas características específicas que seguramente se requeriría que presentaran los candidatos adecuados.

Durante un prolongado período nos movimos entre la teoría, la observación de entrevistas preliminares y la evaluación del resultado clínico, modificando tanto nuestros criterios de selección como nuestras entrevistas preliminares a medida que teníamos más claro qué variables parecían ser las más aptas para predecir el resultado. A su debido tiempo, formalizamos diez criterios en una escala de puntuación y elaboramos un manual anexo para el entrevistador (véanse en el apéndice I el manual del entrevistador y las descripciones de los ítems, en el apéndice II las escalas de puntaje en la entrevista y en el apéndice III la medición de la adecuación). La escala de puntuación para cada ítem consta de cinco aspectos descriptivos detallados que están destinados a incrementar la fiabilidad de las puntuaciones. Se asignan puntuaciones de medio punto. El manual para el entrevistador tiene por finalidad orientar a quien realiza la entrevista en la búsqueda de la información requerida para establecer puntuaciones fiables. Esta entrevista está diseñada para ser utilizada de un modo clínicamente sensible, y el orden de los ítems examinados puede modificarse para satisfacer los requisitos de cada situación en particular.

Un rasgo importante de la entrevista es el uso de "sondeos sucesivos" destinados a incrementar la posibilidad de que los pacientes exhiban capacidades significativas que podrían no ser inmediatamente evidentes. Por ejemplo, el paciente que tiene dificultades para lograr el acceso a sus pensamientos automáticos referentes a algo que le sucedió durante la semana podría ser capaz de detectar sus pensamientos automáticos sobre algo que está teniendo lugar en la sesión. La entrevista está diseñada para que pueda completarse en una hora, aunque por lo general se concierta una segunda entrevista para la devolución al paciente y completar cualquier información que falte. Otra ventaja de concertar una segunda entrevista es que la misma le permite al entrevistador evaluar si el paciente cumple o no una tarea asignada entre una sesión y la siguiente. Los diez ítems son:

1. Posibilidad de acceso a los pensamientos automáticos.
2. Conciencia y diferenciación de las emociones.
3. Aceptación de la responsabilidad personal por el cambio.
4. Compatibilidad con los fundamentos cognitivos.
5. Potencial para la alianza: pruebas internas a la sesión.
6. Potencial para la alianza: pruebas externas a la sesión, incluyendo terapias anteriores.
7. Cronicidad de los problemas.
8. Operativos de seguridad.
9. Focalidad.
10. Optimismo general respecto de la terapia.

*Acceso a los pensamientos automáticos.* Determinar la facilidad o dificultad que tienen los pacientes para informar sobre las interpretaciones o apreciaciones que hacen en situaciones problemáticas es importante, debido a que una tarea fundamental en la terapia cognitiva consiste en ayudar a los pacientes a descentrarse de estas apreciaciones relativamente automáticas y a experimentar su propio papel en la interpretación de la realidad.

*Conciencia y diferenciación de las emociones.* Este ítem determina la capacidad del paciente para catalogar diferentes estados emocionales en retrospectiva, así como su capacidad de experimentar emoción en el

presente. La detección de fluctuaciones en el estado de ánimo es un requisito previo esencial para observar los pensamientos automáticos. Lo que es más, la capacidad de experimentar la emoción pertinente en la sesión es importante para tener acceso a los procesos cognitivos pertinentes y expresar interpretaciones tácitas. Esta capacidad de reexperimentar situaciones de un modo emocionalmente vívido significa que la clase de procesamiento de información característica de una situación pasada tenderá a volver a ocurrir en la sesión y, por lo tanto, estará más accesible a efectos de ser explorada.

*Aceptación de la responsabilidad personal por el cambio.* Este ítem sirve para averiguar el grado en que los pacientes pueden ver el papel que les corresponde en su propia recuperación. Las posibilidades van desde los modelos de cambio según los cuales el profesional le hace algo al paciente (por ejemplo, recetarle medicamentos, decirle cuál es el problema), hasta los modelos en los que el paciente asume un rol más activo en su propia terapia. Este ítem se superpone en parte con el siguiente.

*Compatibilidad con la fundamentación cognitiva.* Este ítem está destinado a determinar el grado en que el paciente aprecia el valor de ciertas tareas importantes, como las de explorar la relación entre sentimientos y pensamientos, utilizar la relación terapéutica como vehículo para la auto-exploración, verificar expectativas y llevar a cabo tareas domiciliarias.

*Potencial de la alianza: pruebas internas y externas a la sesión.* Los dos ítems siguientes evalúan el potencial del paciente para formar una alianza terapéutica. Las pruebas internas a la sesión se recogen juzgando la calidad de la relación entre el terapeuta y el paciente, mientras que las pruebas externas a la sesión se basan en una historia de anteriores relaciones significativas, incluyendo terapias previas. Estos ítems son compatibles con el componente *vínculo* señalado por Bordin.

*Cronicidad de los problemas.* Este ítem se refiere a la duración de los problemas del paciente. Se parte de la hipótesis de que los problemas que muestran un curso crónico serán más difíciles de tratar y probablemente requerirán una terapia de tiempo menos limitado. En consecuencia, los pacientes que obtienen una puntuación muy baja en este ítem se consideran menos adecuados que aquellos cuyo cuadro de síntomas indica que su problema es de aparición más reciente.

*Operativos de seguridad.* Este ítem está destinado a evaluar los operativos de seguridad existentes basados en la interacción entre el terapeuta y el paciente dentro de la sesión. Se procura determinar el grado en que la intensidad de los operativos de seguridad del paciente podrían impedirle lograr un grado razonable de autoexploración dentro de un contexto temporal breve. Si los pacientes ponen en marcha operativos de seguridad que parecen tender a bloquear la autoexploración, el entrevistador procurará evaluar si son receptivos a la metacomunicación sobre estos operativos y sobre la experiencia en que se basan. En el manual del entrevistador (Apéndice I) se indican pruebas de evaluación específicas a estos efectos. Los pacientes que no parecen receptivos a la autoexploración o la metacomunicación podrían llegar a serlo más adelante, pero es probable que requieran una forma de terapia más prolongada en la que su ansiedad se vaya atemperando con el desarrollo de una relación de confianza.

*Focalidad.* Este ítem tiene por finalidad medir la capacidad del paciente para centrar su atención en un problema. Esto es particularmente importante en el tratamiento breve, en el que el tiempo es limitado. Los pacientes que tienen dificultades para identificar y explorar un tema fundamental subyacente pueden requerir una forma de terapia más prolongada.

*Optimismo o pesimismo general respecto de la terapia.* Con este ítem se estiman las esperanzas de los pacientes en cuanto a que el proceso de la terapia produzca un cambio en su vida.

Para tener una descripción más completa de estos ítems y una explicación del contexto en el que se examinan durante la entrevista, sírvase el lector consultar el manual para el entrevistador en el Apéndice I y las escalas de puntuación en el Apéndice II.

#### FIABILIDAD DEL ESQUEMA DE CODIFICACION

En un estudio de la fiabilidad, tres calificadores evaluaron un total de once entrevistas de adecuación realizadas por cuatro entrevistadores distintos. Todas las calificaciones se asignaron partiendo del punto más bajo

de la escala, para ir ascendiendo a criterio del calificador. Esta forma de asignar calificaciones es similar a la empleada en otras escalas de puntuación psiquiátricas (por ejemplo, la Escala de Evaluación Global del Funcionamiento, DSM-III R). Se calcularon los coeficientes de correlación intraclase para determinar el nivel de coincidencia entre los calificadores para cada ítem. Los resultados fueron los siguientes:

Item	Confiabilidad
1. Acceso a los pensamientos automáticos	0,82
2. Conciencia de las emociones	0,75
3. Aceptación de la responsabilidad por el cambio	0,77
4. Compatibilidad con la fundamentación	0,86
5. Alianza en la sesión	0,82
6. Alianza fuera de la sesión	0,80
7. Cronicidad	0,98
8. Operativos de seguridad	10,76
9. Focalidad	0,46
10. Optimismo/pesimismo	0,76

Estos coeficientes indican una fiabilidad razonablemente buena entre calificadores.

#### ESTRUCTURA FACTORIAL Y VALIDEZ

En tanto los ítems individuales para la entrevista de adecuación se elaboraron sobre la base de conceptos que se consideró que reflejaban las tareas y metas importantes en la terapia cognitiva, aún quedaba por determinar si estos elementos se enlazaban de un modo significativo unos con otros. Para examinar este punto, se efectuó un análisis factorial con cuarenta y dos ítems de la clínica, y se examinó el grado de correlación entre los ítems y la estructura factorial de la entrevista de adecuación. El ítem relativo al optimismo/pesimismo no se incluyó en este análisis, debido a que se introdujo con posterioridad a los demás ítems y no se contaba con las correspondientes puntuaciones para la totalidad de los cuarenta y

dos sujetos. Las características de los sujetos de la muestra indicaban que el 52 % eran varones y el 48 % mujeres. Las edades oscilaban entre los 23 y los 62 años, con aproximadamente un 73 % de los sujetos comprendidos dentro de la franja de entre 23 y 42 años. El 45 % de la muestra estaba compuesto por sujetos casados en primeras o en segundas nupcias y el 40 % por solteros, mientras que tanto los separados como los divorciados representaban entre el 7 y el 8 %. Los trastornos de origen ansioso y la depresión unipolar eran las categorías de diagnóstico predominantes.

Tabla 10.1. Estructura del factor.

Factores	Porcentaje de variación		
Compatibilidad con las tareas y metas	34,8		
Vínculo	15,4		
Resistencia al cambio	11,9		
	62,1% Total		

  

Matriz factorial rotada	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Acceso a los pensamientos automáticos	0,89294	-0,01400	0,23871
Compatibilidad con la fundamentación cognitiva	0,74485	0,23034	-0,21587
Conciencia de las emociones	0,58566	0,16279	0,11463
Alianza en la sesión	0,23259	0,76770	-0,33295
Aceptación de la responsabilidad personal	0,07776	0,74225	0,25140
Alianza fuera de la sesión	0,20333	0,60511	0,52968
Cronicidad	-0,10897	-0,07302	0,73318
Focalidad	0,28940	0,16224	0,57298
Operativos de seguridad	0,49586	0,36616	0,50521

Se efectuó un análisis factorial de los componentes con una rotación varimax, del que se extrajeron tres factores que daban cuenta del 62,1 % de la variación (véase el cuadro 10.1). El factor 1 se componía de los ítems correspondientes al acceso a los pensamientos automáticos, a la

compatibilidad con la fundamentación cognitiva y a la conciencia y diferenciación de las emociones, y daba cuenta del 34,8 % de la variación. El factor 2 estaba compuesto por los ítems que evaluaban la alianza en la sesión, la aceptación de la responsabilidad personal por el cambio y la alianza fuera de la sesión, y daba cuenta del 15,4 % de la variación. Por último, el factor 3 se componía de los ítems relativos a la cronicidad de los problemas, la focalidad y los operativos de seguridad. Daba cuenta del 11,9 % de la variación.

La estructura factorial extraída parece ser conceptualmente significativa. El factor 1 al parecer refleja tanto la capacidad para comprometerse con las tareas de la terapia cognitiva, como una convicción general por parte del paciente de que las tareas y metas son pertinentes. Mientras que las dimensiones correspondientes al acceso a los pensamientos automáticos, así como a la conciencia y diferenciación de las emociones, dan la medida de la capacidad de efectuar determinados tipos específicos de autoexploración, la compatibilidad con la dimensión de la fundamentación cognitiva indica el grado en que el paciente cree en la pertinencia de las diversas tareas y metas del tratamiento en un sentido más general.

El factor 2 parece estar más estrechamente relacionado con el componente *vínculo* de la alianza terapéutica. El agrupamiento de la dimensión de la aceptación de la responsabilidad personal con las dos dimensiones correspondientes a la alianza podría reflejar la posibilidad de que la existencia de cierto nivel de responsabilidad personal por el cambio fuera un requisito previo para establecer el tipo de relación de rol que permite la formación de un buen vínculo. Los pacientes que adoptan una actitud externalizadora hacia sus problemas a menudo se perciben a ellos mismos como víctimas y a los demás (incluido el terapeuta) como individuos maliciosos y/o no dispuestos a prestar ayuda. Este tipo de esquema interpersonal puede fácilmente conducir a la sospecha y la desconfianza, lo que dificultaría la posibilidad de establecer un buen vínculo terapéutico.

El factor 3 se relaciona con la resistencia del problema al cambio. El agrupamiento de la cuestión de la focalidad y la de los dispositivos de seguridad podría reflejar el hecho de que las dificultades para centrarse en el problema a menudo se derivan de una evitación de los temas que

provocan ansiedad. La asociación de estas dos dimensiones con la de la cronicidad es particularmente interesante, dado que las primeras dos dimensiones implican una evaluación del comportamiento dentro de la sesión, mientras que la última consiste en una simple estimación de la duración del problema. La cuestión de si los operativos de seguridad más extremos dan lugar a problemas más crónicos o viceversa es objeto de hipótesis. Una de ellas es que, en casos extremos, la puesta en marcha de intensos operativos de seguridad en el pasado puede haber tenido el efecto de tornar más resistentes al cambio los problemas del paciente, al impedirle tener experiencias interpersonales potencialmente terapéuticas, lo que podría continuar siendo un obstáculo para el cambio en la terapia.

En un segundo análisis se evaluó la correlación entre el resultado de la entrevista y la medición de la alianza terapéutica realizada en la tercera sesión con la técnica del autoinforme. Esta comparación es importante para determinar si la entrevista suministra información no redundante respecto de la que daría un simple inventario del autoinforme de la relación terapéutica. Al final de la tercera entrevista se administró a los pacientes el Inventario de la Alianza de Trabajo (IAT) (Horvath y Greenberg, 1986) y se calcularon las correlaciones por separado entre la puntuación total obtenida en el IAT y cada una de las dimensiones de la estimación de la adecuación, así como la puntuación media de adecuación. La única correlación significativa que se halló fue con la valoración obtenida en la entrevista del ítem "alianza dentro de la sesión":  $r = 0,47$  ( $p < 0,05$ ). Esto sugiere que: 1) la puntuación de la alianza terapéutica basada en datos internos a la sesión obtenidos en la entrevista se relaciona con la evaluación de la alianza terapéutica desde la perspectiva del paciente en el IAT y 2) las otras nueve dimensiones incluidas en la entrevista aportan información que no es redundante con la del IAT. El resultado de este análisis, por lo tanto, proporciona datos preliminares pertinentes de la validez convergente del ítem de la alianza en la sesión y tiende a corroborar la validez discriminante de la entrevista en su conjunto.

## VALIDEZ PREDICTIVA

Los datos referentes a la validez como pronóstico de la entrevista de adecuación se analizaron calculando las correlaciones de Pearson entre la media de las puntuaciones de adecuación y las mediciones de la evaluación global (administradas sólo al finalizar la terapia) y calculando las correlaciones parciales (teniendo en cuenta el nivel de gravedad previo a la terapia) con las mediciones del resultado administradas antes y después de la terapia. (Las correlaciones parciales negativas indican una asociación positiva entre puntuaciones elevadas de adecuación y niveles bajos de sintomatología al finalizar el tratamiento.) Todas las correlaciones halladas fueron significativas (véase el cuadro 10.2). La media de la puntuación de adecuación se correlacionaba en 0,34 con las estimaciones globales del éxito del tratamiento efectuadas por el terapeuta, y en 0,33 con las estimaciones globales del éxito efectuadas por el paciente. Las correlaciones parciales entre la puntuación media de adecuación, las estimaciones por parte del terapeuta de los problemas centrales y las estimaciones del paciente de los problemas centrales fueron de  $-0,55$  y  $-0,34$  respectivamente.

El puntaje medio de adecuación también mostró una significativa correlación con el resultado, evaluado mediante diversos tests psicométricos. La correlación parcial entre la puntuación media de adecuación y el Inventario de la Depresión de Beck al finalizar la terapia fue de  $-0,45$ . Las correlaciones parciales con las dos subescalas del Cuestionario de Pensamientos Automáticos (Hollon y Kendall, 1980) fueron de  $-0,54$  (frecuencia de los pensamientos automáticos) y de  $-0,54$  (grado de creencia). Además, la puntuación de adecuación total demostró una correlación significativa con el cambio en ciertas características de la personalidad, estimado con las escalas de los rasgos evitativo ( $r = -0,43$ ), dependiente ( $r = -0,43$ ) y pasivo-agresivo ( $r = -0,45$ ) del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (Millon, 1981).

Tabla 10.2. Correlaciones entre el puntaje medio de adecuación y estimaciones del resultado de la terapia.

	Puntuación media de adecuación
<i>Estimaciones del éxito global</i>	
Estimación por el terapeuta del éxito global	0,34*
Estimación por el paciente del éxito global	0,33*
<i>Puntuaciones al finalizar la terapia</i>	
Estimaciones por el terapeuta de los problemas centrales	-0,55***
Estimaciones por el paciente de los problemas centrales	-0,34*
Inventario de la Depresión de Beck	-0,46*
Cuestionario de pensamientos automáticos (Frecuencia)	-0,54**
Cuestionario de pensamientos automáticos (Grado de creencia)	-0,54**
Inventario Clínico Multiaxial de Millon:	
—evitativo	-0,43*
—dependiente	-0,43*
—pasivo/agresivo	-0,45*

Nota:

1. Se calcularon correlaciones de Pearson entre puntuaciones medias de adecuación y estimaciones totales del éxito.
2. Se calcularon correlaciones parciales con puntuaciones posteriores a la terapia en todas las demás medidas, controlando puntuaciones previas a la terapia.
3. Las correlaciones negativas indican una relación entre puntuaciones elevadas de adecuación y niveles bajos de sintomatología al finalizar la terapia.

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

\*\*\*  $p < 0,001$

RESUMEN

Estos datos suministran pruebas preliminares de la validez conceptual y la utilidad pronóstica de la entrevista. Esta parece tener una estructura factorial teóricamente significativa, y se han obtenido pruebas preliminares de su validez convergente y discriminante. Además, se encontraron correlaciones significativas entre la puntuación de adecuación total y una serie de mediciones del resultado. Los resultados se comparan muy favorablemente con los de otros intentos de pronosticar el resultado de la terapia.

Por ejemplo, Marmar y sus colegas (1986) obtuvieron correlaciones del orden de 0,27 y 0,35 en la versión con jueces externos del Sistema de Evaluación de la Alianza Terapéutica de California, y encontraron que había cierta consistencia en la predicción de las puntuaciones globales del resultado, pero que las magnitudes específicas del cambio de los síntomas eran difíciles de pronosticar. Horvath y Greenberg (1986) constataron que el Inventario de la Alianza de Trabajo, si bien era útil para pronosticar los informes de cambios posteriores a la terapia de los pacientes, no pronosticaba los cambios en los síntomas específicos o las variables de la personalidad. La eficacia de la entrevista propuesta para pronosticar el resultado, de acuerdo con la estimación —efectuada tanto desde la perspectiva del paciente como de la terapeuta— del resultado global y también de los síntomas específicos y las variables de la personalidad es, por lo tanto, alentadora. Se requerirán futuras investigaciones para repetir estas comprobaciones con otras muestras.

## Capítulo 11

### CONCLUSION

#### RESUMEN DE LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

El enfoque terapéutico que hemos descrito se basa en varias tradiciones, como la terapia cognitiva, la terapia interpersonal, la terapia gestáltica y la terapia centrada en el cliente. Por consiguiente, tiene aspectos específicos en común con cada uno de estos enfoques. Pero debido a su carácter integrador, no se superpone por completo con ninguno de ellos. En este capítulo reseñamos los principios fundamentales de nuestro enfoque. En el Apéndice IV se incluye una escala de adhesión a la terapia, que puede utilizarse con fines de formación y para investigar y evaluar la adhesión de un terapeuta al protocolo del tratamiento.

Los principios fundamentales son:

1. Este enfoque promueve la exploración fenomenológica en lugar de la interpretación. Partimos de la base de que sólo los pacientes pueden ser expertos en lo que atañe a su propia experiencia, y el hecho de brindarles una interpretación de esa experiencia les priva de la importante oportunidad de dilucidarla por sí mismos. Una interpretación, incluso si es lo bastante acertada como para que el paciente la acepte, podría aun así no captar los matices sutiles de la experiencia afectiva. Lo que es más, una interpretación podría ser lo suficientemente concordante con la experiencia interior del paciente como para ser "incorporada", pero también sutilmente discordante de un modo que altera la índole de

esa experiencia. Esto es semejante a un fenómeno que Stern (1985) llamó "robo emocional", en el que una madre concuerda con el estado de su bebé, establece una experiencia compartida y luego modifica la experiencia de modo tal que ésta se pierde para el niño.

2. Se promueve detectar y modificar procesos cognitivos de un modo emocionalmente inmediato. Se parte de la base de que los procesos cognitivos que se separan de las experiencias afectivas de los pacientes no representan plenamente sus experiencias. Por este motivo, trabajar de un modo emocionalmente inmediato es fundamental para el cambio.
3. Se promueve utilizar la relación terapéutica como un laboratorio para explorar procesos cognitivo-afectivos y cuestionar esquemas interpersonales. No se presupone, sin embargo, que los patrones que se ponen de manifiesto en la relación terapéutica son necesariamente análogos a otros patrones importantes en la vida del paciente. Se recomienda, por consiguiente, que los terapeutas asuman la responsabilidad correspondiente a su papel en la interacción.
4. Se promueve explorar en profundidad los procesos interpretativos del paciente en el contexto de la interacción terapéutica, antes de identificar patrones interpersonales en forma explícita. Como regla, toda vinculación de la interacción terapéutica con otras relaciones interpersonales se efectúa *después* de que una interacción específica terapeuta/paciente ha sido explorada en profundidad, el terapeuta ha reconocido su aporte a la interacción y el paciente ha adquirido una sensación tangible de su propia experiencia interior durante esta interacción. El paciente puede luego vigilar la ocurrencia de experiencias similares entre sesiones.
5. Se recomienda formular una conceptualización del esquema interpersonal del paciente y revisarla continuamente.
6. Se recomienda que el terapeuta utilice sus propios sentimientos para generar hipótesis sobre patrones interpersonales que son característicos del paciente, como también para ayudar a identi-

ficar marcadores interpersonales o actos y comunicaciones interpersonales característicos que juegan un papel importante en los ciclos cognitivo-interpersonales de los pacientes.

7. Se promueve utilizar los marcadores interpersonales como coyunturas para la exploración cognitivo-afectiva.
8. Se promueve fomentar la generalización, tanto a través de la exploración en profundidad de acontecimientos externos a la sesión como mediante la asignación de experimentos entre sesiones. Las creencias y expectativas que se descubren al utilizar como vehículo la relación terapéutica se convierten en objetivos para el autoexamen y la posterior experimentación entre sesiones.
9. Se recomienda lograr el compromiso del paciente como colaborador activo para explorar y poner a prueba creencias y expectativas, tanto en la relación terapéutica como fuera de la terapia. El terapeuta facilita el procesamiento de esquemas que desmienten información empleando intervenciones cognitivas activas, para exponer explícitamente las expectativas del paciente e instarle a advertir si estas expectativas están siendo confirmadas.
10. Se destaca la importancia de detectar y resolver rupturas en la alianza terapéutica. El terapeuta está permanentemente atento a las fluctuaciones en su experiencia de la distancia interpersonal con el paciente y utiliza esta experiencia como un indicio de la calidad de la alianza. Se parte de la hipótesis de que la reparación de rupturas en la alianza es un factor de cambio particularmente potente.
11. Se promueve que el terapeuta cumpla un papel activo en la exploración de los procesos cognitivo-afectivos del paciente y en el diseño de experimentos, a la vez que se mantiene receptivo a los hechos que surjan en el momento e indiquen la necesidad de cambiar de centro de atención.
12. Se promueve mantener un objetivo terapéutico prestando suma atención a lo que es emocionalmente vívido para los pacientes y utilizando una reflexión empática acertada para facilitar la profundización de la experiencia, ayudando así a los pacientes a

tomar contacto con los problemas centrales. El juicio del terapeuta acerca de lo que es preponderante en cualquier momento dado se determina integrando varias fuentes de información en un nivel tácito, incluyendo el contenido verbal, la conducta no verbal y el grado de compromiso emocional del paciente, así como los sentimientos del terapeuta respecto de sus interacciones previas con el paciente y las interacciones del paciente con otras personas.

#### VÍAS DE INVESTIGACION

Nuestro enfoque sugiere varias vías importantes de investigación, que se pueden dividir en dos categorías generales: estudios del resultado de la psicoterapia y estudios del proceso de la psicoterapia.

##### *Estudios del resultado*

La primera estrategia general consiste en utilizar un enfoque de ensayo clínico y análisis convencional de un conjunto de sujetos para comparar la eficacia de una terapia cognitiva más tradicional (por ejemplo, Beck, Rush y otros, 1979) con la aquí descrita. En esta clase de estudio, es importante emplear una amplia variedad de mediciones contingentes para evaluar cambios que, en teoría, tendrían mayores probabilidades de ser activados mediante un enfoque cognitivo integrador que a través de la terapia cognitiva tradicional. Por ejemplo, podría suceder que mientras la terapia cognitiva tradicional conduce a la remisión de la sintomatología depresiva, un enfoque más integrador tendría efecto sobre otros aspectos más sutiles del funcionamiento interpersonal.

En este tipo de estudio, es esencial disponer de un adecuado período de seguimiento. Mientras que una terapia cognitiva de forma pura y un enfoque más integrador pueden parecer igualmente eficaces en el momento de finalizar la terapia, es posible que el seguimiento revele ciertas diferencias. Podría suceder que un terapeuta cognitivo que aplica

la forma pura, aunque logre la remisión de los síntomas al terminar el tratamiento, confirme sin darse cuenta algunas creencias disfuncionales sobre las interacciones entre el sí-mismo y los demás, por no atender adecuadamente la relación terapéutica, aumentando así el riesgo de que se produzca una recaída. Los terapeutas cognitivos integradores, en cambio, podrían lograr cambios más duraderos en la modificación de estructuras cognitivas disfuncionales, desmintiendo las expectativas interpersonales disfuncionales por medio de su propia conducta en las sesiones. En el seguimiento, por lo tanto, podrían aparecer diferencias que no se manifiestan en el momento de la terminación de la terapia.

Mientras que este tipo de estudio basado en un ensayo clínico puede tener cierta utilidad para demostrar la conveniencia de un enfoque más integrador, el hecho de que los estudios de esta clase no revelen diferencias sistemáticas entre distintas formas de psicoterapia sugiere que podría requerirse otra estrategia de investigación. Una segunda estrategia de investigación consiste en identificar fracasos del tratamiento en la terapia cognitiva tradicional y evaluarlos para ver si la utilización del enfoque propuesto puede producir un cambio en aquellos pacientes que no han mejorado con tal tratamiento. Esta estrategia general de investigación tiene la ventaja de sacar partido de una importante intuición acerca de por qué un enfoque integrador podría ser preferible a la terapia cognitiva de forma pura. En todo estudio sobre una forma de psicoterapia, siempre hay pacientes que mejoran con el tratamiento y otros que no mejoran. Los pacientes que ya han mejorado con una determinada psicoterapia de forma pura difícilmente lograrán alguna mejoría adicional con un tratamiento integrador, pero los que no han mejorado con la psicoterapia de forma pura (es decir, los que tienen dificultades para establecer una alianza terapéutica adecuada o los que tienen dificultades para lograr acceso a los procesos cognitivos importantes) tienen probabilidades de beneficiarse de un enfoque integrador.

Dado que en todo ensayo clínico para comparar la eficacia de una psicoterapia integradora y otra de forma pura se encontrará una gran proporción de pacientes que han logrado una mejoría sustancial con la psicoterapia de forma pura, es posible que las diferencias entre ambos enfoques queden diluidas. Por consiguiente, la estrategia del ensayo clínico

convencional podría no ser suficientemente eficaz para detectar diferencias entre estos dos enfoques, debido a que se basa en datos globales y no tiene en cuenta diferencias individuales pertinentes.

Por esta razón, otra estrategia más eficaz podría ser la de partir de un gran número de pacientes en condiciones de tratamiento correspondientes a una terapia cognitiva más tradicional, y luego identificar a aquellos que no parecen estar mejorando después de cierto tiempo de terapia. Una vez identificados los casos potenciales de fracaso del tratamiento, pueden distribuirse al azar de modo que en algunos se continúe con el tratamiento original y en otros se agreguen componentes de la terapia integradora a su tratamiento.

Una segunda estrategia posible para investigar los resultados consiste en identificar por adelantado a los pacientes para los que se pronostica un fracaso potencial del tratamiento con la terapia cognitiva tradicional (por ejemplo, pacientes con trastornos de personalidad diagnosticados) y asignarlos al azar a la terapia cognitiva tradicional o al enfoque integrador en un estudio de ensayo clínico.

### *Estudios del proceso*

Otra vía de investigación importante se dirige a evaluar hipótesis sobre los mecanismos a través de los que se produce el cambio, partiendo de la hipótesis básica de la preeminencia de la alianza terapéutica en el proceso de la terapia. Los datos preliminares obtenidos en nuestra clínica indican que la calidad de la alianza terapéutica no tiene valor pronóstico cuando los pacientes son tratados de acuerdo con el enfoque descrito en este libro (Safran, 1989). Veintidós pacientes con diagnósticos de depresión y trastornos relacionados con la ansiedad fueron tratados en un protocolo de veinte sesiones. Tras la tercera sesión se les administró el Inventario de la Alianza de Trabajo (IAT) (Horvath y Greenberg, 1986) y también la Escala de la Alianza Psicoterapéutica de California (EAPCAL), y se comprobó que ambos instrumentos suponían un pronóstico significativo del resultado en una serie de mediciones contingentes, incluyendo las estimaciones del terapeuta y del paciente sobre el éxito

global de la terapia, la estimación del terapeuta respecto del problema central y el Inventario de la Depresión de Beck. Será importante, para futuras investigaciones, repetir estas comprobaciones con muestras más extensas.

Otra importante línea de investigación consiste en investigar el proceso a través del cual se revuelven las rupturas en la alianza terapéutica. Safran, Crocker y colaboradores (en prensa) han elaborado un modelo preliminar de este proceso, que consta de siete etapas:

1. El terapeuta empatiza con los sentimientos negativos y centra la atención en el aquí y ahora.
2. El paciente adopta una conducta autoafirmativa alternando con la de deferencia o dependencia.
3. El terapeuta explora los temores del paciente a expresar sus sentimientos negativos directamente.
4. El paciente tiene acceso a sus temores a expresar sentimientos negativos y autoafirmarse.
5. El terapeuta empatiza con estos temores.
6. El paciente expresa sentimientos negativos de un modo directo y autoafirmativo.
7. El terapeuta convalida la experiencia del paciente y reconoce su propio papel en la interacción.

Actualmente estamos perfeccionando el modelo mediante una combinación de metodologías de investigación cualitativas y cuantitativas, dirigidas a operacionalizar las etapas con sistemas fiables de codificación de procesos y buscar patrones recurrentes en distintos casos. Un paso importante será poner a prueba una versión perfeccionada del modelo, evaluando si las etapas postuladas se asocian regularmente con rupturas en la alianza que son resueltas.

Otra vía de investigación relevante será evaluar la hipótesis central de que las interacciones terapeuta-paciente que desmienten los esquemas interpersonales disfuncionales del paciente se relacionan positivamente tanto con el resultado inmediato como con el resultado final. A estos efectos, primero habrá que elaborar un procedimiento para formular de

manera fiable la índole del esquema interpersonal disfuncional nuclear del paciente y evaluar si los actos del terapeuta tienden a confirmar o desmentir el esquema.

Esto se podría efectuar adaptando la metodología de Weiss y colaboradores (1987) para evaluar creencias patogénicas y tests pertinentes en terapia psicodinámica. La serie de estudios realizados por estos investigadores ha demostrado que las creencias patógenas de los pacientes pueden formularse de manera fiable y que el desmentido de esas creencias se relaciona con el resultado tanto inmediato como final. G. Silberschatz (1987), por ejemplo, demostró que el desmentido de creencias patógenas se correlaciona significativamente con una reducción inmediata de la ansiedad del paciente, una mayor relajación y una mejora en el abordaje de material complejo, arriesgado o no trivial. J. Caston, R. Goldman y M. McClure (1987) encontraron una relación entre el desmentido de creencias patógenas en sesión y un aumento inmediato en la comprensión y explicación de material no trivial. Silberschatz, Fretter y Curtis (1986) encontraron una relación entre un aumento inmediato en el nivel de experienciación de los pacientes y el desmentido de creencias patógenas. También constataron que el buen resultado final se asociaba con una mayor proporción de intervenciones que desmienten creencias patógenas frente a intervenciones que las confirman.

Si bien existen ciertas diferencias teóricas entre el marco conceptual de Weiss y colaboradores y nuestro enfoque, Collins y Messer (1988) han demostrado recientemente que la metodología básica del Grupo de Mount Zion puede ser adaptada para utilizarla con una orientación teórica diferente. Un paso importante, por consiguiente, sería adaptar la metodología de Weiss y colaboradores para poder evaluar de manera fiable el concepto de esquema interpersonal descrito en este libro, poniendo a prueba la hipótesis de que las intervenciones del terapeuta que desmienten el esquema se relacionan con el resultado tanto inmediato como final. Una investigación relacionada con esto consistiría en evaluar la hipótesis de que la calidad de la alianza terapéutica varía según si el terapeuta actúa o no de un modo que desmiente el esquema interpersonal del paciente.

Otra línea más de investigación radica en evaluar la hipótesis de que

un factor que incide en el resultado inmediato de las intervenciones cuestionadoras de la terapia cognitiva tradicional (por ejemplo, examinar las pruebas o considerar alternativas) es si la intervención confirma o desmiente el esquema interpersonal disfuncional del paciente a nivel del proceso. Una tesis fundamental de nuestro enfoque es que el efecto de toda intervención es resultado de la interacción entre los rasgos particulares de esa intervención y el esquema interpersonal del paciente. Mediante el uso de una adaptación de la metodología de Weiss y colaboradores (1987), se podría poner a prueba esta hipótesis haciendo que varios encuestadores independientes evaluaran la cantidad de cambio cognitivo que tiene lugar tras cada intervención cuestionadora y luego estimaran el grado en que estas intervenciones confirman o desmienten el esquema. La teoría propuesta plantea la hipótesis de que toda intervención (ya sea una intervención cuestionadora en terapia cognitiva o una interpretación en terapia psicodinámica) que confirma el esquema interpersonal nuclear del paciente a nivel del proceso conducirá a un mal resultado inmediato, aun si es acertada o da en el blanco en cuanto al contenido.

Una última vía de investigación consiste en elaborar mediciones de los esquemas interpersonales de los pacientes, para evaluar luego si el cambio en estas mediciones se relaciona con el resultado del tratamiento y la preservación de los beneficios obtenidos. Safran, Hill y Ford, en un estudio piloto (expuesto en Safran, Segal y otros, en prensa), elaboraron un cuestionario para evaluar las expectativas de los sujetos respecto de cómo responderían tres personas significativas (madre, padre y amigo) a una gama de conductas interpersonales que podrían exhibir los sujetos. Se extrajeron dieciséis conductas interpersonales distintas del círculo interpersonal de Kiesler (1983). Cada una de estas conductas representaba uno de los dieciséis segmentos de dicho círculo. Se les pidió entonces a los sujetos que indicaran la clase de respuesta que esperaban de cada una de las tres personas significativas a cada una de las conductas y que le asignaran una puntuación a cada respuesta, según el grado en que la consideraban deseable. Se aplicó el cuestionario a noventa y nueve estudiantes universitarios, a los que luego se dividió en dos grupos, poco sintomáticos y altamente sintomáticos, sobre la base de sus respuestas a la

Lista de Control de Síntomas -90 (LCS-90) (Derogatis, 1977). Se encontró que los sujetos poco sintomáticos esperaban respuestas significativamente más deseables por parte de "los demás". Hill y Safran (1990) aplicaron el mismo cuestionario a una muestra de 216 estudiantes universitarios, a los que también se dividió en grupos de poco sintomáticos y altamente sintomáticos sobre la base de la LCS-90. En este estudio también se halló que los sujetos poco sintomáticos esperaban respuestas significativamente más deseables de "los demás" y que, además, esperaban respuestas significativamente más sociables, solidarias y confiadas. Por otra parte, el estudio indicó que los sujetos poco sintomáticos tendían a esperar respuestas complementarias a los actos interpersonales simpáticos, mientras que los sujetos altamente sintomáticos tendían a esperar respuestas complementarias a los actos interpersonales hostiles o agresivos. Actualmente estamos evaluando si los pacientes que muestran cambios en su respuesta a este cuestionario durante el curso de la terapia exhiben en el seguimiento una mayor preservación de los beneficios del tratamiento que los pacientes que no muestran cambios.

#### RESUMEN

El campo de la terapia cognitiva está actualmente en rápida expansión. Este libro representa un intento de sistematizar algunos de los cambios que se están produciendo en la práctica clínica, ampliando tanto la teoría como la técnica a través de la incorporación de principios procedentes de diferentes tradiciones terapéuticas. En este capítulo hemos reseñado los principios centrales del enfoque propuesto e indicado una serie de vías de investigación pertinentes. Nuestra aspiración es estimular la clase de investigación que seguirá dándole un fundamento empírico a éste y a otros futuros desarrollos, facilitando así la permanente vitalidad de esta modalidad terapéutica.

#### EPILOGO

*La verdadera vida es un encuentro. La relación con el Tú es directa. Ningún sistema de ideas, ninguna presciencia y ninguna fantasía se interponen entre Yo y Tú. El recuerdo mismo se transforma, cuando sale de su aislamiento y entra en la unidad del todo. Ninguna meta, ningún anhelo y ningún presentimiento se interponen entre Yo y Tú. El deseo mismo se transforma cuando sale de su sueño y aparece. Todo medio es un obstáculo. Sólo cuando todos los medios se han derrumbado, se produce el encuentro.*

MARTIN BUBER

#### EL AUTENTICO ENCUENTRO HUMANO

Debido a los ciclos cognitivo-interpersonales que son característicos de las personas que recurren a la terapia, los pacientes tienen dificultades para encontrarse con otras personas de un modo auténtico. Debido a su desesperada necesidad de tener relaciones interpersonales, reniegan de algunas partes de sí mismos. También les cuesta aceptar a los demás tales como son e intentan moldearlos para satisfacer su necesidad de contacto humano. A causa de las estrategias disfuncionales que han aprendido para mantener las relaciones interpersonales, tienen dificultades para revelar su auténtico yo a otras personas. Los demás, a su vez, se sienten distanciados por la falta de contacto de los pacientes consigo mismos y por sus maniobras interpersonales disfuncionales, y se comportan de un modo que confirma los peores temores de los pacientes respecto de las relaciones humanas. A los demás les cuesta percibir al paciente como

una persona total, por lo que se relacionan con las partes fragmentadas que se les presentan. Quedan enredados en el ciclo cognitivo-interpersonal del paciente y suprimen, o tienen dificultades para aceptar plenamente, los sentimientos contradictorios que éste a menudo les produce. Responden de diversas maneras según su propia necesidad de mantener la autoestima.

Los individuos que recurren a la terapia, por consiguiente, viven en un estado de desvinculación, tanto de sí mismos como de los demás. La finalidad de la terapia es ayudarles a reducir este estado de desvinculación. Para ello, el terapeuta debe superar los obstáculos a la relación interpersonal creados por su desvinculación de sí mismos y por sus estrategias disfuncionales para entablar relaciones interpersonales, y brindarles una relación en la que puedan aprender que no tienen por qué renegar de ciertas partes de su persona.

Mediante la no participación en sus ciclos cognitivo-interpersonales disfuncionales, el terapeuta les puede proporcionar a los pacientes una experiencia que está faltando en sus vidas: un auténtico encuentro humano, o lo que Buber llama una relación Yo-Tú. En este tipo de relación, el terapeuta acepta enteramente a los pacientes tales como son. En lugar de actuar llevado por la cólera, por el deseo de proteger su propia autoestima o de satisfacer sus propias necesidades, el terapeuta procura utilizar sus sentimientos como herramientas al servicio del paciente. En lugar de suprimir partes de sí mismo que le resultan amenazadoras, el terapeuta busca que intervengan en el proceso terapéutico. En lugar de tratar de usar a los pacientes para mantener su propia autoestima, el terapeuta se esfuerza por aceptarlos sea cual fuere su estado..., para relacionarse con ellos sin excluir ningún aspecto de su persona.

A lo largo de todo este libro hemos destacado la preeminencia de la relación terapéutica en la promoción del cambio. Hemos tratado de suministrar un marco teórico para esclarecer la conexión entre la relación y los aspectos técnicos de la terapia. De hecho, hemos sostenido que estos dos aspectos del proceso son en definitiva inseparables. También hemos aportado sugerencias técnicas para ayudar al terapeuta a hacer uso de la relación terapéutica a efectos de facilitar el proceso de cambio.

En última instancia, sin embargo, hay que recordar que todos los

conceptos teóricos y las técnicas que se describen en este libro son meras herramientas; son instrumentos destinados a ayudar al terapeuta a superar los obstáculos a la posibilidad de tener una relación Yo-Tú con el paciente. Pero estas técnicas pueden a su vez convertirse en obstáculos si se las usa para eludir auténticos encuentros humanos, y no para facilitarlos. Como expresa un viejo proverbio zen: "Las buenas herramientas en manos de un mal hombre se convierten en herramientas malas". El terapeuta prudente, por lo tanto, no debe confundir el particular vehículo de cambio descrito en este libro con la esencia subyacente del cambio.

Los terapeutas que dejan que los conceptos les impidan ver la realidad de lo que verdaderamente les está sucediendo a sus pacientes en el momento presente se relacionan con el paciente como con un objeto, o en términos de Buber, como un "Eso" en lugar de un "Tú". Los terapeutas que se ocultan tras la seguridad del marco conceptual que aportamos en vez de arriesgarse a tener encuentros humanos auténticos, que podrían llevarles a trascender todos los roles y preconcepciones acerca de cómo deberían ser ellos mismos, desecharán la posibilidad de tener precisamente las experiencias en materia de relaciones humanas que serán terapéuticas para sus pacientes.

Esto no significa que los conceptos y las técnicas no sean importantes, o que el terapeuta nunca deba objetivar al paciente. El proceso de la observación participante en ocasiones requiere tratar tanto al paciente como al sí-mismo como objetos. En última instancia, sin embargo, el terapeuta debe ser capaz de trascender este proceso objetivador para tener con el paciente un verdadero encuentro en el que ambas partes se vuelvan más plenamente humanas.

## Apéndice I

### ENTREVISTA PARA DETERMINAR LA INDICACION DE LA TERAPIA COGNITIVA BREVE

#### MANUAL DE CRITERIOS DE SELECCION

La finalidad de este manual es suministrar consignas generales para entrevistar a los pacientes a efectos de evaluar su adecuación a la terapia cognitiva breve. El manual se utilizará juntamente con los criterios de selección para la terapia cognitiva breve, y su objetivo es facilitar el proceso de obtener información que proporcione una base de datos apropiada para calificar los criterios de selección en una escala de nueve puntos. Las dimensiones a ser calificadas son:

1. posibilidad de acceso a los pensamientos automáticos
2. conciencia y diferenciación de las emociones
3. aceptación de la responsabilidad personal por el cambio
4. compatibilidad con los principios cognitivos
5. potencial de la alianza (datos internos a la sesión)
6. potencial de la alianza (datos externos a la sesión)
7. carácter crónico o agudo de los problemas
8. dispositivos de seguridad
9. focalidad
10. optimismo/pesimismo general respecto de la terapia.

Todas las dimensiones se califican en una escala de 9 puntos (de 1 a 5 con calificaciones de medio punto). En estas escalas, la calificación de 5 puntos indica el mejor pronóstico y la de 1 punto indica el peor pronóstico.

La entrevista debe durar alrededor de una hora. Es importante que el entrevistador cuente con alguna información biográfica, histórica y diagnóstica básica *antes* de la entrevista. La obtención de esos datos por adelantado le permitirá al entrevistador centrarse en los aspectos específicos que proporcionarán información pertinente para la estimación de los criterios de selección.

La entrevista no tiene ninguna estructura específica, y el entrevistador debe sentirse libre de pasar de un aspecto a otro según le parezca conveniente. Esto le

permitirá aprovechar el curso natural de la entrevista para tocar distintos aspectos en momentos clínicamente oportunos. Por ejemplo, si el paciente diera muestras de ansiedad, el entrevistador podrá sondear sus pensamientos automáticos, porque esto le suministrará importantes datos sobre la capacidad del paciente para lograr el acceso a estos pensamientos en el medio real y controlado de la situación terapéutica.

Un rasgo importante de esta entrevista es el uso de "sondeos sucesivos". Si, por ejemplo, el paciente revela espontáneamente sus pensamientos automáticos, es muy posible que no se requiera ningún sondeo adicional en este sentido. Pero si no surgen pensamientos automáticos, el entrevistador podrá alentar al paciente a describir una situación problemática dando detalles concretos. Si los pensamientos automáticos siguen siendo inaccesibles, el entrevistador podrá explorar los pensamientos del paciente acerca de la situación de entrevista. La idea básica es brindarles a los pacientes una oportunidad óptima para revelar cualquier capacidad que puedan tener y sea adecuada a la terapia.

Aunque no hay ninguna estructura rígida para la entrevista, por lo general es útil pedir un ejemplo lo antes posible. Una vez que el paciente da un ejemplo, quedan sentadas las condiciones para sondear el acceso a los pensamientos automáticos y la conciencia y la discriminación de las emociones.

#### POSIBILIDAD DE ACCESO A LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

Una vez que el paciente ha descrito una determinada situación problemática, el terapeuta puede aprovechar esta oportunidad para sondear sus pensamientos automáticos. Las preguntas "¿Qué estaba pensando usted en esa situación?" o "¿Recuerda qué le pasaba por la mente?" son ejemplos de formas simples y útiles de efectuar ese sondeo.

Si el paciente tiene dificultades para recordar o transmitir pensamientos automáticos, puede ser conveniente ayudarlo a revivir la situación en el presente haciendo que describa esa situación lo más concreta y vívidamente que le sea posible. Podría ser útil pedirle que recurra a la evocación de imágenes y trate de hacerse una representación mental de la situación y los acontecimientos precisos que tuvieron lugar.

Una vez que el paciente describe en forma vívida la situación, el entrevistador podrá hacerle preguntas como "¿Puede verse a usted mismo en esa situación ahora?". Si el paciente indica que puede hacerlo, el terapeuta le podrá preguntar: "¿Qué le está pasando por la mente? ¿Puede captar los pensamientos que tiene en este momento?".

Una tercera alternativa consiste en sondear los pensamientos automáticos

en la sesión. Los pacientes que tienen dificultades para recordar sus pensamientos automáticos en situaciones problemáticas pasadas quizá sean capaces de captarlos en la inmediatez de la situación terapéutica. En este caso, el terapeuta podrá sondear pensamientos automáticos si el paciente comunica una fluctuación en su estado de ánimo durante la sesión (por ejemplo: "Me siento muy ansioso en este momento" o "Ahora me siento realmente triste"), o si el terapeuta advierte signos no verbales indicativos de fluctuaciones emocionales (por ejemplo, el paciente parece sumamente triste o se aferra con fuerza a la silla).

Si bien la práctica de sondear pensamientos automáticos en la inmediatez de la situación terapéutica puede dar acceso a procesos cognitivos que son inaccesibles de los otros dos modos, hay que recordar que algunos pacientes pueden tener más dificultades para lograr el acceso a sus pensamientos automáticos relativos a la interacción terapéutica, debido a que este proceso podría resultarles demasiado amenazador.

*En general, la capacidad del paciente para expresar sus sentimientos y pensamientos con respecto a la interacción terapéutica indica un buen pronóstico, porque esta clase de interacción a menudo es esencial al resolver malentendidos y problemas de comunicación que entorpecen el desarrollo de una buena alianza terapéutica.*

#### CONCIENCIA Y DIFERENCIACION DE LAS EMOCIONES

Una vez que el paciente ha descrito una situación específica, el terapeuta puede sondear su capacidad para hacer conscientes y clasificar distintos estados emocionales y advertir fluctuaciones en sus emociones. Algunas formas convenientes de efectuar ese sondeo, por ejemplo, son:

"¿Recuerda usted lo que sentía en esa situación?"

"¿Cómo era esa sensación?"

"¿Es eso distinto de lo que normalmente siente?"

"¿Qué fuerza o intensidad tenía esa sensación?"

"Cuando piensa en la situación o la imagina, ¿puede tomar contacto con esa sensación en este momento?"

"En tal caso, ¿qué siente?"

Estas dos últimas preguntas están destinadas a evaluar no sólo la capacidad del paciente para distinguir diferentes estados emocionales en retrospectiva, sino también su capacidad para reexperimentar distintos estados emocionales en la actualidad. Esta última capacidad puede ser sumamente útil a efectos de tener acceso a cogniciones dependientes del estado de ánimo, o "cogniciones en caliente" en la sesión de terapia.

Además de pedirle al paciente que recuerde experiencias emocionales del

pasado, es útil que el terapeuta esté atento a la aparición de marcadores no verbales de fluctuaciones emocionales en la sesión. Por ejemplo, si el entrevistador advierte que el paciente de pronto se pone tenso durante la entrevista, convendrá que le pregunte: "¿Qué está experimentando en este momento?". Este tipo de sondeo ayudará a poner a prueba la capacidad del paciente para hacer consciencia y comunicar fluctuaciones emocionales que se producen en el presente.

ACEPTACION DE LA RESPONSABILIDAD PERSONAL  
POR EL CAMBIO Y COMPATIBILIDAD CON LOS  
FUNDAMENTOS COGNITIVOS

Tratamos estos dos criterios juntos, porque las mismas formas de sondeo podrían producir información relacionada con ambos. El entrevistador puede comenzar formulando preguntas generales sobre la comprensión y las expectativas del paciente respecto de la psicoterapia en general y de la terapia cognitiva en particular. Por ejemplo: "¿Cómo entiende usted que funciona la terapia cognitiva?". Si el paciente parece tener un conocimiento preliminar razonable del modo como funciona la terapia cognitiva, el terapeuta podrá hacerle otras preguntas, como: "Lo que usted tiene entendido al respecto hasta ahora, ¿le parece razonable?", "¿Hay algo que le resulte poco claro o confuso?".

Esta última pregunta puede ser un medio sutil de evaluar posibles reservas y escepticismos. Por ejemplo, si el paciente dice: "Lo que no entiendo es cómo el hecho de que uno tome conciencia de sus pensamientos negativos va a cambiar lo que uno siente", el terapeuta podría tratar de aclarar este aspecto. Si, tras reiterados intentos de aclararlo, el paciente continúa confundido, esto indica un pronóstico negativo.

Si el paciente no parece saber nada sobre terapia cognitiva, el entrevistador debería brindarle una descripción básica simple. *En una forma de terapia cognitiva de orientación interpersonal, el terapeuta debe plantear las bases generales de la terapia cognitiva (es decir, lo fundamental de examinar la relación entre pensamiento y sentimiento, y la participación activa en distintos experimentos durante la semana), junto con la idea de que la relación terapéutica a menudo se utiliza como un laboratorio para explorar procesos cognitivos e interpersonales.* Después de reseñar brevemente estas bases, el terapeuta puede preguntarle al paciente si tiene alguna duda. Si, tras reiterados intentos de aclaración, el paciente continúa confuso, esto —una vez más— indica un pronóstico negativo. Además de las preguntas generales mencionadas, el entrevistador puede preguntar cosas como: "¿Qué papel, a su modo de ver, le corresponde al terapeuta en la terapia?" o "¿Qué papel le parece a usted que cumple el paciente en la terapia?". Esto puede aportar importante información sobre lo que tiene

entendido el paciente en lo que concierne a quién asume, en definitiva, la responsabilidad por el cambio en la terapia.

Otros sondeos apropiados incluyen preguntas como: "¿Qué es, en su opinión, lo que origina sus problemas?". Esto puede dar importante información acerca de si el paciente atribuye el problema a causas internas ("el modo como me veo a mí mismo") o a causas externas ("es un desequilibrio hormonal" o "me criaron mal").

POTENCIAL DE LA ALIANZA  
(PRUEBAS INTERNAS A LA SESION)

Aunque esta dimensión a menudo puede calificarse sin necesidad de efectuar un sondeo extensivo, al terapeuta podría resultarle útil hacer algunas preguntas básicas sobre la percepción que tiene el paciente de la interacción terapéutica, como por ejemplo: "¿Cómo se siente respecto de lo que está sucediendo en este momento?", o después de la entrevista: "¿Cómo se siente en relación con nuestra entrevista de hoy?". Es particularmente importante hacer estas preguntas si parece haber un malentendido o si la comunicación parece estar bloqueada de algún modo. Si el paciente es capaz de plantear directamente sus inquietudes o sus reservas respecto de la entrevista terapéutica, esto indica un buen pronóstico.

EL POTENCIAL DE LA ALIANZA  
(PRUEBAS EXTERNAS A LA SESION)

Para realizar esta estimación, es importante que el entrevistador haga preguntas sobre las relaciones íntimas, tanto pasadas como actuales, del paciente. A estos efectos, hay varias formas útiles de sondeo, desde preguntas acerca de cómo se llevaba el paciente con sus padres y cómo los percibe, su relación con los hermanos, hasta preguntas sobre la relación con sus compañeros de escuela. En el pasado, ¿tenía el paciente relaciones íntimas y personas en las que podía confiar? En la actualidad, ¿hay alguien en quien el paciente puede confiar? Estos datos pueden ser útiles para evaluar la dimensión de la confianza y la desconfianza, y si el paciente ha sido o es ahora lo bastante confiado como para formar la clase de alianza necesaria para el progreso de la terapia breve.

*Una de las fuentes de información más importantes al respecto es la historia de anteriores relaciones terapéuticas.* Por consiguiente, el entrevistador debe solicitar una descripción detallada de las relaciones terapéuticas previas del paciente, el resultado de esas experiencias y la percepción que tiene el paciente de los terapeutas que lo trataron. Si el paciente informa de que no sacó ningún

provecho de una o más experiencias previas de terapia, el terapeuta deberá evaluar su percepción respecto de qué fue lo que anduvo mal en esas interacciones. Al sondear en busca de esta información, el terapeuta puede detectar si el paciente tiende a formular acusaciones externalizadoras o excesivas, o a incurrir en un patrón de idealizar y luego desvalorizar al terapeuta. Una evaluación exageradamente positiva de una anterior experiencia de terapia podría revelar una tendencia por parte del paciente a idealizar al terapeuta en lugar de formar una alianza de trabajo productiva en la que el paciente asume responsabilidad frente al cambio.

#### CARACTER CRONICO O AGUDO DEL PROBLEMA

La información sobre esta dimensión puede obtenerse mediante preguntas básicas y simples sobre el inicio, la historia y el curso del problema presente.

#### OPERATIVOS DE SEGURIDAD

Con respecto a este punto, la tarea del entrevistador consiste en advertir y observar los dispositivos de seguridad del paciente durante la sesión. Los dispositivos de seguridad pueden definirse como procesos psicológicos y conductas que sirven para mantener la autoestima del individuo, restaurando su sentido de seguridad psicológica cuando éste se ve amenazado. Un supuesto teórico fundamental en un marco cognitivo-interpersonal es que las experiencias que amenazan la autoestima del individuo provocan ansiedad, y que se pueden emplear diversos estilos de interacción para reducir esa ansiedad y preservar una visión positiva del sí-mismo. Estos estilos varían en cuanto a su clase, su intensidad y el grado en que interfieren en la integración de situaciones interpersonales, y son obstáculos potenciales a la terapia. Aunque no nos proponemos categorizar los dispositivos de seguridad, algunos ejemplos serán de utilidad: intentos de controlar la entrevista; referencias tangenciales o circunloquios que hacen difícil tratar ningún punto dado en profundidad; cambiar de tema; excesiva confusión en la entrevista; abordar cuestiones que distraen la atención de los temas que provocan ansiedad; tratar los temas de un modo excesivamente racional; culpar a otros por las propias flaquezas y puntos vulnerables.

Si los dispositivos de seguridad no parecen constituir un obstáculo a la terapia cognitiva breve, no se requerirá ningún sondeo al respecto. Si, en cambio, el entrevistador determina que el proceso de comunicación está lo bastante bloqueado por dichos dispositivos como para constituir un obstáculo substancial a la terapia breve, será necesario sondear este aspecto para evaluar si el paciente

puede tolerar la ansiedad lo suficientemente bien como para dejar de recurrir a ellos cuando se le llama la atención en este sentido. Por ejemplo, el terapeuta que advierte que el paciente pasa superficialmente de un tema a otro sin tratar ningún problema a fondo puede llamarle la atención al respecto de un modo no amenazador y preguntarle si se da cuenta de lo que hace. O bien, el entrevistador que observa que el paciente aborda un tema de fuerte carga emocional en forma extremadamente racional e intelectualmente distante podrá llamarle la atención al respecto y preguntarle qué está experimentando en ese momento. Desde luego, para tener la capacidad de hacer un sondeo apropiado en este contexto, el terapeuta debe ser experto en observar continuamente el proceso terapéutico y sus fluctuaciones en la comunicación.

#### FOCALIDAD

La focalidad se relaciona con la capacidad del paciente para trabajar de forma orientada al problema. Una buena parte de este trabajo en la terapia cognitiva depende del examen de la conducta del paciente en situaciones problemáticas específicas. La capacidad de centrarse en el problema implica partir de la situación que se tiene a mano —no desviarse a otras cosas que también pueden haber sucedido en la vida del paciente— y poder explorar la situación con el terapeuta en profundidad. Este ítem sirve para determinar en qué grado los pacientes se sienten cómodos trabajando en un entorno en el que sus problemas son divididos en subunidades u objetivos, que luego se exploran en mayor profundidad. La incapacidad para trabajar dentro de este modelo indicaría una mala focalidad. Son indicios de dicha conducta: querer abordar todo de inmediato y a la vez, plantear múltiples problemas mientras se intenta tratar una dificultad particular o ser incapaz de explicar una situación de interés sin introducir información tangencial correspondiente a otras situaciones.

#### OPTIMISMO/PESIMISMO DEL PACIENTE RESPECTO DE LA TERAPIA

Este ítem está destinado a suministrar una estimación global del grado en que el paciente se siente esperanzado o desesperanzado con respecto a la posibilidad de que la terapia conduzca a un cambio en su vida. Los entrevistadores a menudo deberán confiar en sus impresiones o evaluaciones globales, dado que la información pertinente a este punto no puede obtenerse mediante un sondeo directo, sino que se dejará traslucir en la totalidad de la entrevista. El ítem guarda cierta semejanza con la noción de Frank (1973) del nivel de desmoralización

en un paciente y su efecto en el proceso de curación. La pregunta a formular es: "En términos generales, ¿cuánto provecho siente el paciente que es probable que obtenga con la terapia?".

## Apéndice II

### ESCALAS DE CALIFICACION DE LA ADECUACION A LA TERAPIA COGNITIVA BREVE

Estas escalas se utilizarán junto con la entrevista de adecuación. Las puntuaciones elevadas indican un buen pronóstico y las bajas un mal pronóstico. Aunque la escala es de sólo 5 puntos, se admiten calificaciones con medio punto (por ejemplo, 2,5).

No se deben asignar puntuaciones si se carece de información adecuada. Así, si el entrevistador no ha sondeado adecuadamente determinado aspecto y el paciente no suministra de forma espontánea la información pertinente, se asignará un puntaje de '0'.

#### POSIBILIDAD DE ACCESO A LOS PENSAMIENTOS AUTOMATICOS

##### *Instrucciones a los evaluadores*

Para evaluar este ítem se consideran *dos* dimensiones:

- a) La *facilidad* con que el paciente detecta y articula pensamientos automáticos y creencias disfuncionales. Esto requiere tener en cuenta la *cantidad* y *calidad* del sondeo efectuado por el terapeuta.
- b) El *nivel* de autorreferencia reflejado en los pensamientos automáticos que comunica el paciente.

Asigne 1 punto cuando el paciente no es capaz de tener acceso a *ningún* pensamiento automático (es decir, no es consciente de su "lenguaje interior", no comunica "imágenes mentales" y no advierte la relación entre sus pensamientos y sus emociones).

Asigne 5 puntos cuando el paciente *espontáneamente* comunica pensamientos automáticos que parecen ser nucleares o centrales en su concepción de sí mismo.

Asigne de 2 a 4 puntos según el nivel de los pensamientos automáticos comunicados. Por ejemplo, una puntuación de 2 refleja que los pensamientos

automáticos comunicados se juzgan menos nucleares, menos centrales que los que reciben 4 puntos.

0    0,5    1    1,5    2    2,5    3    3,5    4    4,5    5

- 0 No se califica. Información insuficiente.  
 1 El paciente parece ser totalmente incapaz de tener acceso a sus pensamientos automáticos.  
 2 El paciente es capaz de acceder a uno o dos pensamientos automáticos.  
 3 El paciente es capaz de acceder a algunos pensamientos automáticos.  
 4 El paciente es capaz de acceder a varios pensamientos automáticos importantes.  
 5 El paciente accede *fácilmente* a sus pensamientos automáticos centrales.

#### CONCIENCIA Y DIFERENCIACION DE LAS EMOCIONES

##### Instrucciones a los evaluadores

Esta escala combina dos dimensiones. En su extremo inferior, concierne a la capacidad del paciente tan sólo para catalogar y diferenciar estados emocionales. Se parte de la base de que esta capacidad ayuda al paciente a acceder a sus pensamientos automáticos. En su extremo superior, la escala incorpora la dimensión adicional de "experimentar emociones de un modo emocionalmente inmediato". Esta dimensión está más estrechamente asociada a la Escala de Experienciación de la terapia experiencial. Se supone que esta clase de procesamiento experiencial ayuda a los pacientes a acceder al significado idiosincrásico tácito relacionado con procesos cognitivos nucleares, así como a lograr una comprensión tangible del efecto que tienen sus procesos cognitivos sobre su experiencia (en otras palabras, les ayuda a descentrarse). Es importante notar que los pacientes pueden recibir una puntuación elevada sin que exhiban necesariamente una amplia gama de emociones.

0    0,5    1    1,5    2    2,5    3    3,5    4    4,5    5

- 0 No se califica. Información insuficiente.  
 1 El paciente parece totalmente incapaz de reconocer fluctuaciones de calidad o intensidad emocional entre sesiones y no es capaz de expresar verbalmente la ocurrencia de cambios emocionales durante la sesión. Parece completamente desvinculado de la experiencia emocional.

- 2 El paciente informa sobre alguna fluctuación en la calidad e intensidad de su estado de ánimo fuera de la sesión, pero con considerables dificultades.  
 3 El paciente es capaz de informar sobre alguna fluctuación de calidad e intensidad emocional entre sesiones y muestra cierta capacidad para experimentar esos sentimientos en la sesión.  
 4 El paciente puede identificar y experimentar fluctuaciones de calidad e intensidad emocional, tanto dentro como fuera de la sesión. El paciente muestra cierta capacidad para utilizar las emociones como una forma de profundizar la autoexploración.  
 5 El paciente tiene gran capacidad para catalogar y diferenciar experiencias emocionales, tanto dentro como fuera de la sesión, y procesa la experiencia interna a la sesión en forma emocionalmente auténtica. El paciente muestra una clara capacidad para utilizar las emociones en la sesión como forma de profundizar la autoexploración.

#### ACEPTACION DE LA RESPONSABILIDAD PERSONAL POR EL CAMBIO

##### Instrucciones a los evaluadores

Este ítem atañe a las creencias del paciente respecto de su papel en el proceso de cambio. Es importante distinguir la autoinculpación o la autocrítica de la voluntad de asumir la responsabilidad por el proceso de cambio, dado que los pacientes pueden sentirse desvalidos pero aun así reconocer que deben cumplir un rol en el proceso de cambio.

Una distinción importante entre las puntuaciones de 2 y 3 concierne al grado de sinceridad con que los pacientes aceptan tener responsabilidad personal. Un ejemplo de un caso en el que se deben asignar 2 puntos es el del paciente que al principio acepta la idea de asumir responsabilidad personal y luego contradice esa postura en otro momento de la entrevista. Se asignarán 3 puntos a la persona que aborda sinceramente la cuestión de la responsabilidad personal.

0    0,5    1    1,5    2    2,5    3    3,5    4    4,5    5

- 0 No se califica. Información insuficiente.  
 1 El paciente no asume responsabilidad por el cambio, sino que piensa que el cambio provendrá de alguna fuente externa, como por ejemplo:  
 a. "Una solución mágica."

- b. "Se encontrará la combinación indicada de medicamentos y esto bastará para mejorar mi estado de ánimo."
- c. "El terapeuta me dará la respuesta."
- 2 El paciente dice ser capaz de facilitar el cambio a través de sus actos, pero sus palabras tienen cierto carácter impersonal o falso.
- 3 El paciente tiene cierta conciencia de que sus propios esfuerzos son importantes para el proceso de cambio, pero fluctúa sinceramente entre este reconocimiento y una postura externalizadora.
- 4 El paciente, en términos generales, asume la responsabilidad por el proceso de cambio, pero puede caer en una postura externalizadora leve u ocasional.
- 5 El paciente reconoce y acepta el papel que desempeñarán sus esfuerzos en el proceso de cambio, por ejemplo:
  - a. "Usted puede señalarme la dirección correcta, pero el trabajo tendré que hacerlo yo mismo."
  - b. "Sé que yo soy el único que puedo ayudarme a mí mismo."

## COMPATIBILIDAD CON EL PLANTEAMIENTO COGNITIVO

*Instrucciones a los evaluadores*

Este ítem tiene por finalidad evaluar la compatibilidad básica entre la conceptualización que hace el paciente del problema y del proceso de cambio, y el planteamiento fundamental cognitivo suministrado por el terapeuta. En él se incorporan las dimensiones *tarea* y *meta* de la alianza terapéutica. Las tareas correspondientes a este ítem en una forma de terapia cognitiva de orientación interpersonal consisten en actividades como: observar pensamientos y sentimientos, hacer experimentos entre sesiones y usar la relación terapéutica como un laboratorio para explorar pensamientos, sentimientos y cuestiones interpersonales.

---

0    0,5    1    1,5    2    2,5    3    3,5    4    4,5    5

- 0 No se califica. Información insuficiente.
- 1 El paciente no advierte ninguna relación entre pensamientos y sentimientos y/o muestra una evidente adhesión a otro modelo (por ejemplo, un modelo biológico o psicoanalítico, al que ve como incompatible con el anterior), o rechaza claramente las tareas centrales (por ejemplo, los ejercicios en casa o la autoobservación) o las metas (por ejemplo, cree que la cantidad de veinte sesiones no será adecuada). El paciente desestima el valor de las tareas centrales.

- 2 El paciente tiene dificultades para comprender el planteamiento fundamental cognitivo y/o para advertir el valor de las tareas de la terapia cognitiva.
- 3 El paciente *parece* comprender el planteamiento fundamental cognitivo, pero aún tiene algunas reservas o dudas acerca del modelo o su aplicabilidad.
- 4 Las respuestas del paciente indican una actitud abierta hacia el papel de los factores cognitivos en la perturbación y cierta disposición a experimentar con las tareas de la terapia cognitiva.
- 5 El paciente indica una genuina aceptación del papel de los factores cognitivos en la perturbación y advierte con suma claridad el valor de tareas importantes como las de hacer ejercicios por su cuenta, observar cogniciones, explorar la relación terapéutica y demás.

POTENCIAL DE LA ALIANZA  
(PRUEBAS INTERNAS A LA SESION)

*Instrucciones a los evaluadores*

Esta dimensión se centra en el componente *vínculo* de la alianza terapéutica. Si bien el vínculo, la tarea y la meta son en cierta forma interdependientes, los componentes tarea y meta se evalúan más explícitamente en dimensiones como la *compatibilidad con el planteamiento fundamental cognitivo*. En esta escala, el evaluador debe centrarse en dimensiones como el *grado de compromiso entre paciente y terapeuta*, *pruebas de resonancia empática entre terapeuta y paciente* y *simpatía mutua*. Recuérdese que la alianza es un concepto interactivo y que si el entrevistador parece estar influyendo excesivamente en una mala alianza, esto debe ser tenido en cuenta.

---

0    0,5    1    1,5    2    2,5    3    3,5    4    4,5    5

- 0 No se califica. Información insuficiente.
- 1 El paciente evidencia una falta de fe o confianza en el entrevistador, manifiesta explícitamente sentimientos negativos en torno de la entrevista, o bien parece estar a la defensiva. No hay muestras de ningún *rappor*t durante la entrevista.
- 2 El paciente parece reservado, reticente, un poco irritable o a la defensiva. Hay pocas muestras de compromiso durante la entrevista.
- 3 El paciente parece conectarse con el entrevistador, pero conserva cierta desconfianza.

- 4 Hay pocas muestras de sentimientos negativos hacia el terapeuta o la terapia y el paciente está razonablemente comprometido con el proceso de la entrevista. Hay pruebas de que el paciente se siente comprendido.
- 5 El paciente parece estar *activamente* conectado con el terapeuta y parece sentirse valorado y comprendido. Hay muestras de una resonancia empática o señales de simpatía mutua entre paciente y terapeuta.

POTENCIAL DE LA ALIANZA  
(PRUEBAS EXTERNAS A LA SESION)

*Instrucciones a los evaluadores*

Este ítem atañe a la capacidad del paciente para entablar relaciones confiables con otras personas, basada en su descripción de diversas relaciones existentes en su vida. Esta capacidad básica incide en la facilidad con que el paciente puede emprender la autoexploración en la terapia. Una información particularmente pertinente es la relativa a la capacidad del paciente para confiar sus intimidades a los amigos y al modo como maneja situaciones conflictivas con ellos (por ejemplo, retraimiento total o algún intento de resolver los conflictos). Algunas relaciones importantes que deben sondearse son:

- Contactos previos con la terapia (una importante fuente de información)
- Padres, hermanos
- Confidentes, amantes, novio y cónyuge, actuales y pasados
- Compañeros de trabajo, médico.

La información puede pedirse a través de preguntas generales como:

1. Todos tenemos conflictos en nuestras relaciones; cuando usted y..... tienen conflictos, ¿cómo hace usted? ¿Qué sucede?
2. Cuando esa relación acabó, ¿cómo fue? ¿Qué ocurrió?

0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---

- 0 No se califica. Información insuficiente.
- 1 Historia de relación interpersonal sumamente insatisfactoria. Pocas relaciones continuadas, si las hay, todas marcadas por la desconfianza o la ambivalencia.
- 2 El paciente evidencia cierta capacidad para entablar relaciones estables, pero hay una marcada tendencia a la desconfianza o la ambivalencia.
- 3 El paciente da pruebas moderadas de tener capacidad para entablar relacio-

nes estables y confiables, pero cae claramente en un estado de desconfianza cuando surgen conflictos.

- 4 El paciente da claras muestras de mantener relaciones sostenidas y confiables, con cierta tendencia a desconfiar, a replegarse o a evitar situaciones conflictivas.
- 5 El paciente puede tener dificultades interpersonales, pero hay claras pruebas de que mantiene relaciones íntimas sostenidas y confiables, y puede mantener un buen contacto interpersonal en situaciones de conflicto.

CRONICIDAD DE LOS PROBLEMAS

*Instrucciones a los evaluadores*

Para evaluar este ítem, el entrevistador debe consultar la lista de problemas planteados por el paciente y considerar los problemas más importantes presentados. Se parte de la base de que los problemas más crónicos se prestarán menos a ser tratados en un marco temporal breve que los problemas más agudos.

0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---

- 0 No se califica. Información insuficiente.
- 1 Dificultades muy antiguas con al menos uno de los problemas principales.
- 2 Dificultades prolongadas con al menos uno de los problemas principales durante por lo menos cinco años.
- 3 El paciente comunica haber tenido los problemas principales durante la mayor parte de los últimos dos años o durante al menos dos episodios de seis meses cada uno.
- 4 El paciente comunica que sus problemas principales han estado presentes durante más de seis meses pero menos de dos años.
- 5 Un inicio relativamente reciente (es decir, dentro de los últimos seis meses) de los problemas principales.

DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD

*Instrucciones a los evaluadores*

Este ítem concierne al grado en que los dispositivos de seguridad del paciente habrán de constituir un obstáculo potencial al proceso de la terapia. Los

dispositivos de seguridad pueden definirse como operaciones psicológicas y/o conductuales cuya función es reducir la ansiedad y elevar la autoestima. Algunos ejemplos son: evitación del tema, minuciosidad, concentración en detalles menores, desatención selectiva, presentarse a uno mismo desde una óptica exageradamente favorable y tratar cuestiones emocionales de un modo intelectualmente distanciado. Una dimensión importante a evaluar es en qué grado parece prestarse el paciente a la metacomunicación sobre sus dispositivos de seguridad.

	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
0	No se califica. Información insuficiente.										
1	Los dispositivos de seguridad del paciente parecen ser lo bastante destructivos como para constituir una barrera sustancial al proceso terapéutico. Por ejemplo, el paciente muestra una marcada evitación de los aspectos que le crean dificultades o pueden provocarle ansiedad. Este estilo se pone de manifiesto persistentemente y con un alto grado de intensidad durante el curso de la entrevista.										
2	El paciente exhibe dispositivos de seguridad moderadamente destructivos, pero parece haber algunos puntos en los que es capaz de tratar cuestiones potencialmente provocadoras de ansiedad de forma abierta y directa.										
3	El paciente exhibe dispositivos de seguridad levemente destructivos. Parece tener alguna disposición a tratar temas que podrían provocarle ansiedad, pero al evaluador le queda la impresión de que ciertos operativos por parte del paciente podrían en última instancia interferir en la terapia cognitiva breve.										
4	Hay algunas muestras de dispositivos de seguridad destructivos, pero al evaluador le queda la impresión de que no constituyen un obstáculo <i>mayor</i> para la terapia cognitiva breve.										
5	No hay razones para creer que los dispositivos de seguridad del paciente constituirán un obstáculo a la terapia cognitiva breve.										

#### FOCALIDAD

##### Instrucciones a los evaluadores

Esta dimensión se refiere a la medida en que el paciente es capaz de mantenerse centrado en la tarea durante la sesión, en particular cuando está tratando con el terapeuta un problema circunscrito. ¿Es capaz el paciente de explorar un determinado tema en profundidad, o tiene tendencia a pasar de una cuestión a

otra sin mantener el centro de atención? Si el paciente parece no estar centrado, ¿es receptivo a las indicaciones del terapeuta para ayudarle a mantener el foco de atención o aclarar los factores que le hacen difícil mantenerlo? (por ejemplo, la ansiedad en cuanto a tratar un tema subyacente).

	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
0	No se califica. Información insuficiente.										
1	El paciente es incapaz de centrarse en una situación específica con la que se está trabajando en la sesión, tiene un estilo disperso y divaga. No responde a los intentos del terapeuta de mantener la atención centrada en el hecho que se está tratando.										
2	El paciente no se centra bien en un problema específico. Hay cierto grado de dispersión y divagación en sus intentos de referirse a la situación en particular. Se requieren indicaciones por parte del terapeuta para mantener la atención centrada en el problema.										
3	El paciente es capaz de centrarse en un problema específico sin que el terapeuta le dé indicaciones de mantenerse concentrado en la tarea.										
4	El paciente muestra una gran capacidad para mantener la atención centrada en un problema sin indicaciones del terapeuta, y se siente cómodo trabajando dentro de este tipo de estructura.										
5	El paciente muestra una gran capacidad para trabajar centrado en un problema dado sin indicaciones del terapeuta, y demuestra capacidad para trabajar con este aspecto estructurado de la terapia cognitiva delineando o explorando a fondo una situación importante específica.										

#### OPTIMISMO/PESIMISMO DEL PACIENTE RESPECTO DE LA TERAPIA

##### Instrucciones a los evaluadores

A diferencia del ítem relativo a la compatibilidad con el planteamiento fundamental cognitivo, que atañe a las expectativas del paciente respecto de un enfoque *específico*, este ítem se refiere a una sensación más general de optimismo o pesimismo en cuanto a la posibilidad de cambiar. La información pertinente incluye, por ejemplo, referencias a haber cambiado en el pasado, o comentarios espontáneamente optimistas o pesimistas (como "Sé que puedo superarlo con la ayuda adecuada", o "No puedo imaginarme que pueda cambiar").

0    0,5    1    1,5    2    2,5    3    3,5    4    4,5    5

- 0 No se califica. Información insuficiente.  
 1 El paciente no cree en la posibilidad de que la terapia pueda ayudar a cambiar las cosas en su vida.  
 2 El paciente parece escéptico o pesimista respecto de la utilidad de la terapia.  
 3 El paciente muestra cierto grado de esperanza en que la terapia dará resultado.  
 4 El paciente es optimista en cuanto a que la terapia dará resultado.  
 5 El paciente es muy optimista y confía en que la terapia puede ayudarle a efectuar un cambio en su vida.

## Apéndice III

FORMULARIO DE EVALUACION DE LA ADECUACION  
 A LA TERAPIA COGNITIVA BREVE

1 = pronóstico negativo  
 5 = pronóstico positivo  
 0 = información insuficiente  
 (Se permiten medios puntos, por ejemplo 1,5)

Fecha \_\_\_\_\_ Entrevistador \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Evaluador \_\_\_\_\_

Item \_\_\_\_\_ Calificación (1-5) \_\_\_\_\_

1. Posibilidad de acceso  
 a los pensamientos automáticos

2. Conciencia y diferenciación  
 de las emociones

3. Aceptación de la responsabilidad  
 personal por el cambio

4. Compatibilidad con el  
 planteamiento fundamental cognitivo

5. Potencial de la alianza  
 (pruebas internas a la sesión)

6. Potencial de la alianza  
 (pruebas externas a la sesión, incluyendo terapia previa)

7. Cronicidad de los problemas

---

8. Dispositivos de seguridad

---

9. Focalidad

---

10. Optimismo/pesimismo del paciente  
respecto de la terapia

---

#### Apéndice IV

### ESCALA DE EVALUACION DE LA ADHESION A LA TERAPIA

Esta escala de adhesión a la terapia se emplea para la formación de terapeutas y para evaluar la adhesión de los terapeutas a los principios de tratamiento fundamentales del enfoque descrito en este libro. La primera parte de la escala, dividida en dos secciones, incluye principios y conductas que se consideran adecuadas o inadecuadas a este enfoque terapéutico.

En la primera sección de esta parte se enumeran seis principios generales que deben observarse en todas las sesiones. La segunda sección consta de una variedad de conductas apropiadas del terapeuta si se emplean en el contexto pertinente. No todas las conductas descritas en esta segunda sección serán apropiadas para cada una de las sesiones. Por ejemplo, una sesión dirigida primordialmente a explorar acontecimientos externos a la sesión podría no requerir la exploración explícita de la relación terapéutica si no existen problemas en la alianza terapéutica. Pero durante el curso de varias sesiones, el terapeuta debería recibir calificaciones elevadas en la mayoría de los ítems.

La segunda parte de esta escala consta de cinco ítems de inadecuación sobre conductas comunes del terapeuta que se consideran inapropiadas para este enfoque particular. La obtención sistemática de puntuaciones elevadas en estos ítems pone de manifiesto la existencia de aspectos problemáticos importantes a ser tratados en la supervisión.

#### ITEMS PROPIOS DE LA TAREA

- I. Los siguientes principios generales son pertinentes en todas las sesiones.
  1. El terapeuta establece un objetivo concreto dentro de un marco temporal razonable.  
El centro del problema puede situarse en un acontecimiento externo a la sesión o en un hecho interno a la sesión (es decir, en algún aspecto de la interacción terapéutica) o en ambos.

a) dentro de la sesión

1	2	3	4	5
nunca	a veces	moderadamente	mucho	sumamente

b) fuera de la sesión

1	2	3	4	5
nunca	a veces	moderadamente	mucho	sumamente

2. Mantiene centrado el problema.

El terapeuta mantiene centrado el problema por medio de acciones como reencauzar la atención del paciente si es necesario, esclarecer la conexión entre temas aparentemente distintos o explorar las ansiedades o inquietudes del paciente que puedan conducir a un cambio de centro de atención.

1	2	3	4	5
nunca	a veces	moderadamente	mucho	sumamente

3. Es apropiadamente activo a la vez que conserva una permanente receptividad ante lo que experimenta el paciente.

1	2	3	4	5
nunca	a veces	moderadamente	mucho	sumamente

4. Utiliza las coyunturas propicias para la exploración.

El terapeuta detecta y utiliza coyunturas propicias para la exploración, como cambios en el tono de voz y conductas no verbales que indican una momentánea profundización de la experiencia o un posible acceso a la experiencia afectiva (por ejemplo, un tono quejoso en la voz, una mayor lentitud en el ritmo de la conversación que sugiere un vuelco de la atención hacia adentro).

1	2	3	4	5
nunca	a veces	moderadamente	mucho	sumamente

5. Utiliza la reflexión empática para intensificar el centro de atención puesto en aspectos fundamentales. Esto implica una empatía acertada que atiende a los rasgos sobresalientes de la experiencia del paciente y que profundiza la posibilidad del paciente de experimentar y expresar el significado tácito correspondiente.

1	2	3	4	5
nunca	a veces	moderadamente	mucho	sumamente

6. El terapeuta reconoce su aporte a la interacción cuando corresponde.

1	2	3	4	5
nunca	a veces	moderadamente	mucho	sumamente

II. Los siguientes principios y acciones del terapeuta no requieren ser aplicados en su totalidad en cada sesión. Pero el terapeuta debe tener puntuaciones elevadas en al menos algunos de los ítems en cada sesión, y en la mayoría de ellos a lo largo de tres o cuatro sesiones.

7. El terapeuta transmite sus propios sentimientos para ayudar al paciente a tomar conciencia del efecto que ejerce sobre los demás y de su papel en la interacción.

1	2	3	4	5
nunca	a veces	moderadamente	mucho	sumamente

8. El terapeuta le transmite sus propios sentimientos al paciente para sondear la experiencia interna de éste.

1	2	3	4	5
nunca	a veces	moderadamente	mucho	sumamente

9. El terapeuta identifica y señala los marcadores interpersonales del paciente para ayudarle a tomar conciencia de su papel en la interacción.



1	2	3	4	5
nunca	a veces	moderadamente	mucho	sumamente

10. El terapeuta utiliza el marcador interpersonal identificado como una coyuntura propicia para la exploración cognitivo-afectiva.

1	2	3	4	5
nunca	a veces	moderadamente	mucho	sumamente

11. Explora un esquema interpersonal importante.

1	2	3	4	5
nunca	a veces	moderadamente	mucho	sumamente

Identificar: \_\_\_\_\_

12. Explora autoafirmaciones negativas o imperativas de un modo emocionalmente inmediato.

1	2	3	4	5
nunca	a veces	moderadamente	mucho	sumamente

13. Facilita el proceso de descentramiento en una de las siguientes formas:  
a) Intervenciones cognitivas cuestionadoras centradas fuera de la sesión.

1	2	3	4	5
nunca	a veces	moderadamente	mucho	sumamente

- b) Facilita una experiencia tangible del estilo interpretativo disfuncional.

1	2	3	4	5
nunca	a veces	moderadamente	mucho	sumamente

- c) Trabaja activamente con el paciente para poner a prueba esquemas interpersonales disfuncionales en la relación terapéutica.

1	2	3	4	5
nunca	a veces	moderadamente	mucho	sumamente

14. Promueve la exploración cooperativa de la experiencia compartida.

1	2	3	4	5
nunca	a veces	moderadamente	mucho	sumamente

15. Explora una ruptura en la alianza.

1	2	3	4	5
nunca	a veces	moderadamente	mucho	sumamente

16. Vincula la exploración de la interacción terapéutica a acontecimientos externos a la sesión, asignando tareas y experimentos pertinentes.

1	2	3	4	5
nunca	a veces	moderadamente	mucho	sumamente

#### ITEMS DE INADECUACION

Los siguientes ítems sirven para evaluar la frecuencia de ciertas acciones del terapeuta comúnmente observadas que se consideran impropias en el enfoque terapéutico descrito en este libro. La obtención de puntuaciones elevadas en estos ítems se juzga problemática.

1. Utiliza la interpretación.

1	2	3	4	5
nunca	a veces	moderadamente	mucho	sumamente

2. Establece nexos entre situaciones interpersonales (por ejemplo, entre la relación terapéutica y otras relaciones) antes de explorar la fenomenología del paciente en una situación específica.

1	2	3	4	5
nunca	a veces	moderadamente	mucho	sumamente

3. No interviene activamente cuando corresponde.

1	2	3	4	5
nunca	a veces	moderadamente	mucho	sumamente

4. No establece y mantiene el centro de atención.

1	2	3	4	5
nunca	a veces	moderadamente	mucho	sumamente

## BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth, M. D. S., 1982. Attachment: Retrospect and prospect. En *The place of attachment in human behavior*, comps. C. M. Parkers y J. Stevenson-Hinde. Nueva York: Basic Books.
- Alba, J. W. y Hasher, L., 1983. Is memory schematic? *Psychological Bulletin* 93: 203-31.
- Alberti, R. E. y Emmons, M. L., 1974. *Your perfect right: A guide to assertive behavior*, 2ª ed. San Luis Obispo, California: Impact Publishers.
- Alden, L. y Cappe, R., 1981. Nonassertiveness: Skill deficit or selective self-evaluation? *Behavior Therapy*, 12: 107-14.
- Alexander, J. F. y otros, 1976. Social reinforcement in the modification of agoraphobia. *Archives of General Psychiatry*, 19: 423-27.
- Alexander, F. y French, T. M., 1946. *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. Nueva York: Ronald Press.
- Allen, J. y otros, 1984. Scales to assess the therapeutic alliance from a psychoanalytic perspective. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 48: 383-400.
- Alloy, L. B. y Abramson, L. Y., 1979. Judgment of contingency in depressed and nondepressed students: Sadder but wiser? *Journal of Experimental Psychology*, 42: 1114-26
- Arkowitz, H., Holliday, S. y Hutter, M., 1982. *Depressed women and their husbands: A study of marital interaction and adjustment*. Trabajo presentado en la reunión anual de la Association for Advancement of Behavior Therapy, Los Angeles, California.
- Amkoff, D. G., 1980. Psychotherapy from the perspective of cognitive theory. En *Psychotherapy process: Current issues and future directions*, comp. M. J. Mahoney, 339-62. Nueva York: Plenum Press.
- 1983. Common and specific factors in cognitive therapy. En *Psychotherapy and patient relationships*, comp. M. J. Lambert, 85-125. Homewood, Ill.: Dorsey.

- Arnold, M. B., 1960. *Emotion and personality*. 2 vols. Nueva York: Columbia University Press.
- 1970. *Feelings and emotions*. Nueva York: Academic Press.
- Ausubel, D. P., 1963. *The psychology of meaningful verbal learning*. Nueva York: Grune & Stratton.
- Ayllon, T. y Michael, J., 1959. The psychiatric nurse as a behavioral engineer. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 2: 323-34.
- Bandura, A., 1969. *Principles of behavior modification*. Nueva York: Holt, Rinehart, & Winston.
- 1971. Psychotherapy based upon modeling principles. En *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*, comps. A. E. Bergin y S. L. Garfield. Nueva York: Wiley & Sons.
- 1977. Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavior change. *Psychological review*, 84: 191-215.
- Bartlett, F. C., 1932. *Remembering*. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Beck, A. T., 1967. *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Nueva York: Harper & Row.
- Beck, A. T. y Emery, G., 1985. *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. T., Rush, A. J. y otros, 1979. *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Hollon, S. D. y otros, 1985. Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Archives of General Psychiatry*, 42: 142-48.
- Beck, A. T. y Young, J. E., 1985. Depression. En *Clinical handbook of psychological disorders*, comp. D. Barlow, 206-44. Nueva York: Guilford Press.
- Bedrosian, R. C., 1981. Ecological factors in cognitive therapy: The use of significant others. En *New directions in cognitive therapy*, comps. G. Emery, S. D. Hollon y R. C. Bedrosian, Nueva York: Guilford Press.
- Beidel, D. C. y Turner, S. M., 1986. A critique of the theoretical basis of cognitive therapy theories and therapy. *Clinical Psychology Review*, 6: 177-97.
- Benjamin, L. S., 1974. Structural analysis of social behavior. *Psychology Review*, 81: 392-425.
- Bergin, A. E., 1970. The deterioration effect: A reply to Braucht. *Journal of Abnormal Psychology*, 75: 300-302.
- Berman, J. S., Miller R. C. y Massman, P. J., 1985. Cognitive therapy versus systematic desensitization: Is one treatment superior? *Psychological Bulletin*, 97: 451-61.
- Beutler, L. E., Crago, M., y Arrizmendi, T. G., 1986. Research on therapist variables in psychotherapy. En *Handbook of psychotherapy and behavior*

- change*, 3ª ed., comps. S. L. Garfield y A. E. Bergin, 257-310. Nueva York: Wiley & Sons.
- Biglan, A. y otros, 1985. Problem solving interactions of depressed women and their husbands. *Behavior Therapy*, 16: 431-51.
- Blatt, S. J. y Erlich, H. S., 1982. Levels of resistance in the psychotherapeutic process. En *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches*, comp. P. L. Wachter, Nueva York: Plenum Press.
- Bordin, E. S., 1979. The generalizability of the concept of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16: 252-60.
- Bower, G. H., 1981. Mood and memory. *American Psychologist*, 31: 129-48.
- Bower, G. H. y Mayer, J. D., 1985. Failure to replicate mood-dependent retrieval. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 23: 30-42.
- Bowers, R. S. y Meichenbaum, D., 1984. *The unconscious reconsidered*. Nueva York: Wiley & Sons.
- Bowlby, J., 1963. Pathological mourning and childhood mourning. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 11: 500-541.
- 1969. *Attachment and Loss*. Vol. 1, *Attachment*. Nueva York: Basic Books. Trad. cast.: *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós, 1976.
- 1973. *Attachment and Loss*. Vol. 2, *Separation, anxiety, and anger*. Nueva York: Basic Books. Trad. cast.: *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós, 1976.
- 1980. *Attachment and Loss*. Vol. 3., *Loss: Sadness and depression*. Londres: Hogarth Press. Trad. cast.: *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Paidós, 1983.
- Brazelton, T. B., Koslowski, B. y Main, M., 1975. The origins of reciprocity: The early mother-infant interaction. En *The effect of the infant on its caregiver*, comps. M. Lewis y L. A. Rosenbaum. Nueva York: Wiley & Sons.
- Bretherton, L., 1985. Attachment theory: Retrospect and prospect. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 209 (50, nº 1-2). Chicago: University of Chicago Press.
- Breuer, J. y Freud, S. [1895], 1955. Studies on hysteria. En *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. Vol. 2. comp. y trad. J. Strachey, 1-170. Londres: Hogarth Press.
- Brown, G. W. y Harris, T., 1978. *Social origins of depression*. Londres: Tavistock.
- Bucci, W., 1985. Linguistic evidence for emotional structures: Manuals and methods. En *Psychoanalytic process research strategies*, comp. H. Kaechele. Nueva York: Springer.
- Buck, R., 1980. Nonverbal behavior and the theory of emotion: The facial feedback hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38: 811-24.
- Budman, S. H. y Gurman, A. S., 1988. *Theory and Practice of Brief Therapy*. Nueva York: Guilford Press.

- Burns, D. D., 1980. *Feeling Good: The New Mood Therapy*. Nueva York: William Morrow. Trad. cast.: *Sentirse bien. Una nueva fórmula contra las depresiones*. Buenos Aires: Paidós, 1990.
- Butler, S. F. y Strupp, H. H., 1986. Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy*, 23: 30-40.
- Campos, J. y Sternberg, C., 1980. Perception of appraisal and emotion: The onset of social referencing. En *Infant social cognition*, comps. M. E. Lamb y L. Sherrod. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Carson, R. C., 1969. *Interaction concepts of personality*. Chicago: Aldine.
- 1982. Self-fulfilling prophecy, maladaptive behavior, and psychotherapy. En *Handbook of interpersonal psychotherapy*, comps. J. C. Anchin y D. J. Kiesler. Nueva York: Pergamon Press.
- Caston, J., Goldman, R. y McClure, M. M., 1987. The immediate effects of psychoanalytic interventions. En *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation and empirical research*, comps. J. Weiss, H. Sampson y The Mount Zion Psychotherapy Research Group. Nueva York: Guilford Press.
- Claxton, G., 1987: Meditation in Buddhist psychology. En *The Psychology of Meditation*, comp. M. A. West. Oxford: Clarendon Press.
- Collins, W. D. y Messer, S. B., 1988. *Transporting the plan diagnosis method to a different setting: Reliability, stability, and adaptability*. Trabajo presentado en la conferencia anual de la Society for Psychotherapy Research, Santa Fe, Nuevo México.
- Coyne, J. C., 1976. Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85: 186-93.
- Coyne, J. C. y Gotlib, I. H., 1983. The role of cognition in depression: A critical appraisal. *Psychological Bulletin*, 94: 472-505.
- 1986. Studying the role of cognition in depression: Well-trodden paths and cul-de-sacs. *Cognitive Therapy and Research*, 10: 695-705.
- Coyne, J. C. y otros, 1987. Living with a depressed person: Burden and psychological distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55: 347-52.
- Dane, B., Walcott, C. y Drury, W. H., 1959. The form and duration of the display actions of the goldeneye (*Bucephala clangula*). *Behavior*, 14: 265-81.
- Danzinger, K., 1976. *Interpersonal communication*. Elmsford, N. Y.: Pergamon Press.
- Davanloo, H., 1980. A method of short-term dynamic psychotherapy. En *Short-term dynamic psychotherapy*, comp. H. Davanloo, 43-71. Nueva York: Jason Aronson.
- Deikman, A. J., 1982. *The Observing self: Mysticism and psychotherapy*. Boston: Beacon Press.

- Derogatis, L. R., 1977. *SCL-90 administration, scoring and procedure manual*. Johns Hopkins University School of Medicine.
- Dixon, N. F., 1981. *Preconscious processing*. Nueva York: Wiley & Sons.
- Donee, L. H., 1973. *Infants' development scanning patterns of face and non-face stimuli under various auditory conditions*. Trabajo presentado en la reunión de la Society for Research in Child Development, Filadelfia, Pennsylvania.
- Dreyfus, H. L. y Dreyfus, S. E., 1986. *Mind over machine*. Nueva York: Free Press.
- Dunn, J., 1982: Comment: Problems and promises in the study of affect and intention. En *Social interchange in infancy*, comp. E. T. Tronick. Baltimore, Md.: University Park Press.
- Dunn, J. y Kendrick, C., 1979. Interaction between young siblings in the context of family relationships. En *The child and its family*. Vol. 2, *The genesis of behavior*, comps. M. Lewis e I. Rosenbaum. Nueva York: Plenum Press.
- 1982. *Siblings: Love, envy and understanding*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R., 1971. Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78: 107-26.
- Eagle, M. M., 1984. *Recent developments in psychoanalysis*. Nueva York: McGraw-Hill. Trad. cast.: *Desarrollos contemporáneos recientes en psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 1988.
- 1987. The psychoanalytic and the cognitive unconscious. En *Theories of the unconscious and theories of the self*, comp. R. Stern. Hillsdale, N. J.: Analytic Press.
- Ekman, P., comp., 1972. *Darwin and facial expression: A century of research in review*. Nueva York: Academic Press.
- Elkin, I. y otros, 1986, mayo. *NIMH treatment of depression collaborative research program: Major outcome findings*. Trabajo presentado en la American Psychiatric Association Conference, Washington, D. C.
- Ellis, A., 1983. Rational-Emotive Therapy (RET) approaches to overcoming resistance. I: Common forms of resistance. *British Journal of Cognitive Psychotherapy* 1 (1): 28-38.
- 1984. Rational-emotive therapy. En *Current psychotherapies*. 3ª ed., comp. R. J. Corsini. Itasca, Ill.: Peacock.
- Emde, R. N., 1983. *The affective core*. Trabajo presentado en el Segundo Congreso Mundial de Psiquiatría Infantil, Cannes, Francia.
- Emde, R. N. y Sorce, J. E., 1983. The rewards of infancy: Emotional availability and maternal referencing. En *Frontiers of infant psychiatry*. Vol. 2. Comps. J. D. Call, E. Galenson y R. Tyson. Nueva York: Basic Books.
- Emde, R. N. y otros, 1978. Emotional expression in infancy: I. Initial studies of

- social signaling and an emergent model. En *The development of affect*, comps. M. Lewis y L. Rosenblum. Nueva York: Plenum Press.
- Erdelyi, M. H., 1974. A new look at the new look: Perceptual defense and vigilance. *Psychological Review*, 81: 1-25.
- 1985. *Psychoanalysis: Freud's cognitive psychology*. Nueva York: Freeman.
- Erdelyi, M. H. y Goldberg, B., 1979. Let's not sweep repression under the rug: Toward a cognitive psychology of repression. En *Functional disorders of memory*, comps. J. F. Kihlstrom y F. J. Evans. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Eysenck, H., 1969. *The effects of psychotherapy*. Nueva York: Science House.
- Fantz, R., 1963. Pattern vision in newborn infants. *Science*, 140: 296-97.
- Fennell, M. J. V. y Teasdale, J. D., 1987. Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change. *Cognitive Therapy and Research*, 11: 253-72.
- Field, T. M. y otros, 1982. Discrimination and imitation of facial expression by neonates. *Science*, 218: 179-81.
- Foa, E. B. y Emmelkamp, P. M. G., 1983, comps. *Failures in behavior therapy*. Nueva York: Wiley & Sons.
- Foa, E. B. y Kozak, M. J., 1986. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99: 20-35.
- En prensa: Emotional processing: Theory, research and clinical implications for anxiety disorders. En *Emotion and the process of therapeutic change*, comps. J. D. Safran y L. S. Greenberg. Orlando: Academic Press.
- Foa, E. B. y otros, 1983. Treatment of obsessive-compulsives: When do we fail? En *Failures in behavior therapy*, comps. E. B. Foa y P. M. G. Emmelkamp. Nueva York: Wiley & Sons.
- Foreman, S. A. y Marmar, C. R., 1985. Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 142: 922-26.
- Frank, J. D., 1973. *Persuasion and Healing*. Baltimore, Md.: Johns Hopkins Univ. Press.
- 1979. The present status of outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47: 310-16.
- 1982. Therapeutic components shared by all psychotherapies. En *Psychotherapy research and behavior change*, comp. J. H. Harvey y M. M. Parks, 5-37. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Fransella, F., 1985. Resistance. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2: 1-11.
- Freud, S. [1900] 1953. The interpretation of dreams. En *Standard edition*, vols. 4 y 5, comp. y trad. J. Strachey. Londres: Hogarth Press.
- [1912] 1958. *The dynamics of transference*. En *Standard edition*, ob. cit., vol. 12.

- [1909] 1959. *Five lectures on psycho-analysis*. En *Standard Edition*, ob. cit., vol. 11.
- [1940] 1964. *An outline of psycho-analysis*. En *Standard Edition*, ob. cit., vol. 23. Trad. cast.: *Esquema del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 1966.
- Friedländer, B. Z., 1970. Receptive language development in infancy. *Merrill-Palmer Quarterly*, 16: 7-51.
- Frijda, N. H., 1988. The laws of emotion. *American Psychologist*, 43: 349-58.
- Gardner, H., 1985. *The mind's new science*. Nueva York: Basic Books. Trad. cast.: *La nueva ciencia de la mente*. Buenos Aires: Paidós, 1987.
- Gendlin, E. T., 1962. *Experiencing and the creation of meaning*. Nueva York: Free Press of Glencoe.
- 1981. *Focusing*. Nueva York: Bantam.
- En prensa. On emotion in therapy. En *Emotion and the process of therapeutic change*, comp. J. D. Safran y L. S. Greenberg. Orlando: Academic Press.
- Gibson, E. J., 1969. *Principles of perceptual learning and development*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Gill, M. M., 1976. Metapsychology is not psychology. En *Psychology versus metapsychology*, comps. M. M. Gill y P. S. Holzman. Nueva York: International Universities Press.
- 1982. *Analysis of transference*, vol. 1, Theory and technique. Nueva York: International Universities Press.
- Goldfried, M. R. 1980. Towards the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35: 991-99.
- 1982. Resistance and clinical behavior therapy. En *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches*, comp. P. L. Wachtel, 95-114. Nueva York: Plenum Press.
- Goldfried, M. R., 1983. Behavioral assessment. En *Clinical methods in psychology*. Vol. 2. comp. I. B. Weiner, 231-81. Nueva York: Wiley & Sons.
- Goldfried, M. R. y Davidson, G. C. 1976. *Clinical behavior therapy*. Nueva York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Goldfried, M. R. y Robins, C., 1983. Self schemas, cognitive bias, and the processing of therapeutic experiences. En *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*. Vol. 2, comp. P. Kendall. Nueva York: Academic Press.
- Goldfried, M. R. y Safran, J. D., 1986. Future directions in psychotherapy integration. En *Handbook of eclectic psychotherapy*, comp. J. C. Norcross. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Goldstein, A. P., Heller, K. y Sechrest, L., 1966. *Psychotherapy and the psychology of behavior change*. Nueva York: Wiley & Sons.
- Gomes-Schwartz, B., 1978. Effective ingredients in psychotherapy: Prediction

- of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46:1023-35.
- Gotlib, I. H. y Asarnow, R. F., 1979. Interpersonal and impersonal problem-solving skills in mildly and clinically depressed university students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47: 86-95.
- Gotlib, I. H. y Colby, C. A., 1987. *Treatment of depression: An interpersonal systems approach*. Nueva York: Pergamon Press.
- Greenberg, J. R. y Mitchell, S. A., 1983. *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Greenberg, L. S. y Safran, J. D., 1980. Encoding, information processing, and cognitive behavior therapy. *Canadian Psychologist*, 21: 59-66.
- 1981. Encoding and cognitive therapy: Changing what clients attend to. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 18: 163-69.
- 1984. Integrating affect and cognition: A perspective on the process of therapeutic change. *Cognitive Therapy and Research*, 8: 559-78.
- 1987. *Emotion in psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.
- 1989. Emotion in psychotherapy. *American Psychologist*, 44: 19-29.
- Greenson, R. R., 1967. *The technique and practice of psychoanalysis*, vol. 1. Nueva York: International Universities Press.
- Guidano, V. F., 1987. *Complexity of the self: A developmental approach to psychopathology and therapy*. Nueva York: Guilford Press.
- En prensa: Affective change events in a cognitive therapy system approach. En *Emotion and the process of therapeutic change*, comps. J. D. Safran y L. S. Greenberg. Orlando: Academic Press.
- Guidano, V. F. y Liotti, G. 1983. *Cognitive processes and emotional disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Haley, J., 1963. *Strategies of psychotherapy*. Nueva York: Grune & Stratton.
- Harlow, H. F., 1958. The nature of love. *American Psychologist*, 13: 673-85.
- Hartman, L. M. y Blankstein, K. R., 1986. *Perception of self in emotional disorder and psychotherapy: Advances in the study of communication and affect*. Vol. 2. Nueva York: Plenum Press.
- Hasher, L. y Zacks, R. T., 1979. Automatic and effortful processes in memory. *Journal of Experimental Psychology: General*, 108: 356-88.
- Hautzinger, M., Linden, M. y Hoffman, N., 1982. Distressed couples with and without a depressed partner: An analysis of their verbal interaction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13: 307-14.
- Higgins, E. T., 1987. Self-discrepancy: A Theory relating self and affect. *Psychological Review*, 3: 319-40.
- Hill, C. y Safran, J. D., 1990. *A self-report measure of the interpersonal schema*. Manuscript submitted for publication.

- Hinchcliffe, M., Hooper, D. y Roberts, F. J., 1978. *The melancholy marriage*. Nueva York: Wiley & Sons.
- Hollon, S. D. y Beck, A. T., 1986. Cognitive and cognitive-behavioral interventions. En *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3ª ed., comp. S. L. Garfield y A. E. Bergin, Nueva York: Wiley & Sons.
- Hollon, S. D. y Kendall, P. C., 1980. Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4: 383-95.
- Hollon, S. D. y Kriss, M. R., 1984. Cognitive factors in clinical research and practice. *Clinical Psychology Review*, 4: 35-76.
- Hollon, S. D. y Najavits, L., 1988. Review of empirical studies on cognitive therapy. En *Review of Psychiatry*. Comps. A. J. Frances y R. E. Hales, Vol. 7. 643-67. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Hooley, J. M., Orley, J. y Teasdale, J. D., 1986. Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148: 642-47.
- Horney, K., 1950. *Neurosis and human growth*. Nueva York: W. W. Norton.
- Horowitz, M. J., 1979. *States of mind*. Nueva York: Plenum Press.
- Horowitz, M. J. y Marmar, C., 1985. The therapeutic alliance with difficult patients. En *Review of Psychiatry*, vol. 4, comps. A. J. Frances y R. E. Hales, 573-85. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Horowitz, M. J. y otros, 1984. Brief psychotherapy of bereavement reaction: The relationship of process to outcome. *Archives of General Psychiatry*, 41: 438-48.
- Horvath, A. y Greenberg, L. S., 1986. The development of the working alliance inventory. En *The psychotherapeutic process: A research handbook*, comps. L. S. Greenberg y W. Pinsof. Nueva York: Guilford Press.
- Ingram, R. E. y Hollon, S. D., 1986. Information processing and the treatment of depression. En *Information processing approaches to clinical psychology*, comp. R. E. Ingram. Orlando, Fla.: Academic Press.
- Ingram, R. E. y Kendall, P. C., 1986. Cognitive clinical psychology: Implications of an information processing perspective. En *Information processing approaches to clinical psychology*, comp. R. E. Ingram. Orlando, Fla.: Academic Press.
- Izard, C. E., 1971. *The face of emotion*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- 1977. *Human emotions*. Nueva York: Plenum Press.
- Jacobson, N. S., 1989. The therapist-client relationship in cognitive behavior therapy: Implications for treating depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3: 85-96.
- Jung, C. G., 1963. *Memories, dreams, reflections*. Nueva York: Pantheon Books.
- Kahn, J., Coyne, J. C. y Margolin, G., 1985. Depression and marital disagreement: The social construction of despair. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2: 447-61.

- Kahneman, D. y Tversky, A. 1972. Subjective probability: A judgement of representativeness. *Cognitive Psychology*, 3: 430-54.
- Kaiser, H., 1965. The problem of responsibility in psychotherapy. En *Effective psychotherapy: The contribution of Hellmuth Kaiser*, comp. L. B. Fierman. Nueva York: Free Press.
- Kasin, E., 1986. Roots and branches. *Contemporary Psychoanalysis*, 22: 452-57.
- Kiesler, D. J., 1966. Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65: 110-36.
- 1979. An interpersonal communication analysis of relationship in psychotherapy. *Psychiatry*, 42: 299-311.
- 1982a. Interpersonal theory for personality and psychotherapy. En *Handbook of interpersonal psychotherapy*, comps. J. C. Anchin y D. J. Kiesler. Elmsford, N. Y.: Pergamon Press.
- 1982b. Confronting the client-therapist relationship in psychotherapy. En *Handbook of interpersonal psychotherapy*, comps. J. C. Anchin y D. J. Kiesler. Elmsford, N. Y.: Pergamon Press.
- 1982c. Supervision in interpersonal communication in psychotherapy. Virginia Commonwealth University, Richmond, Virginia.
- 1983. The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90: 185-214.
- 1986. Interpersonal methods of diagnosis and treatment. En *Psychiatry*, comp. J. D. Cavenar. Filadelfia: Lippincott.
- 1988. *Therapeutic Metacommunication: Therapist impact disclosure as feed-back in psychotherapy*. Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press.
- Kihlstrom, J., 1984. Conscious, subconscious, unconscious: A cognitive perspective. En *The unconscious reconsidered*, comps. K. S. Bowers y D. Meichenbaum, 149-211. Nueva York: Wiley & Sons.
- Klein, G. S., 1976. *Psychoanalytic theory: An exploration of essentials*. Nueva York: International Universities Press.
- Klein, M. H., Mathieu-Coughlan, P. y Kiesler, D. J., 1986. The experiencing scales. En *The psychotherapeutic process: A research handbook*, comp. L. S. Greenberg y W. Pinsof. Nueva York: Guilford Press.
- Klerman, G. L., Rounsaville, B., Chevron, E. y Weissman, M., 1984. *Interpersonal psychotherapy of depression*. Nueva York: Basic Books.
- Klennert, M. D., 1978. *Facial expression and social referencing*. Tesis doctoral, Psychology Department, University of Denver.
- Klennert, M. D. y otros, 1983. Emotions as behavior regulators: Social referencing in infancy. En *Emotion: Theory, research and experience*. Vol. 2, comps. R. Plutchik y H. Kellerman. Nueva York: Academic Press.

- Kohut, H., 1977. *The restoration of the self*. Nueva York: International Universities Press.
- 1984. *How does analysis cure?* Comps. A. Goldberg y P. Stephansky. Chicago: University of Chicago Press. Trad. cast.: *¿Cómo cura el análisis?* Buenos Aires: Paidós, 1986.
- Krantz, S. E., 1985. When depressive cognitions reflect negative realities. *Cognitive Therapy and Research*, 9: 595-610.
- Krasner, L., 1962. The therapist as a social reinforcement machine. En *Research in psychotherapy*, vol. 2, comps. H. H. Strupp y L. Luborsky. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Kuiper, N. A. y Olinger, L. J., 1986. Dysfunctional attitudes and a selfworth contingency model of depression. En *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*, comp. P. C. Kendall, 115-42. Orlando, Fla.: Academic Press.
- Lachman, R. y Lachman, J., 1986. Information processing psychology: Origins and extensions. En *Information processing approaches of clinical psychology*, comp. R. E. Ingram. Orlando, Fla.: Academic Press.
- Lambert, M. J., comp., 1983. *Psychotherapy and patient relationships*. Homewood, Ill.: Dorsey Press.
- 1986. Implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. En *Handbook of eclectic psychotherapy*, comp. J. C. Norcross, 436-61. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A. y Bergin, A. E., 1986. The effectiveness of psychotherapy. En *Handbook of eclectic psychotherapy*, comp. J. C. Norcross, 436-61. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Lang, P. J., 1983. Cognition in emotion: Concept and action. En *Emotion, cognition and behavior*, comps. C. Izard, J. Kagan y R. Zajonc. Nueva York: Cambridge University Press.
- Lazarus, A. A., 1971. *Behavior therapy and beyond*. Nueva York: McGraw-Hill. Trad. cast.: *Terapia conductista*. Buenos Aires: Paidós, 1980.
- Lazarus, A. A. y Fay, A., 1982. Resistance or rationalization? A cognitive behavioral perspective. En *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches*, comp. P. L. Wachtel, 115-32. Nueva York: Plenum Press.
- Leary, T., 1957. *Interpersonal diagnosis of personality*. Nueva York: Ronald.
- Leventhal, H., 1979. A perceptual motor processing model of emotion. En *Advances in the study of communication and affect*, comps. P. Pliner, K. Blankenstein e I. Spigel. Nueva York: Plenum Press.
- 1984. A perceptual-motor theory of emotion. En *Advances in experimental social psychology*, comp. L. Berkowitz. Nueva York: Academic Press.
- Lewicki, P., 1986. *Nonconscious social information processing*. Orlando, Fla.: Academic Press.

- Liotti, G., 1987. The resistance to change of cognitive structures: A counterproposal to psychoanalytic metapsychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2: 87-104.
- En prensa. Attachment and cognition: A guideline for the reconstruction of early pathogenic experiences in cognitive psychotherapy. En *Handbook of cognitive psychotherapy*, Comps. C. Perris, I. Blackburn y H. Perris. Nueva York: Springer.
- Lloyd, G. C. y Lishman, W., 1975. Effect of depression on the speed of recall of pleasant and unpleasant memories. *Psychological Medicine*, 5: 173-80.
- Luborsky, L., 1984. *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. Nueva York: Basic Books.
- Luborsky, L., Singer, B. y Luborsky, L., 1975. Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32: 995-1008.
- Luborsky, L. y otros, 1980. Predicting the outcome of psychotherapy: Findings of the Penn psychotherapy project. *Archives of General Psychiatry*, 37: 471-81.
- 1983. Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 17: 480-91.
- 1985. Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42: 602-11.
- 1986. Do therapists vary much in their success? Findings from four outcome studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56: 501-12.
- McMullin, R., 1986. *Handbook of cognitive therapy techniques*. Nueva York: W. W. Norton.
- Mahoney, M. J., 1974. *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Mass.: Ballinger.
- 1977. Reflections on the cognitive-learning trend in psychotherapy. *American Psychologist*, 35: 5-13.
- 1982. Psychotherapy and human change processes. En *Psychotherapy research and behavior change*, vol. 1, comps. H. Harvey y M. M. Pars. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- 1983. Cognition, consciousness and the process of personal change. En *Advances in clinical behavior therapy*, comps. K. D. Craig y R. J. McMahon. Nueva York: Brunner/Mazel.
- 1985. Psychotherapy and human change processes. En *Cognition and psychotherapy*, comps. M. J. Mahoney y A. Freeman. Nueva York: Plenum Press.
- 1990. *Human change processes*. Nueva York: Basic Books.
- Mahoney, M. J. y Gabriel, T. J., 1987. Psychotherapy and the cognitive sciences: An evolving alliance. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1: 39-59.

- Mahoney, M. J. y Thoresen, C. E., 1974. *Self-control: Power to the person*. Belmont, Calif.: Brooks/Cole.
- Main, M., 1983. Exploration, play, and cognitive functioning related to infant-mother attachment. *Infant Behavior and Development*, 6: 167-74.
- Malan, D. H., 1976. *The frontiers of brief psychotherapy*. Nueva York: Plenum Press.
- Mann, J., 1973. *Time-limited psychotherapy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Markus, H., 1977. Self-schemata and processing of information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35: 63-78.
- Markus, H. y Nurius, P., 1986. Possible selves. *American Psychologist*, 41: 954-69.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R., 1980. Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. En *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*, comp. P. Davison y S. Davidson, 410-52. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Marmar, C. R., Gaston, L., Gallagher, D. y Thompson, L. W., 1987, junio. *The therapeutic alliance and outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy of later-life depression*. Trabajo presentado a la Sociedad de Investigación Psicoterapéutica, Ulm, Alemania occidental.
- Marmar, C. R. y otros, 1986. The development of the therapeutic alliance rating system. En *The psychotherapeutic process: A research handbook*, comps. L. S. Greenberg y W. M. Pinsoff. Nueva York: Guilford Press.
- Mathews, A. M. y otros, 1976. Imaginal flooding and exposure to real phobic situations: Treatment outcomes with agoraphobic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129: 362-71.
- Mathews, S. A. y Macleod, C., 1985. Selective processing of threat cues to anxiety states. *Behavioral Research and Therapy*, 23: 563-69.
- Mead, G. H., 1934. *Mind, self, and society*. Chicago: University of Chicago Press. Trad. cast.: *Espíritu, persona y sociedad*. Buenos Aires: Paidós, 1953.
- Meddin, J., 1982. Cognitive therapy and symbolic interactionism: Expanding clinical potential. *Cognitive Therapy and Research*, 6: 151-65.
- Meichenbaum, D. y Gilmore, J. B., 1982. A perspective on the dynamic contributions. En *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches*, comp. P. Wachtel. Nueva York: Plenum Press.
- 1984. The nature of unconscious processes: A cognitive-behavioral perspective. En *The unconscious reconsidered*, comps. K. S. Bowers y D. Meichenbaum. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Meissner, W., 1981. *Internalization in psychoanalysis*. Nueva York: International Universities Press.

- Millon, T., 1981. *Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual*, 3ª ed., Minneapolis, Minn.: National Computer Systems.
- Murphy, C. M. y Messer, D. J., 1977. Mothers, infants, and pointing: A study of gesture. En *Studies in mother-infant interaction*, comp. H. R. Schaffer. Londres: Academic Press.
- Murphy, G. E. y otros, 1984. Cognitive therapy and pharmacotherapy, singly and together in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry*, 41: 33-41.
- Nash, E. y otros, 1965. Systematic preparation of patients for short term psychotherapy. II. Relation of characteristic of patient, therapist, and the psychotherapeutic process. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 140: 374-83.
- Neisser, U., 1967. *Cognitive psychology*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- 1976. *Cognition and reality: Principles and implications of cognitive psychology*. San Francisco: Freeman.
- 1980. Three cognitive psychologies and their implications. En *Psychotherapy process*, comp. M. J. Mahoney. Nueva York: Plenum Press.
- 1982. *Memory observed: Remembering in natural contexts*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Nelson, K. y Greundel, J. M., 1981. Generalized event representations: Basic building blocks of cognitive development. En *Advances in developmental psychology*, vol. 1, comps. M. E. Lamb y A. L. Brown. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Newell, A. y Simon, H., 1972. *Human problem solving*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Nisbett, R. y Ross, L., 1980. *Human inference: Strategies and shortcomings of social judgment*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Norcross, J. C., 1986. Eclectic psychotherapy: An integration and overview. En *Handbook of eclectic psychotherapy*, comp. J. C. Norcross, 3-24. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Orlinsky, D. E. y Howard, R. I., 1986. The relation of process to outcome in psychotherapy. En *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3ª ed., comps. S. L. Garfield y A. E. Bergin. Nueva York: Wiley & Sons.
- Pastor, D. L., 1981. The quality of mother-infant attachment and its relationship to toddler's initial sociability with peers. *Developmental Psychology*, 17: 326-35.
- Perls, F. S., 1973. *The gestalt approach: An eyewitness to therapy*. Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books.
- Perris, C., 1989. *Cognitive therapy with schizophrenic patients*. Nueva York: Guilford Press.
- Persons, J. B. y Burns, D. D., 1985. Mechanisms of action in cognitive therapy:

- The relative contributions of technical and interpersonal interventions. *Cognitive Therapy and Research*, 9: 539-57.
- Persons, J. B., Burns, D. D. y Perloff, J. M., 1988. Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, 12: 557-76.
- Peterfreund, E., 1978. Some critical comments on psychoanalytic conceptions of infancy. *International Journal of Psychoanalysis*, 59: 427-41.
- Peters, R. S., 1960. *The concept of motivation*. Nueva York: Humanities Press.
- Pilkonis, P. A., Imber, S. D., Lewis, P. y Rubinsky, P., 1984. A comparative outcome study of individual group and conjoint psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 41: 431-37.
- Piper, W. E. y otros, 1984. A comparative study of four forms of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42: 268-79.
- Plutchik, R., 1980. *Emotion: A psychoevolutionary synthesis*. Nueva York: Harper & Row.
- Rabavilas, A. D., Boulougouris, J. C. y Perissaki, C., 1979. Therapist qualities related to outcome with exposure in vivo in neurotic patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10: 293-99.
- Rachlin, H., 1977. Reinforcing and punishing thoughts: A rejoinder to Ellis and Mahoney. *Behavior Therapy*, 8: 678-81.
- Rachman, S., 1980. Emotional processing. *Behavior Research and Therapy*, 18: 51-60.
- Reich, W., 1949. *Character analysis*. Nueva York: Noonday. Trad. cast.: *Análisis del carácter*. Buenos Aires: Paidós, 1957.
- Reik, T., 1948. *Listening with the third ear*. Nueva York: Farrar, Straus, & Giroux.
- Rice, L. N., 1974. The evocative function of the therapist. En *Innovations in client-centered therapy*, comps. D. Wexler y L. N. Rice. Nueva York: Interscience.
- 1984. Client tasks in client-centered therapy. En *Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory, research, and practice*, comps. R. F. Levant y J. M. Shlien. Nueva York: Praeger.
- Rice, L. N. y Greenberg, L. S., 1984. *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapeutic process*. Nueva York: Guilford Press.
- Ricks, D. F., 1974. Supershrink: Methods of a therapist judged successful on the basis of adult outcome of adolescent patients. En *Life history research in psychopathology*. Vol. 3. comps. D. Ricks, M. Roff y A. Thomas. Minneapolis, Minn.: University of Minnesota Press.
- Rogers, C. R., 1951. *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin. Trad. cast.: *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós, 1966.
- 1961. *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin. Trad. cast.: *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós, 1972.

- Rosenthal, D. y Frank, J. D., 1956. Psychotherapy and the placebo effect. *Psychological Bulletin*, 53: 294-302.
- Roth, D. y Rehm, L. P., 1980. Relationships among self-monitoring processes, memory and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 4: 149-58.
- Rush, A. J., 1983. Cognitive therapy for depression. En *Affective and schizophrenic disorders: New approaches to diagnosis*, comp. M. Zales. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Ryle, A., 1979. The focus on brief interpretive psychotherapy: Dilemmas, traps, and snags. *British Journal of Psychiatry*, 134: 46-54.
- Sacco, W. P. y Beck, A. T., 1985. Cognitive therapy for depression. En *Handbook of depression: Treatment, assessment, and research*, comps. E. Beckham y W. R. Leber, 3-38. Homewood, Ill.: Dorsey Press.
- Safran, J. D., 1982. The functional asymmetry of negative and positive self-statements. *The British Journal of Clinical Psychology*, 21: 223-24.
- 1984a. Assessing the cognitive-interpersonal cycle. *Cognitive Therapy and Research*, 8: 333-48.
- 1984b. Some implications of Sullivan's interpersonal theory for cognitive therapy. En *Cognitive psychotherapies: Recent developments in theory, research, and practice*, comps. M. A. Reda y M. J. Mahoney. Cambridge, Mass.: Ballinger.
- 1985, junio. *A task analysis of change events in cognitive therapy*. Trabajo presentado a la Society for Psychotherapy Research, Evanston, Illinois.
- 1986, junio. *A critical evaluation of the schema construct in psychotherapy research*. Trabajo presentado a la Society for Psychotherapy Research, Boston, Massachusetts.
- 1989, junio. The relationship between the therapeutic alliance and outcome in cognitive therapy. Trabajo presentado a la Society for Psychotherapy Research, Toronto, Canadá.
- 1990a. Towards a Refinement of Cognitive Therapy in Light of Interpersonal Theory: I. Theory. *Clinical Psychology Review*, 10: 87-105.
- 1990b. Towards a Refinement of Cognitive Therapy in Light of Interpersonal Theory: II. Practice. *Clinical Psychology Review*, 10: 107-21.
- Safran, J. D. y Greenberg, L. S., 1982a. Cognitive appraisal and reappraisal: Implications for clinical practice. *Cognitive Therapy and Research*, 6: 251-58.
- 1982b. Eliciting "hot cognitions" in cognitive behavior therapy: Rationale and procedural guidelines. *Canadian Psychology*, 23: 83-87.
- 1986. Hot cognition and psychotherapy process: An information processing/ecological perspective. En *Advances in Cognitive-Behavioral Research and Therapy*, vol. 5, comp. P. C. Kendall, 143-77. Orlando: Academic Press.

- 1987. Affect and the unconscious: A cognitive perspective. En *Theories of the unconscious*, comp. R. Stern, 191-212. Hillsdale, N. J.: Analytic Press.
- 1988. Feeling, thinking, and acting: A cognitive framework for psychotherapy integration. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2: 109-30.
- 1989. The treatment of anxiety and depression from an affective perspective. En *Negative Affective Conditions*, comps. P. C. Kendall y D. Watson, 455-89. Nueva York: Academic Press.
- Safran, J. D. y Greenberg, L. S., comps. En prensa. *Emotion and the process of therapeutic change*. Nueva York: Academic Press.
- Safran, J. D., Greenberg, L. S. y Rice, L. N., 1988. Integrating psychotherapy research and practice: Modelling the change process. *Psychotherapy*, 25: 1-17.
- Safran, J. D., Crocker, P. y otros. En prensa. The alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*.
- Safran, J. D., Segal, Z. V. y otros. En prensa. Refining strategies for research on self-representations in emotional disorders. *Cognitive Therapy and Research*.
- Safran, J. D., Vallis, T. M. y otros, 1986. Assessing core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive and Research*, 10: 509-26.
- Scaife, M. y Bruner, J. S., 1975. The capacity for joint visual attention in the infant. *Nature*, 253: 265-66.
- Schafer, R., 1968. *Aspects of internalization*. Nueva York: International Universities Press.
- 1983. *The analytic attitude*. Nueva York: Basic Books.
- Segal, Z. V., 1988. Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103: 147-62.
- Segal, Z. V. y Shaw, B. F., 1986a. Cognition in depression: A reappraisal of Coyne and Gotlib's critique. *Cognitive Therapy and Research*, 10: 671-93.
- 1986b. When cul-de-sacs are more mentality than reality: A rejoinder to Coyne and Gotlib. *Cognitive Therapy and Research*, 10: 707-14.
- Segal, Z. V. y Vella, D. D. En prensa. Self-schema in major depression: Replication and extension of a priming methodology. *Cognitive Therapy and Research*.
- Segal, Z. V. y otros, 1988. A structural analysis of the self-schema construct in major depression. *Cognitive Therapy and Research*, 12: 471-85.
- Shank, R. C. y Abelson, R. 1977. *Scripts, plans, goals and understanding*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Shapiro, D. A. y Shapiro, D., 1982. Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92: 581-604.
- Shapiro, E. R., 1978. The psychodynamic and developmental psychology of the

- borderline patient: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 135: 1305-15.
- Shaw, R. y Bransford, J., 1977. *Perceiving, asking, and knowing: Toward and ecological psychology*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Shevrin, H. y Dickman, S., 1980. The psychological unconscious: A necessary assumption for all psychological theory? *American Psychologist*, 35: 421-34.
- Shiffrin, R. M. y Schneider, W., 1977. Controlled and automatic human information processing. II: Perceptual learning, automatic attending; and a general theory. *Psychological Review*, 84: 127-90.
- Sifneos, P. E., 1972. *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- 1979. *Short-term dynamic psychotherapy: Evaluation and technique*. Nueva York: Plenum Press.
- Silberschatz, G., 1987. Testing pathogenic beliefs. En *The Psychoanalytic process: Theory, clinical observation, and empirical research*, comps. J. Weiss, H. Sampson y The Mount Zion Psychotherapy Research Group. Nueva York: Guilford Press.
- Silberschatz, G., Fretter, P. B. y Curtis, J. T., 1986. How do interpretations influence the process of psychotherapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54: 646-52.
- Silver, R. J., 1982. Brief dynamic psychotherapy: A critical look at the state of the art. *Psychiatric Quarterly*, 53: 275-82.
- Sloane, R. B. y otros, 1975. *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Smith, D., 1982. Trends in counselling and psychotherapy. *American Psychologist*, 37: 802-9.
- Spence, D. P., 1982. *Narrative truth and historical truth: Meaning and interpretation in psychoanalysis*. Nueva York: W. W. Norton.
- Spitz, R., 1946. Anaclitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood, II. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2: 313-42.
- Sroufe, L. A., 1979. Socioemotional development. En *Handbook of infant development*, comp. J. D. Osofsky. Nueva York: Wiley & Sons.
- Staats, A. W., 1970. Social behaviorism, human motivation and the conditioning therapies. En *Progress in experimental personality research*, comp. B. Maher. Nueva York: Academic Press.
- Steinbrueck, S. M., Maxwell, S. E. y Howard, G. S., 1983. A meta-analysis of psychotherapy and drug therapy in the treatment of unipolar depression with adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51: 856-63.
- Steketee, G. y Foa, E. B., 1985. Obsessive-compulsive disorder. En *Clinical*

- handbook of psychological disorders*, comp. D. Barlow. Nueva York: Guilford Press.
- Sterba, R., 1934. The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 15: 117-26.
- Stern, D. N., 1985. *The interpersonal world of the infant*. Nueva York: Basic Books. Trad. cast.: *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós, 1991.
- Stolorow, R. D., Brandhoff, B. y Atwood, G. E., 1983. Intersubjectivity in psychoanalytic treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 47: 117-28.
- Strachey, J., 1934. The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 15: 127-59.
- Strupp, H. H., 1980. Success and failure in time-limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases. *Archives of General Psychiatry*, 37: 595-603.
- Strupp, H. H. y Binder, J. L., 1984. *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic therapy*. Nueva York: Basic Books.
- Sullivan, H. S., 1953. *The interpersonal theory of psychiatry*. Nueva York: W. W. Norton.
- 1954. *The psychiatric interview*. Nueva York: W. W. Norton.
- 1956. *Clinical studies in psychiatry*. Nueva York: W. W. Norton.
- Sulloway, F., 1979. *Freud: Biologist of the mind*. Nueva York: Basic Books.
- Swan, G. E. y MacDonald, M. L., 1978. Behavior therapy in practice: A national survey of behavior therapists. *Behavior Therapy*, 9: 799-807.
- Sweet, A. A., 1984. The therapeutic relationship in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 4: 253-72.
- Taylor, S. E. y Brown, J. D., 1988. Illusion and well being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103:193-210.
- Teasdale, J. D. y Fennell, M. J. V., 1982. Immediate effects on depression of cognitive therapy interventions. *Cognitive Therapy and Research*, 6: 343-51.
- Tinbergen, N., 1953. *Social behavior in animals*. Londres: Methuen.
- Tomkins, S. S., 1962. *Affect, imagery, consciousness*. Vol. 1. Nueva York: Springer.
- 1963. *Affect, imagery, consciousness*. Vol. 2. Nueva York: Springer.
- Toukmanian, S., 1986. A measure of client perceptual processing. En *The psychotherapeutic process: A research handbook*, comps. L. S. Greenberg y W. Pinsoff. Nueva York: Guilford Press.
- Trevarthan, C. y Hubble, P., 1978. Secondary intersubjectivity: Confidence, confiders and acts of meaning in the first year. En *Action gesture and symbol*, comp. A. Lock. Nueva York: Academic Press.
- Tronick, E. Z., 1989. Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44: 112-19.

- Tronick, E. Z. y Cohn, J. F., 1989. Infant-mother face to face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child Development*, 60: 85-92.
- Tulving, E., 1972. Episodic and semantic memory. En *Organization of memory*, comps. E. Tulving y W. Donaldson. Nueva York: Academic Press.
- Ullman, L. P. y Krasner, L., 1965. *Case studies in behavior modification*. Nueva York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Wachtel, P. L., 1977. *Psychoanalysis and behavior therapy*. Nueva York: Basic Books.
- 1982. *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches*. Nueva York: Plenum Press.
- Watts, A. W., 1957. *The way of Zen*. Nueva York: Vintage Books.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R., 1974. *Change*. Nueva York: W. W. Norton.
- Weiss, J., Sampson, H. y The Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1987. *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation and empirical research*. Nueva York: Guilford Press.
- Weissman, M. M. y Paykel, E. S., 1974. *The depressed woman: A study of social relationships*. Chicago: University of Chicago Press.
- Werman, D. S., 1984. *The practice of supportive psychotherapy*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C. y Mathews, A. 1988. *Cognitive psychology and emotional disorders*. Nueva York: John Wiley.
- Wilson, G. T., 1984. Clinical issues and strategies in the practice of behavior therapy. En *Annual review of behavior therapy*, vol. 9, comp. G. T. Wilson, C. M. Franks, K. D. Brownell y P. C. Kendall. Nueva York: Guilford Press.
- 1987. Clinical issues and strategies in the practice of behavior therapy. En *Annual review of behavior therapy*, vol. 11, comps. G. T. Wilson, C. M. Franks, P. C. Kendall y J. P. Foreyt, 288-317. Nueva York: Guilford Press.
- Wilson, G. T. y Evans, I. M., 1976. Adult behavior therapy and the therapist-client relationship. En *Annual review of behavior therapy*, vol. 4, comps. C. M. Franks y G. T. Wilson, 771-92. Nueva York: Brunner/Mazel.
- 1977. The Therapist-client relationship in behavior therapy. En *The Therapist's contribution to effective psychotherapy: An empirical approach*, comps. A. S. Gurman y A. M. Razin. Nueva York: Pergamon Press.
- Winfrey, L. P. L. y Goldfried, M. R., 1986. Information processing and the human change process. En *Information processing approaches to clinical psychology*, comp. R. E. Ingram. Orlando, Fla.: Academic Press.
- Wolberg, L. R., 1988. *The technique of psychotherapy*. Toronto: Grune & Stratton.

- Woody, G. E. y otros, 1983. Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? *Archives of General Psychiatry*, 40: 639-45.
- Young, J. E. En prensa. Schema-focused cognitive therapy for personality disorders. En *Cognitive therapy for personality disorders*, comps. A. Beck y A. Freeman. Nueva York: Guilford Press.
- Zajonc, R. B. y Markus, H., 1984. Affect and cognition: The hard interface. En *Emotions, cognition and behavior*, comps. C. E. Izard, J. Kagan y R. B. Zajonc, 73-102. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Zetzel, E., 1956. Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37: 369-76.
- Zigler, E. y Phillips, L., 1961. Psychiatric diagnosis and symptomatology. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63: 69-75.

## INDICE ANALITICO

- Acceso a los pensamientos automáticos, 295-6, 297-300, 302-3, 320-4, 329-31, 339
- Acción
- autoría de la, 86-7
  - patrones de, 78-9, 82-4
  - *Véase también* Información de disposición a la acción
- Aceptación de la responsabilidad personal por el cambio, 297-300, 320-6, 331-2, 339
- Agencia, 86-7, 92, 193-4
- Agresión, 59, 74-5, 83-4, 102-3
- Ainsworth, M.D.S., 154-5
- Alcoholismo, 35
- Alexander, J.F., 37-8
- Alianza terapéutica, 60, 118-9, 120-2, 205-10, 299-302
- calidad de la, y desconfirmación del esquema interpersonal del paciente, 313-4
  - calidad de la, y resultados, 294-5
  - constructo de la, 52-7
  - principalidad de la, 311-2
  - rupturas en la, resolución de, 207-8, 309-10, 311-3
  - y el fundamento terapéutico, 265
  - y empatía, 120-3, 206-8, 208-10, 312-3
  - *Véase también* Potencial de la Alianza
- Ambito de tareas, 60
- Amor, 57, 82-3
- Ansiedad, 25-6, 80-1, 201-2, 311-2
- capacidad para tolerar la, 155-6, 290-2
  - esfuerzos por reducir la, y distorsiones, 270-1
  - evitación de temas provocadores de, 301-2
  - manejo de la, 98-102, 265, 296-7
  - múltiple, problemas de, 154-5
  - psicoterapia provocadora de, 290-1
  - reducción de la, y la desconfirmación de creencias patológicas, 312-3
  - según Sullivan, 87-8, 89, 99-100, 265
  - y operativos de seguridad, 155-6, 270-1
- Antropología, 67-8
- Aprendizaje, 15, 40-3, 144-5, 172-3
- a evaluar nuevas conductas, 155-7
  - a tomar decisiones intencionales, 146
  - contingencias de, 37-8
  - historia del, 50-1
  - oportunidades de, y la experiencia de sentimientos negativos, 155-6
  - social, experiencias de, 83-6
  - y desconfirmación experiencial, 186-7, 199-200
- Arkowitz, H., 64-5
- Arnkoff, D.G., 43-4
- Asarnow, R.F., 64-5
- Asignación de tareas domiciliarias, 35, 263-4, 266-8, 292-3, 295-6
- Asociación libre, 53-4
- Atención parejamente flotante, 124-5
- Autoestima, 96-7, 98-100, 139-40, 219-20
- mantenimiento de la, 270-2, 318
  - según Mann, 291-2
- Ayllon, 37-8
- Bandura, A., 43-4, 153
- Bartlett, F.C., 92, 95-6
- Bebés, 74-5, 75-7, 79
- y patrones de apego, 80-1, 85-6, 87-92, 96-7, 154-5
  - y sentido del sí-mismo, 87-92, 96-7
  - *Véase también* Relación madre-bebé, Función parental

- Beck, A., 25-6, 27, 42-3, 93-4, 292-3  
 - Inventario de la Depresión, 293-4, 302-3, 304-5, 311-2
- Bergin, A.E., 49-50, 51-3
- Binder, J.L., 102-3, 122-3, 159-60, 192-3  
 - el foco dinámico según, 261  
 - la interpretación de la transferencia según, 193-4
- Biología, 75-6, 77-8, 82-4, 87-8
- Blatt, S.J., 36
- Bordin, E.S., 53-6, 266-7, 294-5, 296-7
- Boulougouris, J.C., 37-8
- Bower, G.H., 147-8
- Bowlby, J., 78, 82-3, 87-8, 96-7, 97-8, 154-5
- Bransford, J., 70-1
- Breuer, J., 52-3
- Buber, M., 317, 318, 319, 320
- Budismo Zen, 318
- Budismo, 156-8, 318
- Burns, D.D., 39-40, 58, 292-3
- Butler, S., 50-1, 56-7
- Calidez, cualidad de, 39-40, 42-3, 45-6, 49-50  
 - como característica de los encargados de la crianza, 97-8  
 - y resultados del tratamiento, 55-6
- Cambio, 19-28, 35-8, 57, 59, 295-6, 318-2  
 - comparación de dos procesos de, 183-5  
 - comprensión o adquisición de capacidad en el proceso de, 157-9  
 - descripción teórica del, 66-7  
 - e inmediatez emocional, 308-9  
 - expectativas referentes al, 40-1  
 - fe en el, 49-50  
 - pesimismo respecto del, 35, 40-1  
 - resistencia al, 299-300, 301-2  
 - temor al, 35  
 - y factores inespecíficos, 49-50, 65-6  
 - y reconstrucción histórica, 158-63  
 - y recuperación del recuerdo, 149-51  
 - y resistencia del paciente, 35, 36  
 - responsabilidad por el, 249-260, 274-5  
 - evaluación de la aceptación de la, 295-6, 297-8, 299-300, 320-6, 331-2, 339
- Caston, J., 313-4
- Cibernética, 78
- Ciencias naturales, 77-8
- Collins, W.D., 313-4
- Compatibilidad con el fundamento, 295-6, 297-8, 299-300, 320-3, 331-4, 339
- Complejo de Edipo, 290-2
- Complementariedad, 104-5, 110-1, 112-3, 113-4
- Compromiso terapéutico, 265-69
- Comunicación, 64-5, 76-7, 118-9, 122-3  
 - dúplice, y responsabilidad, 249-260  
 - teoría de la, 104-5  
 - y la construcción de la realidad, 140-1  
 - meta, 30-1, 112-4, 192-3, 195-6, 198-202  
 - examen de la receptividad a la, 296  
 - y descentración y desconfirmación experiencial en la experiencia clínica, 209-42  
 - y rupturas en la alianza, 207-10  
 - no verbal, 89-91, 104-5, 106, 112-3  
 - descubrimiento del efecto de la, 252-3  
 - ejemplo clínico de, 254-5
- Conciencia, 140-1, 157-9  
 - y diferenciación de las emociones, 295-6, 297-8, 299-300, 321-3, 323-4, 330-2, 339
- Concordancia del afecto, 88-9, 90-2  
 - y empatía, 117-8, 243-5
- Concreción, 137-8
- Conducta adaptada, 26-7, 37-8
- Conducta de apego, 79-81, 83-4, 85-6, 87-92, 96-7, 154-5
- Conductual  
 - psicoterapia, 15, 18, 28-9, 53-4  
 - sistema, 78-86
- Conductismo, 69
- Confianza, 49-50, 53-4, 90-1, 154-5, 206-7  
 - experiencia de tener, dificultades con la, 283-4  
 - y ansiedad, modulación de, 296-7  
 - y la expresión de emoción, 244-5  
 - y límite de tiempo en la terapia, 289
- Conflictos neuróticos, 25-6, 270-1, 290-1  
 - según Eysenck, 37-8  
 - según Weiss, 186-7
- Conocimiento genérico, 95-6
- Constructivismo, 21-2, 157-8
- Coyne, J.C., 21-3, 64-5, 65-6

- Cólera, 26-7, 59, 61, 98-9  
 - como emoción reactiva, 119  
 - procesamiento de la, 103-4, 114-5, 191-2, 285-6  
 - y disposiciones a la acción, 82-3  
 - y expectativas de hostilidad, 102-3  
 - y relaciones conyugales, 64-5
- Creatividad, 124-5, 126
- Cronicidad de los problemas, 295-6, 296-7, 297-8, 299-300, 320-3, 326-7, 335-6, 339
- Cuántica, física, 28-9
- Cuestionamiento, 157-9
- Culpa, 57, 59, 160-1, 291-2
- Curtis, J.T., 313-4
- D'Zurilla, T. J., 40-1
- Davanloo, H., 291-2
- Davison, G.C., 40-1, 43-4
- Defensas, 25-7, 57, 99-100, 101-2, 290-1
- Deikman, A.J., 156-7
- Depresión, 33-4, 59, 63-6, 80-1, 291-3  
 - estudio del Instituto Nacional de Salud Mental sobre la, 33-4  
 - tratamiento de la, y Beck, 292-4, 302-5, 311-2  
 - unipolar adulta, 33  
 - y matrimonio, 63-5  
 - y realidad objetiva, 21-3
- Desapego, actitud de, 191-2, 198-200, 274-6
- Desautomatización, 138-9
- Descentración, 19-20, 30-1  
 - con foco externo a la sesión, 153-183  
 - con foco interno a la sesión, 186-242
- Desconfirmación experiencial, 19-20, 30-1, 153-85, 187-242
- Dilemas "o bien... o...", 59
- Distanciamiento, 106, 112-3, 202-3, 318
- Dominio  
 - desarrollo de la sensación de, 160-1  
 - modelos de, 42-3
- Droga  
 - asesoramiento sobre la, 56-7  
 - dependencia de la, 56-7, 291-2  
 - terapia correspondiente a la, 33, 34, 50-1, 292-3
- Dunn, J., 76-7
- Eagle, M. M., 286-7, 288
- Emde, R. N., 86-7
- Emery, G., 42-3
- Emmelkamp, P. M. G., 47-8
- Emoción, 15-7, 90-1, 98-9, 103-4, 14  
 - capacidad para experimentar, en el presente, 295-6  
 - como forma de información sobre la, 250-1  
 - disposición a la acción, 26-7  
 - véase también Información de disposición a la acción  
 - evaluación de la conciencia y diferenciación de la, 295-6, 297-8, 299-300, 320-1, 330-2, 339  
 - exploración de actitudes que prohíben la, 244-5  
 - inmediatez de la, 146-50, 183, 201-2, 203-4, 256-7, 308-9  
 - instrumental, 87  
 - primaria, 118-9, 206-7  
 - reactiva, 119  
 - recíproca, teorema de la, 102-3  
 - robo de, 307-9  
 - y autoafectividad, 86-7  
 - y comunicación dúplice, 250-3  
 - y el foco terapéutico, 262-3  
 - y recuerdo, 147-9  
 - y sistemas conductuales, 80-4, 85-6  
 - Véase también Teoría de la emoción; emociones específicas
- Empatía, cualidad de la, 39-40, 42-3, 49-50, 117-20, 140-1  
 - capacidad de, y las cualidades personales del terapeuta, 116-7  
 - e intensificación de las experiencias de los pacientes, 262-4  
 - falta de, y frustración con el estilo comunicativo del paciente, 212-3  
 - y acceso a información de disposición a la acción, 243-5  
 - y concordancia del afecto, 117-8  
 - y la alianza terapéutica, 120, 121-2, 122-3, 206-7, 208, 210, 312-3  
 - y resultados del tratamiento, 55-6
- Empirismo cooperativo, 42-3, 196-7
- Erlich, H.S., 36
- Especificidad, 137-41
- Esquizofrenia, 291-2
- Estructura de acontecimiento generalizado (EAG), 97-8

- Estudio del Instituto Nacional de Salud Mental, 33-4  
 Etología, 78  
 Evaluación del éxito global, 302-5, 311-2  
 Evans, I.M., 39-44  
 Expectativa, 37-8  
 Experienciación, constructo de la, 262-3  
 Experiencias sensorias, 85-6, 86-7, 190-1  
 Eysenck, H., 37-8  
 Fantz, R., 76-7  
 Fay, A., 34, 35  
 Fechner, G.T., 77-8  
 Fennell, M.J.V., 158-9, 292-3  
 Filosofía, 67-8  
 Física cuántica, 28-9  
 Foa, E., 39-40, 47-8  
 Focalidad, 295-300, 320-3, 328, 336m, 340  
 Foco terapéutico, 261, 309-10  
 Ford, C., 314-5  
 Foreman, S.A., 57  
 Frank, J.D., 49-50, 328  
 Fretter, P. B., 313-4  
 Freud, S., 25-6, 52-3, 74-6, 99-100, 159-60  
 - atención parejamente flotante según, 124-5  
 Frijda, N. H., 262-3  
 Frustración óptima, principio de, 263-5  
 Función parental, 79, 99-100, 116-7  
 - Véase también Bebés, Relación madre/bebé  
 Fundamento terapéutico, 265-7, 292-3  
 - Véase también Compatibilidad con el fundamento  
 Gardner, H., 66-8  
 Generalización, 196-7  
 Gill, M. M., 77-8, 159-60, 192-3, 211-2  
 Gilmore, J.B., 35-6, 67-8  
 Goldfried, M. R., 35, 36, 40-1, 43-4  
 Goldman, R., 313-4  
 Goldstein, A. P., 40-1  
 Gordon, G. R., 35  
 Gotlib, I. H., 21-2, 64-5, 66  
 Greenberg, L. S., 60, 74-6, 83-4, 118-9, 304-5  
 - desautomatización según, 137-8  
 - emoción según, 250-1  
 - inmediatez emocional según, 146-8  
 - marcadores del paciente según, 162-3  
 - modificación de estructuras esquemáticas según, 148-9  
 Greenson, R. R., 53-4  
 Greundel, J. M., 97-8  
 Grupo de Investigación en Psicoterapia de Mount Zion, 186-7, 313-4  
 Guidano, V. F., 21-2, 78, 159-60  
 Harlow, H. F., 75-6  
 Hautzinger, M., 64-5  
 Helmholtz, H., 77-8  
 Herbart, J. F., 77-8  
 Hermenéutica, 193-4  
 Hill, C., 314-5  
 Hinchcliffe, M., 64-5  
 Historia, 159-60, 161, 202-3  
 - del sí-mismo, 86-7, 92  
 - importancia de la, en la psicoterapia psicodinámica, 158-9, 159-60, 192-3  
 - Véase también Histórica, Pasado Histórica  
 - memoria, 159-3, 193-4, 202-3  
 - reconstrucción, 158-63  
 - Véase también Pasado, Historia  
 Hoffman, N., 64-5  
 Holliday, S., 64-5  
 Hooper, D., 64-5  
 Horney, K., 102-3, 270-1  
 Horowitz, M. J., 59, 60, 121-3, 224-5, 235-6  
 Horvath, A., 304-5  
 Howard, R. I., 55-6  
 Hutter, M., 64-5  
*i-Ching*, 124-5  
 Identidad personal, 83-4, 290-1  
 - Véase también Sí-mismo  
 Identificación, 52-3, 288  
 - Véase también Modelos de rol  
 Imitación, modelos para la, 40-1  
 - Véase también Modelos de rol  
 Impulsos ajenos al yo, 25-6  
 Inconsciente, 16-7, 27-8, 67-8  
 - conceptualización clásica del, 26-7  
 - impulso sexual y agresivo, 74-5  
 Información de disposición a la acción, 19-20, 26-7, 30-1, 83-4, 103-4, 106  
 - acceso a la, 243-260  
 - y cólera, 82-3  
 Instinto, 75-6  
 Instituto de Psiquiatría Clarke, 293-4  
 Intelectualización, 101-2  
 Inteligencia artificial, 67-8  
 Intersubjetividad, 76-7  
 Intimidación, 26-7, 118-9, 273-4, 285-6  
 Introyección, 288  
 Intuición, 124-5, 140-1, 141-2  
 Inventario clínico multiaxial Millon, 302-3, 304-5  
 Inventario de la Alianza de Trabajo (IAT), 301-2, 304-5, 311-2  
 Jacobson, N. S., 44-5  
 Jung, C. G., 22-3  
 Kahn, J., 64-5  
 Kaiser, H., 250-1  
 Kendrick, C., 76-7  
 Kiesler, D., 34, 112-3, 199-200, 314-5  
 Kohut, H., 159-60, 206-8  
 Krasner, L., 39-40  
 Lachman, J., 67-8  
 Lachman, R., 67-8  
 Lazarus, A., 34, 35  
 Leary, T., 101-2  
 Leventhal, H., 98-9, 148-9  
 Linden, M., 64-5  
 Lingüística, 67-8  
 Liotti, G., 21-2, 36, 78, 159-60  
 Lista de Control de Síntomas-90 (LCS-90), 122-3, 314-5  
 Luborsky, L., 25-6, 52-3, 56-7, 122-3, 261, 265  
 Mahoney, M. J., 40-3, 78  
 Malan, D. H., 122-3, 289-91  
 Mann, D., 290-2  
 Marcadores del paciente, 162-4, 176-7, 183, 184, 207-8  
 Marcadores  
 - del paciente, 162-4, 176-71, 183, 184, 207-8  
 - interpersonales, 192-3, 308-9, 112-5, 136, 187-8  
 - ejemplos clínicos de, 231-2, 234-5, 238-9  
 - y metacomunicación, 198  
 Marcadores interpersonales, 112-5, 136, 187-8, 192-3, 308-9  
 - ejemplos clínicos de, 231-2, 234-5, 238-9  
 - y metacomunicación, 198  
 Margolin, G., 64-5  
 Markus, H., 93-4  
 Marlatt, G. A., 35  
 Marmar, C. R., 57, 59-60, 121-2, 224-5, 235-6, 302-5  
 Mathews, A. M., 37-40  
 Matrimonio, 63-5  
 Mayer, J. D., 147-8  
 McClure, M. M., 313-4  
 McDonald, M. L., 47-8  
 Meditación, 156-7  
 Meichenbaum, D., 35-6, 66-7  
 Memoria, 69, 95-6  
 - dependiente del estado de ánimo, 147-8  
 - episódica, 147-8, 148-9, 151, 160-1  
 - histórica, 159-63, 193-4, 202-3  
 - medición de la, 67-8  
 - pertinente, importancia del acceso a la, 205-6  
 - procesos de la, hipótesis sobre los, 97-9  
 - reconstructiva, 67-8  
 - recuperación de la, y el proceso de cambio, 149-51, 172-3  
 - semántica, 147-8  
 - y autoconocimiento, 92-6  
 Messer, D. J., 76-7  
 Messer, S. B., 313-4  
 Metacomunicación, 30-1, 112-4, 192-3, 195-6, 198-200  
 - examen de la receptividad a la, 296-7  
 - y descentración y desconfirmación experiencial, en la experiencia clínica, 209-42  
 - y rupturas en la alianza, 207-211  
 Metapsicología de la pulsión, 26-7, 74-8  
 Michael, J., 37-8  
 Misticismo, 156-8  
 - Véase también Budismo, Taoísmo  
 Mitchell, S. A., 74-6  
 Modelos  
 - de encarar las cosas, 42-3  
 - de dominio, 42-3  
 - de funcionamiento interno del paciente, 261, 276  
 - de red semántica de estado de ánimo y memoria, 147-8  
 - de relación de rol, 59, 121-2, 235-6

- de rol, 40-1, 285-88
- para la imitación, 40-1
- Modelos de encarar, 42-3
- Modelos de relación de rol, 59, 121-2, 235-6
- Modelos de rol, 40-3, 285-8
- Motivación, 34-5, 43-4, 72-5, 99-100, 290-1
  - e identificación con el terapeuta, 52-3
  - otro enfoque de la, 77-9
- Murphy, C. M., 76-7
- Necesidades de satisfacción, 58
- Necesidades de seguridad, 83-4, 99-102
- Neisser, U., 69, 70-3, 97-8
- Nelson, K., 97-8
- Neurociencia, 67-8
- Nisbett, R., 34
- Norcross, J., 16-7
- Nurius, P., 93-4
- Objetividad, 21-2
- Observador participante, el terapeuta como, 110-1, 116-7, 153, 319-20
  - aprender a trabajar como, 190-1
  - y metacomunicación, 198-200, 201-2
- Operativos de seguridad, 268-9, 293-4
  - ansiedad y, 155-6, 270-1
  - evaluación de los, 295-8, 320-23, 326-8, 335-7, 340
- Optimismo/pesimismo, examen para determinar el, 295-6, 297, 298, 321-3, 328-9, 336-8, 340
- Organizadores de avance, 40-1
- Orlinsky, D.E., 55-6
- Pasado, 160-1, 202-4
  - aprendizaje, 40-1
  - nexos con el, y descentración, 203-6
  - Véase también Historia, Historia
- Pato de ojo dorado, 79
- Patrones de acción fija, 78-9
- Patrones de apareamiento, 79
- Patrones de meta fija, 78-81, 82-3
- Perissaki, C., 37-8
- Perloff, J. M., 292-4
- Perris, C., 78
- Persons, J. B., 39-40, 58, 292-4
- Peterfreund, E., 193-4
- Peters, R.S., 72-3
- Pez espinoso, 79
- Placebo
  - administración de un, 34
  - efecto, 50-1
- Postura corporal, 112-3, 262-3
- Potencial de la alianza, 295-2
  - *pásim*, 320-3, 322-7, 333-6, 339
  - Véase también Alianza terapéutica
- Procesamiento de información, 21-2, 99-100
  - formas de, que tienen lugar fuera de la conciencia, 26-7
  - vicios del, 26-7
  - Véase también Teoría del procesamiento de información
- Proceso de desenganche, 112-3, 114-7
- Proceso de evaluación, 30-1, 26-38, 158-9
- Proceso de influencia social, 39-41
- Procesos simbólicos, 82-4, 98-9
- Proyección, 101-2
- Proyecto de Psicoterapia Penn, 52-3
- Proyecto de psicoterapia Vanderbilt, 57, 61
- Psicología
  - del desarrollo, 26-7, 29-30, 37-8, 66-7, 78
  - del sí mismo, 206-7
  - meta- de la pulsión, 26-7, 74-8
  - teoría de las relaciones objetales, 78
  - Véase también Psicoterapia
- Psicoterapia
  - centrada en el cliente, 27-8, 29-30, 39-40, 40-1, 307, 262-3
  - conductal, 15-6, 28-9, 54
  - conyugal, 64-5, 110-1
  - véase también Matrimonio
  - de apoyo u orientada a la comprensión, 24-7
  - de forma pura, 16-7, 310-2
  - escala de adhesión a la, 307, 341-6
  - estudios del proceso de la, 311-5
  - experiencial, 330-1
  - experimental, 45-6, 65-9
  - factores técnicos y factores atinentes a la relación en la, 49-62
  - gestáltica, 29-30, 254-5, 307
  - grupal, 110-1
  - integradora, 16-7, 27-30, 311-3
  - mantenimiento del foco terapéutico de la, 261-4, 309-10
  - perspectiva de los factores comunes de la, 49-51
  - resultados del tratamiento en la, 50-3, 55-6, 57
  - teoría de la emoción, 24-5, 26-7, 30-1, 66-7
  - véase también Emoción
  - teoría del apego, 24-5, 30-1, 66-7, 78
  - terminación de la, 32, 34, 271-86, 289, 304-5, 310-1
  - cognitivo-conductual, 53-4, 80-1
  - definición de los procesos cognitivos centrales en la, 109-11
  - motivación en la, 72-5
  - la relación terapéutica en la, 34-8
  - relación paciente/terapeuta en la, 57-8
  - y el proceso de influencia social, 39-41
  - y el terapeuta como modelo de rol, 40-3
  - y empirismo cooperativo, 42-3
  - y expectativas terapéuticas positivas, 40-1
  - y la resistencia terapéutica, 34-8
  - interpersonal, 16-7, 18, 24-5, 78, 101-3, 307
  - importancia de la experiencia emocional correctiva en la, 25-6
  - los sentimientos del terapeuta en la, 61
  - tratamiento de la depresión en la, 34
  - y psicoterapia cognitiva, integración de, 24-5, 29-32, 33-48
  - factores inespecíficos de la, 16-8, 45-6
  - la empatía como, 117-8
  - y factores específicos, 49-51, 65-6, 117-8
  - psicodinámica, 27-8, 29, 45-6, 313-4
  - concepto de la experiencia renegada en la, 249-50
  - estudio de Luborsky de la, 56-7
  - importancia de la historia del paciente en la, 158-9, 160, 192-3
  - los sentimientos del terapeuta en la, 61
  - problemas de transferencia en la, 43-4, 203-4
  - y comprensión del esquema interpersonal, 122-3
  - de corto plazo o de largo plazo, 26-8, 32, 261, 289-305
  - adecuación a la, escala de evaluación de la, 329-38
  - y el terapeuta como modelo de rol, 286-7
  - y problemas de terminación, 271-2, 272-3, 274-5
- Rabavilas, A. D., 37-8
- Racionalidad, 21-2, 42-3, 159-60, 184, 193-4
- Reacción, formación de la, 101-2
- Realidad objetiva, 16-7, 21-3, 200-1
  - apreciaciones adaptadas y desadaptadas de la, 25-6
  - aproximaciones a la, en la física cuántica, 28-9
  - Véase también Realidad, construcción de la
- Realidad, construcción de la, 29-30, 140-1, 157-8, 193-4
  - ejemplos clínicos de, 170-1, 176-7, 184
  - Véase también Realidad objetiva
- Realimentación, 42-3, 198-201, 207-8, 294-5
- Rechazo, temor al, 42-3
- Reificación, 29-30, 101-2, 123-4, nº 7
- Reik, T., 124-5
- Relaciones del sí-mismo y los demás, 26-7, 85-6, 87-8, 93-6
  - hipótesis sobre las, verificación de, 206-7
  - representación de las, 95-8
  - y autodefinición, 104-5
  - y cogniciones del operativo de seguridad, 270-2
  - Véase también Identidad personal; Modelos de rol
- Relaciones, 96-7, 102-4, 119, 206-7, 317-20
  - mantenimiento de las, 148-9, 151, 166-7, 268-72, 288, 293-4
  - propensión preinstalada a las, supuesto de la, 272-3
  - y ansiedad, 99-100, 101-2
  - y empatía, 188-9
- Relación madre-bebé, 87-8, 97-8, 140-1
  - robo emocional en la, 307-9
  - Véase también Bebés, Función parental

- Resistencia del paciente, 34-5
  - cuatro tipos de, 35
- Responsabilidad por el cambio, 249-50, 260, 274-5
  - aceptación de la, evaluación de la, 295-6, 297-8, 299-300, 320-6, 331-2, 339
- Rice, L. N., 60, 137-8, 138-9, 162-3, 185 RIGs, 97-8
- Roberts, F. J., 64-5
- Ross, L., 34-5
- Ryle, A., 58-60, 224-5
- Safran, J. D., 58, 66, 82, 86, 87, 243
  - desautomatización según, 102
  - emoción según, 194
  - inmediatez emocional según, 109-10
  - modificación de estructuras esquemáticas según, 111
  - rupturas en la alianza terapéutica según, resolución de las, 243-4
- Schafer, R., 250-1
- Schneider, W., 137-8
- Separación, significado interpersonal de la, 271-2, 273-4, 285-6, 289
- Sexualidad, 43-4, 83-4, 99-100, 188-9
  - e identidad, 290-1
  - infantil, según Freud, 74-5
- Shapiro, D. A., 49-50
- Shaw, R., 70-1
- Shiffrin, R. M., 137-8
- Shunyata, concepto de, 156-7
- Sifneos, P. E., 290-1
- Silberschatz, G., 312-4
- Silver, R. J., 291-2
- Sintomatología depresiva, 310-1
- Sistema de Evaluación de la Alianza Terapéutica de California, 302-3, 311-2
- Sistemas de valores, 286-7, 288
- Sí-mismo, 21-2, 30-1, 285-6, 293-4
  - afectividad por, 86-7, 92
  - como objeto, 319-20
  - concepto de, del terapeuta, 114-6, 116-7
  - conceptos rígidos de, 20
  - desarrollo del, 26-7, 85-92
  - la emoción como forma de información sobre el, 250-1
  - observación del, desarrollo de la, 156-7
  - preguntas intelectualizadas sobre el, 263-4
  - psicología del, 206-7
  - real e ideal, según Homey, 270-1
  - sentido de, y sumisión, 103-5
  - sentido nuclear del, según Stern, 60
  - y conducta de apego, 87-92
  - y el "yo bueno" y el "no yo", según Sullivan, 87-9, 243-5, 252-3
  - Véase también Autoestima; Relaciones del sí-mismo y los demás
- Sloane, R. B., 37-8
- Socialización, 22-3
- Solución de problemas, 40-3
- Spence, D. P., 193-4
- Sterba, R., 52-3
- Stern, D. N., 86-7, 88-90, 92, 140-1
  - concordancia del afecto según, 243-5
  - esquema interpersonal según, como abstracciones, 151
  - RIGs según, 97-8
  - robo emocional según, 307-9
- Strachey, J., 159-60, 203-4
- Strupp, H., 50-1, 56-7, 57, 61-2, 102-3, 192-3
  - comprensión del esquema interpersonal del paciente según, 122-3
  - foco dinámico según, 261
  - interpretación de la transferencia según, 193-4
  - reconstrucción histórica según, importancia de la, 159-60
- Sullivan, H. S., 18, 29-30, 43-4
  - ansiedad según, 87-8, 88-9, 99-100, 265
  - desatención selectiva según, 99-102
  - el terapeuta como observador participante según, 110-1
  - el "yo bueno" y el "no yo" según, 87-8, 243, 252-3
  - personalidad según, definición de la, 101-2
  - teorema de las emociones recíprocas de, 102-3
- Sulloway, F., 159-60
- Sustancias, abuso de, 35, 56-7, 291-2
- Swan, G. E., 47-8
- Sweet, A. A., 45-6
- Taoísmo, 124-6

- Te (virtud), 126
- Teasdale, J. D., 158-9, 292-3
- Temor, 35, 59, 89-90
  - infantil, 154-5
  - problemas de evitación del, 153
  - y disposiciones a la acción, 82-3
- Teoría de la emoción, 24-5, 26-7, 30-1, 66-7, 78
  - Véase también Emoción
- Teoría de la pertenencia causal, 147-8
- Teoría de las relaciones objetales, 78
- Teoría del procesamiento de información, 24-5, 26-7, 30-1
  - crítica a la, 67-73
  - frente a metapsicología de la pulsión, 74-8
  - la emoción en la, 82-3
  - la metáfora de la computadora y la, 67-8, 69-71
  - Véase también Procesamiento de información
- Terminación, 32, 34, 271-86, 289, 304-5, 310-1
- Toukmanian, S., 137-8
- Transferencia, 25-6, 26-7
  - alusión a la, 202-3, 211-2
  - aspectos atinentes a la, de la relación paciente-terapeuta, 53-4, 61
  - interpretación de la, 193-4
  - interpretaciones genéticas de la, empleo de, 159-60, 203-6
  - perspectiva conductual de la, 28-9, 42-5
  - problemas de, en la psicoterapia psicodinámica, 43-4, 192-3, 203-4
  - tests de, 186-8
- Trastornos obsesivo-compulsivos, 37-8, 291-2
- Tratamiento de delincuentes, 37-8
- Validez, 67-8, 69, 297-303
- Verificación de hipótesis, 196-7
- Wachtel, P., 44-6, 104-6
- Watts, A., 124-5
- Weiss, J., 186-7, 196-7, 273-5, 312-3, 313-4
- Wilson, G.T., 34-5, 39-41, 45-6, 47-8, 61
- Wu-wei (no acción), 126
- Yo
  - observación del, 156-7
  - y el ello, 99-100
  - y resistencia del paciente, 34
- Young, J. E., 42-3, 159-60, 293-4
- Zetzel, E., 53-4