

Leila Nomen Martín

50 técnicas PSICOTerapéuticas



PIRÁMIDE

Leila Nomen Martín

50 técnicas PSICOterapéuticas

EDICIONES PIRÁMIDE

Índice

Agradecimientos

Prólogo

Introducción

1. Habilidades y relación terapéutica

Nuestras habilidades como terapeutas

La relación terapéutica que podemos ofrecer

Uso de las técnicas

El mejor ebanista

Para ampliar la información

2. Técnicas atencionales y de desactivación

Respiración consciente

Visualización creativa

Meditación

Mindfulness

Saborear

Focusing

3. Técnicas emocionales y motivacionales

Psicoeducación emocional

Regulación emocional

Motivación 3.0: *coaching* personal

Motivación para el cambio de hábitos

4. Técnicas de mejora conductual y neurocientíficas

Terapia centrada en soluciones (TCS)

Neuropsicoeducación

Mindsight

5. Técnicas narrativas y lingüísticas

Técnicas narrativas

Programación neurolingüística (PNL)

Terapia interpersonal (TIP)

Comunicación interpersonal

6. Técnicas corporales

Decodificación biológica

Bioenergética
Técnica de Alexander
Psicoterapia corporal integrativa

7. Técnicas manipulativas y sensoriales

Arteterapia
Musicoterapia
Terapia del sonido
Cineterapia
Biblioterapia

8. Técnicas para el bienestar personal (psicología positiva)

Emociones positivas
Fluir
Optimismo
Resiliencia
Sentido del humor
Fortalezas personales
Felicidad

9. Técnicas experienciales y constructivistas

Terapia centrada en el cliente (TCC)
Análisis transaccional
Logoterapia y análisis existencial
Constructivismo
Técnicas grupales

10. Técnicas de tercera generación y contextuales

Analítica funcional
Activación conductual
Terapia dialéctico conductual
Terapia de aceptación y compromiso (TAC)

11. Técnicas familiares y de pareja

Terapia breve estratégica familiar (TBEF)
Psicogenealogía
Terapia integral de pareja

12. Técnicas de crecimiento personal y espiritualidad

Terapia transpersonal
Técnicas de crecimiento personal y autoayuda
Terapia zen
Eneagrama

Ecología mental

Epílogo

Créditos

AGRADECIMIENTOS

A un proyecto de esta envergadura se destinan horas de estudio, reflexión, análisis y entrenamiento, tiempo que no he podido emplear a familia y amigos, a los que dedico el presente manual pues me han permitido con amor concentrarme a tal afán.

Le dedico este manual a mi pareja y amigo desde hace años, Albert, que ha sido el máximo promotor de este proyecto, de seguir adelante y de reconocer el valor de mis ideas. Al mejor hombre que he conocido. Gracias.

A mi hija Alba, a la que quiero con toda mi alma, por su amor incondicional y por esa mirada directa, inocente y azul. El sol y la luna de mi vida. Gracias.

A mis padres, Consuelo y Daniel, que siempre han creído en mí, y a mi abuela, Vicenta, que me propició una infancia feliz. A mi hermano Daniel, deseando que el suyo sea un camino feliz y que cada vez esté más cerca del mío, y a Ana. A todos los amigos y amigas que me hacen reír y facilitan mi vida. A Max y Eric, «mis peques» a los que quiero y adoro, y a Jordi y María (encuentra tu ikigai!), grandes amigos. A María, a Shaina y a Mon, ¡por un futuro juntas! A tíos y primos, que me han acompañado. Gracias.

A Marino Pérez, por sus palabras, las que me emocionaron y de las que creo son una espléndida presentación. Gracias.

A todos los profesionales que me han acompañado en todo mi camino laboral y me han ofrecido parte de los conocimientos incluidos en este libro. A Conxa y a Joan, y mis compañeros/as de *Cáritas Diocesana Sant Feliu*, pues me ofrecen el trabajo de mi vida y realizan una aportación social de gran dimensión humanitaria. A Roser y Raquel, por esa conexión inmediata. A Junior, por su sentido del humor y seguridad. A Miquel, por su increíble eficacia y su bondad, y a Pere, por toda su grandeza, la de sus ideas. A Nazaret, por sus ideas claras e ímpetu, y a Francesc, por su acompañamiento. A Encarna, Soledad, Mariona e Isabel, por ayudarme con esos pequeños, con su cariño y sus formas de hacer. A Marta, por consejos y conversaciones. A María S., a Consuelo, a Eva, a Lluïsa y a María I., siempre en mi corazón. A Aurora, por su infinita paciencia y compañerismo, y a Yolanda, Núria, Conxa, Mar, Francesc y Sandra, por esa gran profesionalidad, ¡me quito el sombrero! A Anabel y otros miembros del equipo, que aunque no hayamos compartido espacio, sé de su profesionalidad. A todos los voluntarios/as, que tanto me han hecho aprender. A todos, gracias.

A mis compañeros y compañeras del *Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Barcelona*, por su profesionalidad y su apoyo, así como a los alumnos que me han acompañado en este camino. Gracias.

Y, por supuesto, a las personas a las que he intentado ayudar y me han permitido poner en práctica cada una de las técnicas señaladas, viendo su utilidad y eficacia. Gracias.

Pido disculpas de antemano a aquellos autores específicos que no haya contemplado, ya que éste es un mundo lleno de genialidad y no he podido abarcarlos/as a todos/as; y agradezco a los maestros que me han formado.

Gracias.

PRÓLOGO

Parafraseando lo que *Hamlet* le dice al creído *Horacio*, hay más técnicas de ayuda psicológica en el cielo y la tierra que las que sospecha tu psicoterapia. Buena parte de ellas se encuentran en este libro. Seguramente no están todas las que son, pero son todas las que están. Aunque las técnicas expuestas no están ligadas a escuelas de pensamiento, todas ellas están fundadas y razonadas. Y todas tienen su ámbito de aplicación. Muchas de ellas pueden ser reconocidas en los modelos psicoterapéuticos tradicionales y las formas de trabajar de cada profesional, cómo no. Con todo, probablemente, amplíen lo que cualquier psicoterapeuta domina, aplica e incluso conoce, según hoy los siglos duren diez años. El libro puede ampliar lo que uno sabe y a la vez reafirmar lo que ya conoce. Con buen criterio, el libro se ofrece como actualización e indagación en las técnicas más novedosas o menos contempladas en la formación al uso.

Tres cualidades del libro se pueden destacar ya de entrada, sin menoscabo de otras que seguramente encuentren quienes lo lean. Se refiere a cualidades de gran actualidad y relevancia en el panorama de las ayudas e intervenciones psicológicas.

Una de estas cualidades es que la perspectiva consistente en exponer técnicas va «más allá» de las insatisfactorias categorías diagnósticas al uso. En este sentido, la perspectiva de este libro se puede decir que es «transdiagnóstica» en la medida en que se centra en distintos aspectos y dimensiones del funcionamiento psicológico, no sólo de interés para problemas clínicos, sino también para otras aplicaciones como el deporte, las organizaciones y, en general, la salud y el bienestar. Una perspectiva dirigida más a dimensiones transversales que a cuadros diagnósticos está a la altura de los tiempos que corren. Los tiempos corren hoy deprisa y es difícil hacer predicciones sobre todo del futuro, pero a la vista está la tendencia transversal, más allá de categorías clínicas.

Otra cualidad se refiere a la integración de las técnicas en el contexto de la relación terapéutica. A este respecto, el libro también va «más allá», en este caso de la polémica entre relaciones o técnicas. Siendo un libro centrado en técnicas, reconoce y destaca la relación terapéutica como el alfa y el omega de toda psicoterapia. Así, el libro comienza por la relación terapéutica y, como dice, debería también terminar por ella. No sólo de técnicas vive el buen psicoterapeuta. Ni tampoco ningún psicoterapeuta debe confiarlo todo a la relación terapéutica. No se piense, por tanto, que es cuestión de aprender y aplicar técnicas, como si éstas de por sí ya funcionaran y arreglaran lo que sea. Tampoco es cuestión de conformarse con establecer una buena relación terapéutica sin disponer de técnicas. El libro es claro en

situar las técnicas en el contexto de la relación terapéutica. El libro es también claro en señalar que las técnicas ofrecidas suponen una formación previa como psicólogo. Y no sólo formación, sino responsabilidad ética, «ética profesional», como ya se destaca antes de exponer las técnicas.

La tercera cualidad anunciada se refiere a la importancia concedida a la teoría a la par de la técnica, como fundamento y sentido de ésta. Conocimientos teóricos y prácticos diferencian de un mero «practicante». Quien sólo sabe técnicas, ni técnicas sabe. Así, en la exposición de cada técnica siquiera brevemente se hacen explícitas sus premisas y en todo caso el libro remite a bibliografía especializada «para ampliar información». Siendo un libro de técnicas, supone formación previa, así como la adicional a la que se remite para su aplicación con conocimiento de causa.

En fin, estamos en presencia de un novedoso e interesante libro de técnicas psicoterapéuticas, documentado y honesto, amén de bien escrito. Claro, y distinto.

De éstas y otras cualidades del libro «sabrás quien lo leyere, si lo lee con atención», podría decir *Benengeli* el autor fingido del Quijote subrogado de Cervantes.

MARINO PÉREZ ÁLVAREZ

Catedrático de Psicopatología y Técnicas de Intervención de la
Universidad de Oviedo

INTRODUCCIÓN

50 técnicas psicoterapéuticas es un compendio de técnicas que el psicólogo puede aplicar en un entorno terapéutico. El término técnica proviene del griego (*tekne*), lo que hace referencia a *un procedimiento o conjunto de reglas, normas o protocolos que tienen como objetivo un resultado determinado*. Las técnicas incluyen una serie de instrucciones para llevarse a cabo y se establecen como herramientas, en este caso de actuación psicoterapéutica. Así, el objetivo principal con el que se ha creado este compendio es el de poder proponer una serie de herramientas que se puedan utilizar a la hora de ayudar a las personas a superar sus problemas y promocionar su propio bienestar.

La idea surgió de una necesidad profesional de actualización e indagación en las últimas técnicas, que no habían sido introducidas en la formación básica del psicólogo recibida y que pensaba podían ser de interés para la práctica. Por ello, se recogen técnicas para las que los psicoterapeutas recibimos una menor formación, bien sea porque son más o menos novedosas, porque no se contemplan en planes de estudios y/o porque requieren de una inversión y formación añadidas.

Es una propuesta de técnicas, algunas circunscritas en modelos terapéuticos clásicos (por ejemplo, la logoterapia y el análisis transaccional dentro del modelo humanista), y otras de un funcionamiento más independiente. Esta presentación no va ligada a las escuelas de pensamiento clásicas —psicoanálisis, cognitivo-conductual, gestalt, humanista y sistémico—, por una simple cuestión, para evitar solapamientos, pues ya existe fantástico material de profundización en las técnicas de las mismas, con su rigurosa contextualización y modelos teóricos.

La clasificación de las técnicas en los diferentes apartados responde a un intento de sintetizar la información ya que existen terapias, como el *focusing*, que responde a dos de las variables contempladas: las de atención y las corporales, y la decisión de enmarcarla como técnica atencional responde a una decisión lógica subjetiva. Por ello, esta clasificación es más de uso pragmático de presentación de las técnicas que puramente formal.

Ni son todos los que están, ni están todos los que son. Este libro no nace con la pretensión de recoger todas las técnicas terapéuticas, como su título indica: cincuenta las que son.

La presentación de las técnicas se ha realizado en forma de fichas que permiten una ligera introducción a la técnica, con el siguiente formato:

Nombre. Definición. Objetivos. Premisas. Descripción técnica. Ejercicios. Ámbitos de

aplicación. Para ampliar la información y la formación.

Hay técnicas cuya simple introducción —y por los conocimientos previos que ya tiene el terapeuta— se podrá aplicar de inmediato; para otras será necesario un período de estudio y formación posterior. Se invita a los terapeutas al uso de la lógica y la ética profesional para una correcta aplicación de las mismas, de ahí la importancia de los apartados. Para ampliar la información y para ampliar la formación.

El objetivo que se persigue es humilde y sencillo: presentar aquellas técnicas que puedan ser de utilidad para el psicoterapeuta partiendo de: *a)* una formación previa, *b)* un uso lógico y ético de las técnicas, y *c)* una presentación pragmática de las mismas (junto con las indicaciones para facilitar la profundización posterior en las mismas).

La lectura de este manual puede ser en el formato tradicional —de inicio a fin, o de fin a inicio, según costumbres...—, aunque puede ser dificultoso integrar toda la información en una lectura. Se recomienda ir escogiendo en el índice aquellas técnicas con las que nos podamos sentir más motivados/as y dedicar un tiempo a cada una de ellas. Y para un proceso óptimo de aprendizaje, facilitar una primera observación, un estudio y su aplicación práctica posterior.

¡Disfruta con su lectura, diviértete y experimenta con la práctica de las técnicas!

Sant Pol de Mar, julio de 2015.

1. HABILIDADES Y RELACIÓN TERAPÉUTICA

Me gustaría comparar al investigador, al clínico, con un ebanista que construye sillas por encargo. Lo primero que debe tener bien definido nuestro artesano es un objetivo (...). En función de este objetivo y de la madera —los pacientes o sujetos— de que disponga, debe elegir los medios —los instrumentos y el tipo de análisis metodológico— que deben conducirlo al objetivo (...). Todos los elementos son importantes: objetivo, sujetos, instrumentos y habilidad. Y, por encima de todo, amor al oficio y un cuidado exquisito para modelar la madera que se confía a nuestras manos. Investigar, como construir buenas sillas, requiere creatividad, sensibilidad y experiencia. No tenemos derecho a estropear la madera que la naturaleza nos ofrece. Los árboles, los bosques, forman parte de nuestra vida; de hecho, son nuestra vida y la de las generaciones futuras.

RAMÓN BAYÉS (2003)

El inicio de este camino será, asimismo, el final, ya que todo empieza y acaba con la relación terapéutica. El interés principal de todos los profesionales que se dedican a la atención de las personas es que éstas mejoren y, por tanto, que esta relación asistencial tenga un efecto de cambio. No obstante, éste es un proceso complejo en tanto que implica a dos personas, un proceso comunicativo y múltiples variables.

La psicoterapia se define como *aquel tratamiento científico de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano promueve la consecución de cambios o modificaciones en el comportamiento, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas o grupos, tales como la pareja o la familia* (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, 2010). En este sentido, el tratamiento implica:

- a) Una persona que promueve cambios, capacitada y autorizada (el terapeuta).
- b) Una persona que padece y busca alivio, solución y cambio (el paciente, usuario o cliente).
- c) Una relación basada en contactos estructurados (relación asistencial).

El terapeuta es la persona que intentará ayudar a las personas a cambiar mediante la comunicación afectiva (propiciando un clima de confianza) y efectiva (con información y herramientas precisas).

El cliente es la persona que experimenta algún tipo de dificultad, problema, malestar o trastorno que influye lo suficiente en su vida como para provocar el deseo de cambio.

La relación terapéutica será la que se establecerá entre ambos, centrada en las necesidades del cliente, con unas determinadas características. Esta relación genera lo que se denomina

alianza terapéutica, la cual se compone de (Bordin, 1979):

- ⇒ El acuerdo entre el paciente y el terapeuta acerca de los objetivos y las tareas que se utilizarán en el encuadre relacional definido.
- ⇒ El vínculo o relación entre paciente y terapeuta, que se expresa a partir de cierta *afectividad, confianza y respeto mutuo, y por la percepción de que existe un compromiso común y una recíproca comprensión de las actividades psicoterapéuticas* (Bordin, 1994).

Existe una serie de factores que explican el cambio terapéutico, es decir, aquellos que facilitarán el objetivo del cliente.

Los factores que mayor porcentaje de cambio representarán serán los extraterapéuticos. Éstos son los que incluirán las variables del cliente que acude a la terapia y los de su entorno. Por ejemplo, se contemplan dentro de éstos el *locus* de control interno, así como las elevadas expectativas de autoeficacia (Craig y Andrews, 1985). El efecto placebo es la expectativa y fe que tiene la persona sobre el proceso terapéutico y el profesional. Estos factores, junto con el efecto placebo, representan el 55% del cambio, incluyendo ambas variables que se escapan del control del terapeuta.

Según los autores, está en nuestras manos —la del profesional— el 45% de la posibilidad del cambio, incluyendo los factores comunes de una relación terapéutica y las técnicas que utilicemos. Los factores comunes son aquellas variables que definen al terapeuta, así como las características de la relación terapéutica; y las técnicas, los procedimientos específicos que se utilicen a lo largo de la misma. Así, se reafirma la importancia de la relación terapéutica, pero *es el paciente quien más contribuye al éxito de la terapia* (Corbella y Botella, 2004).

A continuación se analizarán aquellos conceptos que están en manos del terapeuta, como son las habilidades y la relación terapéutica.

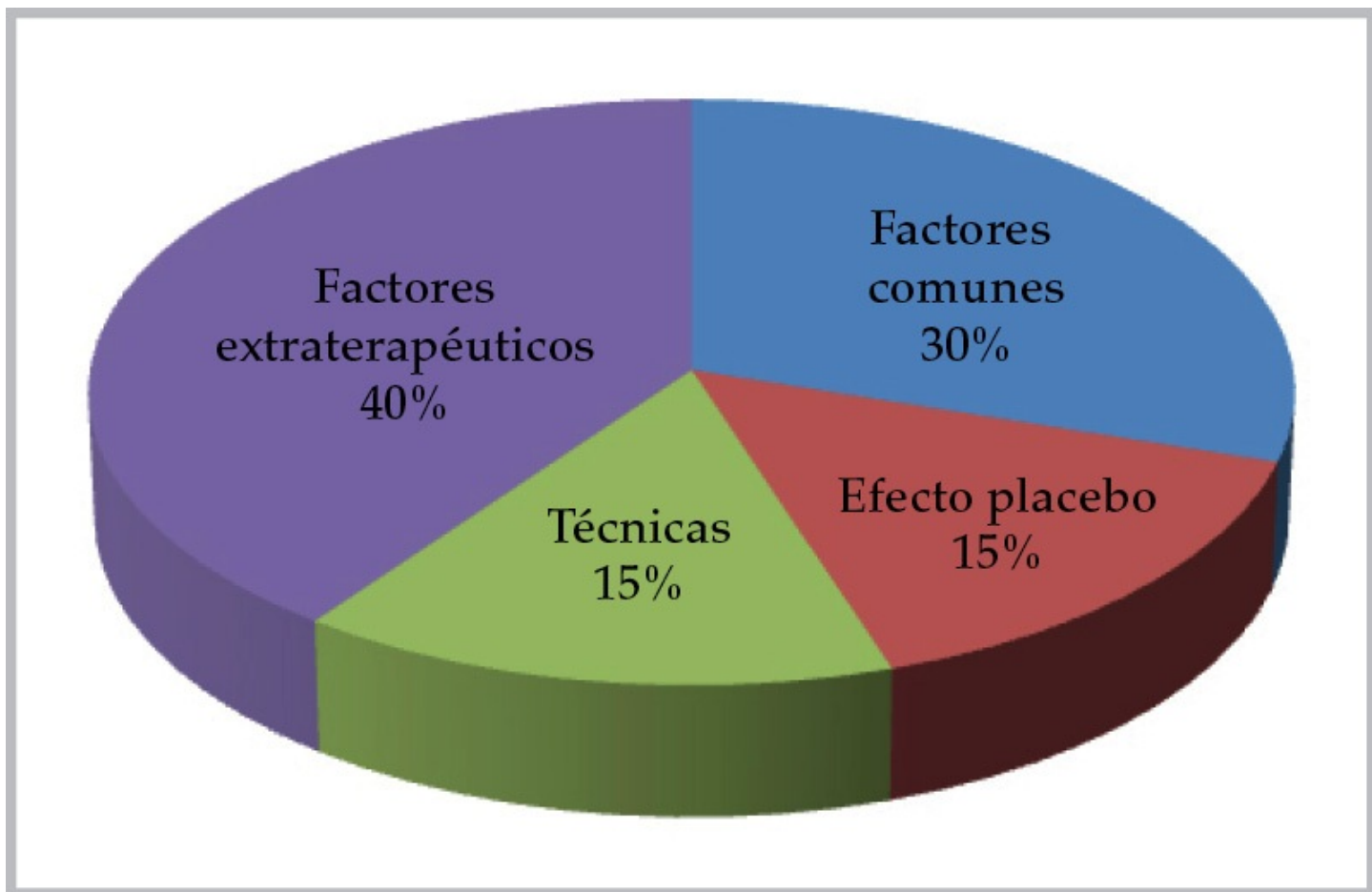


Figura 1.1. Factores que explican el cambio terapéutico (Lambert, 1986; 1992) (citado en Corbella y Botella, 2004).

NUESTRAS HABILIDADES COMO TERAPEUTAS

Al inicio de nuestros estudios y posteriormente a lo largo de nuestra carrera profesional desarrollamos una serie de habilidades que facilitarán el progreso terapéutico de las personas a las que atenderemos o atendemos. Carl Rogers señaló tres habilidades con las que debe contar el terapeuta, como son la empatía, la aceptación incondicional y la autenticidad. No obstante, el día a día del terapeuta pone de relieve la necesidad de contar con más habilidades de las citadas. Las habilidades que favorecen el cambio terapéutico serían (adaptado de Bados y García Grau, 2011; Cormier y Cormier, 1991, 1994; y Ruiz y Villalobos, 1994):

- ⇒ *Tener un interés sincero por las personas*, tanto por la comprensión de los patrones que las mismas generan como por que éstas mejoren en sus problemáticas.
- ⇒ *Saber y aceptar que hay estilos de vida diferentes*, sin entrar en valoraciones morales de bueno-malo, simplemente diferentes.
- ⇒ *Crear que todas las personas cuentan con aspectos positivos*, pues en nuestro interior todos contamos con habilidades para enfrentarnos a las diferentes problemáticas que aparezcan en nuestras vidas.

- ⇒ *Autoconocimiento*, formado por la capacidad de autoanálisis y de autovaloración, conociendo nuestras fortalezas y debilidades para poder ofrecer lo mejor de nosotros/as mismos/as.
- ⇒ *Autorregulación*, es decir, contar con estrategias de manejo de las emociones, control de los pensamientos y regulación de la propia conducta.
- ⇒ *Motivacionales funcionales para ejercer la profesión*, lo que nos llevaría a analizar ¿qué nos ha llevado a convertirnos en terapeutas? No valdrían la respuesta en la línea de sentirnos poderosos, amados y reconocidos, ayudar a otros en lo que a mí no me ayudaron o para comprenderse mejor y superar los propios problemas. En cada una de estas respuestas se desencadenaría un juego patológico que interferiría enormemente en el proceso terapéutico.
- ⇒ *Buen ajuste psicológico general*, lo que se definiría como un nivel óptimo de salud mental y buena adaptación al medio.
- ⇒ *Experiencia vital*, que nos ayude en la comprensión de los procesos, de la ambigüedad y de la diferencia, entre otros.
- ⇒ *Conocimiento de contextos socioculturales diversos*, ya que esto nos dará conocimiento, tolerancia y respeto.
- ⇒ *Formación y habilidad para la aplicación de técnicas terapéuticas*, lo que englobaría el interés de este libro, presentándolas e invitando a formarse y practicarlas en entornos especializados.
- ⇒ *Energía y persistencia*, la primera para encarar los procesos y mantener la motivación para ejercer, así como la persistencia en relación a un cambio posible.
- ⇒ *Flexibilidad*, en el sentido de tener la capacidad de cambiar estructuras según una lógica racional y de encontrar posibilidades y medios de adaptación a diferentes situaciones.
- ⇒ *Principios éticos y profesionales*, indispensables en una profesión en la que ponemos mucho en juego.
- ⇒ *Actitud de escucha activa, empatía, aceptación incondicional y autenticidad*, tal como se señalaba al principio del apartado.
- ⇒ *Cordialidad y atracción*, ya que debemos generar un espacio de confianza; por tanto, la persona que acude en busca de ayuda debe ser bien recibida y tratada en adelante.
- ⇒ *Competencia*, generándola en las personas que acuden a nosotros, es decir, que se sientan capaces y con habilidades suficientes como para provocar el cambio.
- ⇒ *Grado de directividad*, adecuándolo a las expectativas con las que acude la persona a nosotros, en algunos casos a la espera de instrucciones concretas y en otros de un simple acompañamiento.
- ⇒ *Habilidades comunicativas*, siendo éstas un área que se debe dominar en la base de nuestras intervenciones, la entrevista.
- ⇒ *Adaptabilidad a todo lo que se derive del proceso terapéutico*, por ejemplo, las explicaciones, el ritmo de cambio, los resultados obtenidos y la propia personalidad de la persona, entre otros.

⇒ *Manejo de dificultades y resolución de problemas*, pues finalmente tenemos una tarea a realizar que supone superar bloqueos y encontrar soluciones a situaciones que suelen ser de una alta complejidad.

Un terapeuta debe adaptar este listado a sí mismo/a, ya que todos no contamos con todas estas habilidades y con las que contamos suelen aparecer en diferentes grados. La idea a remarcar es que estas habilidades sirvan de referencia para ir haciendo el ejercicio de pensar acerca de cuáles son nuestras habilidades —las que debemos potenciar—, y aquellas limitaciones —sobre las que debemos intervenir—.

LA RELACIÓN TERAPÉUTICA QUE PODEMOS OFRECER

Se establecerá **una relación terapéutica** centrada en las necesidades del cliente, con un determinado encuadre. La alianza terapéutica se define *como los sentimientos y actitudes que cada uno de los participantes tiene hacia el otro y la manera en que éstos son expresados* (Gelso y Carter, 1985). No sólo hablamos de variables del paciente o usuario y habilidades del terapeuta, sino de las propias que se derivan de la interacción de ambos. Dentro de esta alianza terapéutica se habla de tres factores (Beck y cols., 1979), como son la confianza básica, el rapaport y la colaboración terapéutica.

Un espacio agradable en el que la persona se sienta cómoda como para expresar lo que piensa y siente, así como la percepción de que el terapeuta responde a nuestras expectativas.

El rapaport hace referencia a la definición de diferentes aspectos del proceso. En un proceso que se dibuja complejo, lo primero es ofrecer información acerca de cómo se va a desarrollar éste. Junto al paciente se definirán los objetivos y metas del proceso, así como sus características y los procedimientos que se utilizarán. El procedimiento mediante el cual se informará a las personas sobre las características del proceso asistencial se denomina **consentimiento informado**. Éste debe recoger las características del proceso, así como los derechos y deberes de cada una de las partes.

La colaboración terapéutica se refiere a dos aspectos como son una posición profesional y el establecimiento de los derechos y deberes de cada uno de los participantes. En primer lugar, hablaríamos de relaciones terapéuticas en las que paciente y terapeuta toman decisiones conjuntamente. Igualmente, debe definirse qué se espera de uno y de otro. El APA señala en relación a ésta que es *una colaboración basada en (...) el diálogo y proporciona un ambiente de apoyo que le permite hablar abiertamente con alguien objetivo, neutral e imparcial*. La persona y el psicólogo trabajan juntos para identificar y cambiar los patrones de pensamiento, emocionales y de comportamiento que le impiden sentirse bien. En este sentido, es necesario negociar y llegar a acuerdos en relación a objetivos y tareas, tal como se ha señalado anteriormente.

Otro aspecto a contemplar a la hora de optimizar la relación asistencial es **la ética**. La

ética aplicada es la que intenta definir todas estas variables en un código que todo terapeuta debe seguir. No obstante, independientemente de este código, y por la complejidad y la responsabilidad de la relación asistencial, el profesional debería generar una ética personal, por ejemplo, preguntándonos lo siguiente:

- ⇒ ¿Qué consecuencias se pueden derivar de mi actuación profesional en la presente relación terapéutica?
- ⇒ ¿Qué habilidades y limitaciones me caracterizan? ¿Qué habilidades puedo promocionar para mejorar esta relación? ¿Qué limitaciones podría superar para hacer mejor mi trabajo?
- ⇒ ¿Cuáles son mis intereses terapéuticos —conscientes y no tan conscientes—? ¿Qué intereses tiene la persona que acude a pedir ayuda?

El código deontológico del *Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos* (AA.VV., 2010) define lo siguiente:

- ⇒ El/la psicólogo/a tiene como objetivo *el bienestar, la salud, la calidad de vida, la plenitud y el desarrollo de personas y grupos; (...), objetivos humanitarios y sociales* (artículo quinto). Por tanto, el interés que debería regular esta relación asistencial, el que debe mantener el profesional, es el de ayudar a la persona (o grupo) a mejorar su vida, y en segundo término, la sociedad.
- ⇒ La relación asistencial debe incluir: *respeto a la persona, protección de los derechos humanos, sentido de responsabilidad, honestidad, sinceridad para con los clientes, prudencia en la aplicación de instrumentos y técnicas, competencia profesional y solidez de la fundamentación objetiva y científica de sus intervenciones profesionales* (artículo sexto). En éste ya se señalan las habilidades terapéuticas que deberían enmarcar la relación asistencial: respeto, protección, responsabilidad, honestidad y sinceridad, prudencia, competencia y solidez.
- ⇒ El/la psicólogo/a no participará de manera directa o indirecta en prácticas que *atenten a la libertad e integridad física y psíquica de las personas* (artículo séptimo) y debe informar de las violaciones de derechos humanos de las que sea testigo (artículo octavo).
- ⇒ El/la psicólogo/a respetará las creencias, religión y credo de las personas (artículo noveno), sin realizar discriminación alguna según éstas o por la edad, género, nacionalidad, clase social, etc. (artículo décimo).
- ⇒ El/la psicólogo/a, en un informe escrito, mostrará las siguientes habilidades: cautela, prudencia y crítica (artículo decimosegundo).
- ⇒ El/la psicólogo/a no se aprovechará de la situación de poder que puede generar la relación asistencial (artículo decimoprimer), ni realizará captación de casos en el sentido de generar un monopolio, ni de traspaso de casos de instituciones públicas a

privadas (artículo decimotercero).

⇒ El/la psicólogo/a mantendrá la máxima imparcialidad (artículo decimoquinto).

A continuación, se contemplan siete apartados que contextualizan la práctica profesional en relación a las competencias profesionales, las relaciones con otros profesionales, la intervención, la investigación y la docencia, la obtención y el uso de información, la publicidad, los honorarios y las garantías procesales.

Sobre las competencias profesionales, este código ético define las siguientes: el principio de independencia y de autonomía, la capacitación y cualificación, el uso de teorías, escuelas y métodos contrastados, así como la colaboración con otros profesionales implicados en el caso.

Todos los profesionales estudiamos este código a lo largo de nuestra formación reglada; no obstante, es interesante recuperarlo, releerlo y estudiarlo en el avance de nuestra carrera profesional.

USO DE LAS TÉCNICAS

Las técnicas suelen ser nuestra obsesión, la obsesión de rodear nuestro taller de herramientas que no sólo nos confieran estrategias, sino también seguridad. Pensemos que éstas confieren el 15% del éxito terapéutico, por lo que vale la pena trabajar en su estudio y aplicación.

Las técnicas plantean dos tipos de conocimientos, el teórico y el práctico. El teórico es aquella base o explicación sobre la que se sustenta y justifica su posterior aplicación. La práctica será el conocimiento acerca de cómo aplicar esta técnica, con sus pros y sus contras, así como la generación de la experiencia en la misma.

Por tanto, a la hora de acercarnos a una técnica lo haremos inicialmente por lo que la rodea, de ahí que ésta sea una propuesta recopilatoria e iniciática que requiere de una formación posterior. Antes de aplicar una técnica debe conocerse en su modelo teórico y premisas. Si no estamos de acuerdo con la teoría, difícilmente podremos experimentarla y aplicarla con fluidez y desempeño.

A la hora de adquirir la práctica, en primer lugar, el terapeuta deberá sentirse a gusto con la técnica. La aplicación de cualquier técnica requerirá un proceso preparatorio, a partir del cual se establecen criterios temporales y especiales (cuánto tiempo le dedicaremos y qué espacio necesitamos), materiales (qué objetos necesitamos a la hora de practicarla) y personales (cuál deberá ser nuestra actitud). Nos preparamos y la aplicamos; pensemos que para todo siempre hubo una primera vez; por tanto, manejémonos con nuestra sensación de error y fracaso, que no son tal, simplemente forman un proceso de aprendizaje. En muchas de las técnicas que se presentarán, la voz de la experiencia, es decir, un profesional ya experimentado, nos puede ofrecer consejos e información para facilitar este aprendizaje. En este sentido, tanto el

moldeamiento como la supervisión son compañeros de viaje.

El uso de las técnicas vendrá determinado por una aproximación a la historia y teorías que las rodean, una experimentación y práctica personales y la integración de ambos aspectos dentro de nosotros/as mismos/as.

EL MEJOR EBANISTA

Siguiendo la analogía del principio del capítulo (Bayés, 2003), de lo que se trata en este momento es de poder ser los mejores ebanistas, no por una cuestión de competición, sino por la responsabilidad de materia y circunstancias que rodean nuestra labor. Para convertirnos en el mejor ebanista, según lo expuesto, debemos contar con:

- a) Una serie de habilidades terapéuticas, cada uno con las suyas, pero que nos otorguen una calidad como terapeutas. Y al igual que marcamos a las personas que acuden a nosotros la necesidad de cambiar, en nosotros deberíamos marcarnos lo mismo: promover nuestras fortalezas y cambiar las debilidades.
- b) Una relación terapéutica que otorgue el espacio necesario para el cambio y que se envuelva en un entorno cálido, de comprensión y confianza máxima.
- c) Unos conocimientos que nos den seguridad y que nos convenzan. Ninguno de ellos es la panacea; por tanto, exploremos, ampliemos, aprendamos, con la curiosidad de un niño, la capacidad crítica del adolescente y la ilusión del joven, y, por supuesto, la racionalidad, la flexibilidad y la intuición de la adultez y la vejez
- d) El convencimiento de intentar hacer las cosas de la mejor manera, de que los modelos establecidos tienen muchas cosas que proporcionar y que las diferentes propuestas pueden aportar factores en esta ecuación.
- e) El acercamiento a aquellas propuestas que se dibujan más prósperas y eficaces.
- f) Una serie de indicaciones que pueden ayudarnos a reflexionar y encauzar nuestro camino.
- g) Unas técnicas que nos ofrecen herramientas para el cambio.

Fácil, no; posible, sí. Como una compañera me señalo una vez al inicio de mi carrera profesional, con sentido común y la intención de hacer las cosas del mejor modo posible, tal vez no consigamos el cambio, pero difícilmente empeoraremos la situación.

PARA AMPLIAR LA INFORMACIÓN

Bados, A. y García, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Barcelona: UB (Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico).

- Beck, A. T., Rush, J. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Bergin, A. E. y Garfield, S. L. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4.a ed. Nueva York: Wiley.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. En *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg (eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 13-37). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. Madrid: Vision Net.
- Eccles, M. y Mason, J. (2001). How to develop cost-conscious guidelines. En *Health Technology Assessment*, 5, 16.
- Federación Española de Psicoterapeutas (2010). *Qué es psicoterapia*. En: <http://www.feap.es/index.php/preguntas/usuarios-de-psicoterapia> (consultado el 18/03/2016).
- Frank, J. D. y Frank, J. (1991). *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*. 3.a ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Gelso, C. J. y Carter, J. A. (1985). The relationship in counselling and psychotherapy. En *The Counselling Psychologist*, Ap, vol. 13, núm. 2, pp. 155-243.
- Greencavage L. M. y Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? En *Roof Psychol. Res. Pr.* 21, 372-8.
- Mann, T. (1996). *Clinical Guidelines: Using Clinical Guidelines to Improve Patient Care Within the NHS*. Londres: Department of Health.
- Moriana, J. A. y Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. En *Revista de psicopatología y psicología clinica*, Vol. 16, núm. 2, pp. 81-100.
- Rosenzweig S. (2002). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. En *Journal of Psychotherapy Integration*, 12 (1), 5-9.

2. TÉCNICAS ATENCIONALES Y DE DESACTIVACIÓN

Nuestro mundo se acelera día tras día en ciudades y pueblos de muy diversas naturalezas. Se extiende la filosofía del «ahora, ya» y todo funciona para que en nuestras vidas las compras y las respuestas sean inmediatas. Y eso va en contra de nuestra naturaleza, o como mínimo se ha demostrado en contra de nuestra salud. Pues no sólo el estrés crónico es el que nos va en contra, también las múltiples contrariedades que aparecen durante el día. De hecho, se ha comprobado un aumento de personas con diagnóstico de cáncer, enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares, entre otras. Ya se habla de sociedades que enferman...

Así, una disciplina (y unos profesionales) que intenta promover el bienestar de las personas tiene que partir de una primera consideración: debemos darnos un tiempo para parar nuestra elevada actividad y aprender a desconectar. En esta línea, cada vez hay más modelos terapéuticos que trabajan para que las personas atendamos lo realmente importante —entre lo que está *vivir para ser feliz, mejor que vivir para trabajar*, por ejemplo— y para que desconectemos de esta realidad. Por ello, después de haber presentado una visión de lo que significa la posición y la relación terapéuticas, se profundiza en técnicas que ayudan en la atención y la desactivación.

La atención es la puerta de entrada de estímulos externos (e internos) hacia nuestro cerebro, es lo que nos permite filtrar toda esa información que nos llega de todas partes. La atención se define como *un proceso selectivo de la información necesaria, la consolidación de los programas de acción elegibles y el mantenimiento de un control permanente sobre el curso de los mismos (...)*, dando lugar a dos tipos de atención, como serían la involuntaria y la voluntaria, la cual implica concentración, control y voluntad (Luria¹, 1975). Así, mediante los mecanismos atencionales de selección, distribución y mantenimiento, recibimos los estímulos, activamos diferentes procesos psicológicos y creamos la imagen del mundo que nos rodea. Una vez seleccionamos cierta información, la pasamos por el filtro de la percepción, la motivación y la emoción, y, por último, almacenamos en la memoria. El acto de atender puede ser motivacional e intencional en ciertas ocasiones.

Éste es un mundo en el que recibimos miles de *inputs* al día, y no sólo eso, sino que en muchos casos todo ello se transforma en demanda. Las demandas que nos llegan activan nuestros sistemas para generar con ello una respuesta determinada. Esta activación mantenida

en el tiempo generará tensión, pues nuestro cuerpo está preparado para un cierto nivel de activación, que continuamente vemos sobrepasado.

Las técnicas atencionales son aquellas que requieren de un esfuerzo cognitivo de mantener esa atención en determinado objeto, persona y/o circunstancia. En las técnicas atencionales esa motivación desempeña un papel determinante, es decir, se parte de la premisa que el individuo puede decidir a qué tipos de estímulos prestar atención. Por tanto, le vamos a dar indicaciones a nuestro sistema atencional sobre lo que debe atender, por ejemplo, a una sensación corporal en el caso del *focusing*.

La tensión puede controlarse mediante dos tipos de técnicas, como son:

- a) Las que modifican la activación fisiológica o corporal (por ejemplo, mediante la respiración consciente).
- b) Las que modifican los agentes que generan activación (por ejemplo, la visualización o el *mindfulness*).

Las técnicas de desactivación son aquellas que intentan reducir el nivel de activación psicofisiológica. El cuerpo responde a las demandas del entorno y mantiene un nivel de activación determinado; si se produce una sobredemanda, la respuesta del cuerpo será de excesiva activación. Selye² (1956) describió el *síndrome general de adaptación* (SGA) como aquella respuesta adaptativa frente a esta sobredemanda, que si se extiende en el tiempo, puede dañar el organismo. Conocemos que esta respuesta de sobreactivación o estrés genera múltiples respuestas conductuales, emocionales, psicofisiológicas, cognitivas y sociales. Por tanto, es necesario crear estrategias que nos ayuden a controlar esa tensión, tanto a corto como a largo plazos, para, así, evitar males mayores.

¿Qué significa desactivarse? Desactivarse no significa sentarse sin hacer nada, o dejar de pensar —aunque posible, a veces no es lo necesario—, sino reducir el nivel de activación, lo cual suele ser positivo en el sentido que permite mayor claridad de pensamiento, descanso y bienestar y una sensación corporal de calma. Es cierto que cada persona se relaja a su manera y que hay personas que se relajan haciendo cosas de casa. ¡Perfecto! La idea es que cada persona pueda encontrar su camino para la relajación, y, como señala J. F. González³ (1992), «la relajación es un tema de educación que se aprende practicando y que generará un estado físico o psíquico a ese estado de tensión que se acompaña de una vivencia subjetiva de calma».

Las técnicas de desactivación van a buscar un nuevo estado en el cuerpo derivado de la disminución de la tensión, un estado de calma y relajación. Hay tantas técnicas de relajación como personas, ya que cada uno de nosotros tenemos nuestras propias formas de relajarnos, aunque algunas de ellas se comparten.

Si los seres humanos estamos preparados para adaptarnos al entorno, y, como decía Darwin, sólo sobrevivirán los más fuertes, una de las maneras de fortalecernos supone aprender a manejar nuestros procesos atencionales —evitando distractores incesantes,

innecesarios y molestos—, así como nuestro nivel de activación y, por tanto, de disminuir la tensión de nuestras vidas. Tal vez es el mejor ejercicio que podamos ayudarnos a hacer a nosotros mismos y que podamos dar a las personas a las que tratamos de ayudar.

RESPIRACIÓN CONSCIENTE

Definición

La respiración consciente es el proceso de centrar la atención en la respiración, realizándola de una forma profunda.

Objetivos

Concentrar nuestra atención en la respiración es uno de los métodos más comunes para disminuir el nivel de activación y el primer ejercicio de técnicas de relajación, como, por ejemplo, la meditación.

Los objetivos específicos que se derivan de esta técnica son los de adquirir los numerosos beneficios físicos y mentales que produce, como son:

- ⇒ Desconectar de las preocupaciones o problemas, centrando la atención en un ejercicio simple.
- ⇒ Reforzar el equilibrio mental, emocional físico y espiritual.
- ⇒ Mejora del sistema circulatorio, sanguíneo, respiratorio e inmunológico.
- ⇒ Aumento de la energía y la vitalidad, junto con una mejor oxigenación.
- ⇒ Reducir el estrés, el insomnio y calmar molestias e incluso el dolor.
- ⇒ Eliminar toxinas y mejora del metabolismo en general.

Éstos son algunos de los beneficios citados por diferentes fuentes que se pueden adquirir tras el uso de esta técnica.

Premisas

La respiración es el proceso que nos da vida, una función imprescindible para el funcionamiento correcto del organismo. Ésta cumple una función nutricional, ofreciendo nutrientes a células y órganos, así como purificándolo. De hecho, es tan importante que se correlaciona una buena respiración con una salud más óptima, lo que derivará en mejor funcionamiento general física y mentalmente.

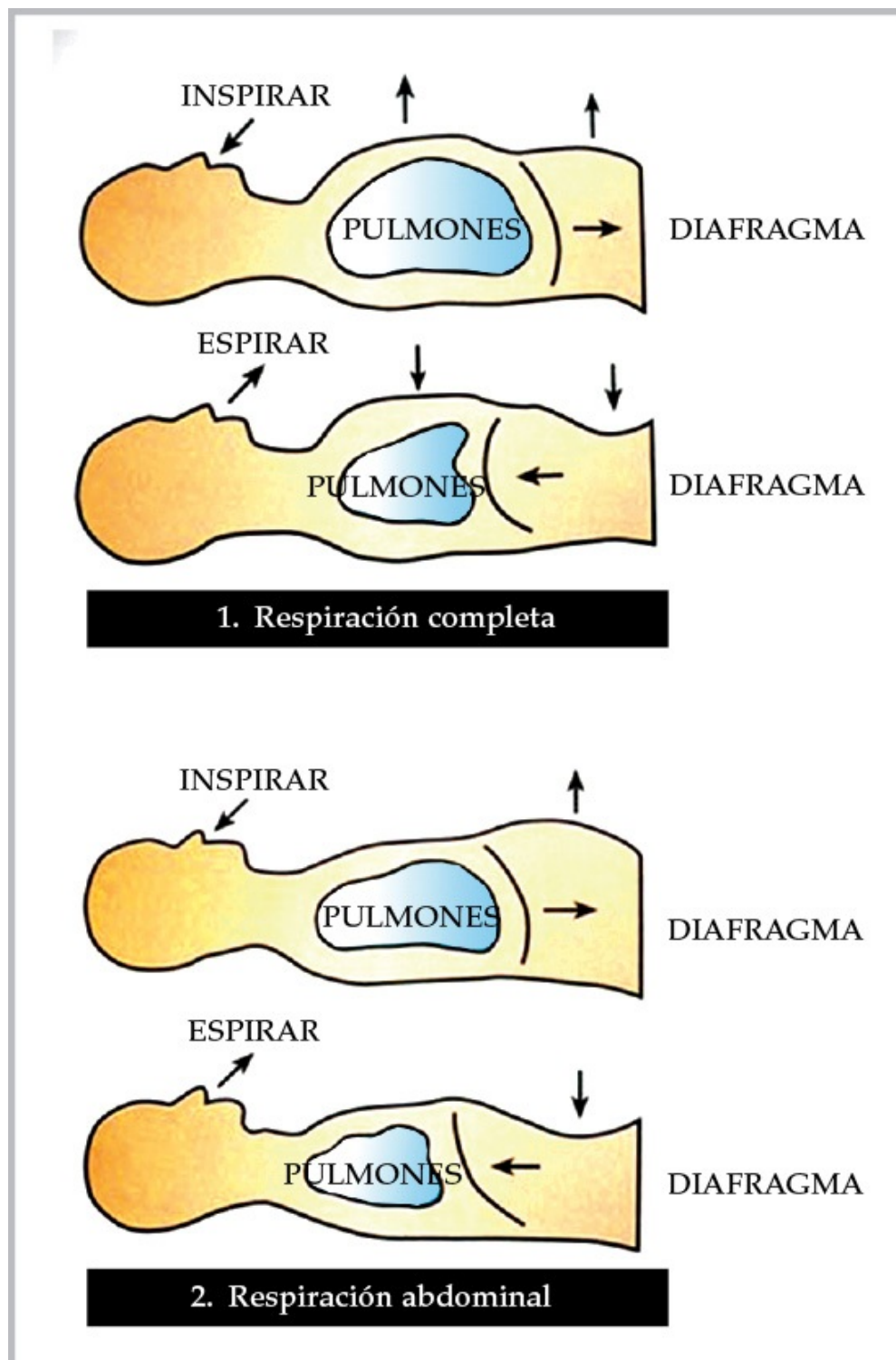
Al ser un proceso esencial para vivir, lo mejor es hacerlo de una forma adecuada y que propicie un buen estado.

Descripción técnica

La técnica de respiración consciente implica a los siguientes órganos de nuestro cuerpo: nariz y fosas nasales; faringe, laringe y tráquea; bronquios, bronquiólos y alvéolos, y los pulmones.

Se estructura en tres fases, como son:

- a) *La inhalación*, que se refiere a la entrada del aire por las fosas nasales.
- b) *La retención*, que se denomina proceso de mantener el aire dentro del cuerpo.
- c) *La exhalación*, que es el proceso de expulsar el aire del cuerpo.



Así, los diferentes ejercicios de respiración consciente implican tener en cuenta estas fases y mantener la atención en cada una de ellas, lo cual, en sí mismo, sugiere un ejercicio cognitivo, a la vez que el propio físico.

La técnica de respiración consciente supone un aprendizaje sencillo, ya que simplemente debemos conocer los pasos, y un entrenamiento que puede aplicarse en cualquier momento del día y espacio. No obstante, se recomienda entrenarse en respiración consciente: sentado, con la espalda recta y con ropa cómoda que no pueda interferir el proceso, así como en un tiempo y espacio en el que no tengamos demasiadas interrupciones.

EJERCICIOS

Existen muchos ejercicios para aplicar la respiración consciente, de los cuales se citaran algunos de los más efectivos. El ejercicio básico es el primero, los demás añaden variables que pueden facilitar el proceso de respirar de forma consciente:

- ⇒ *Respiración completa abdominal o diafragmática*: inhalar por la nariz, poner la mano en el abdomen y notar cómo éste se infla tras la inhalación; retener y expulsar, notando en la mano cómo se desinfla el abdomen.
- ⇒ *Respiración del vacío*: inhalar por la nariz y exhalar por la boca con los labios en posición de silbar para, posteriormente, quedarse diez segundos sin aire e ir repitiendo el ciclo.
- ⇒ *Respiración sostenida*: inhalar, retener diez segundos y exhalar por la nariz, repitiendo el ciclo varias veces.
- ⇒ *Respiración rítmica*: inhalar por la nariz durante cuatro segundos, sostener dos segundos, expulsar cuatro segundos y sostener dos segundos más sin aire (4-2-4-2).
- ⇒ *Respiración rítmica con retenciones*: inhalar por la nariz durante cuatro segundos, sostener ocho segundos, expulsar cuatro segundos y sostener ocho segundos más sin aire (4-8-4-8).
- ⇒ *Respiración acompañada con el ritmo cardíaco*: se trata de acompañar el ritmo de la respiración con las pulsaciones cardíacas, por ejemplo: inspiración, cuatro pulsaciones, apnea y una pulsación; espiración, cuatro pulsaciones, apnea y una pulsación.
- ⇒ *Respiración alterna* (McKay y Fanning, 2010): se inicia la atención a la respiración y se realiza de forma profunda, cerrando uno de los orificios de la nariz con el dedo índice, y, posteriormente, se cambia al otro orificio. Se recomiendan cinco ciclos completos.
- ⇒ *Fijación en la temperatura del aire (u otras sensaciones)*: en este caso sería una

respiración completa concentrándose en sensaciones como la temperatura del aire, el paso del aire por los diferentes órganos o las sensaciones que nuestro cuerpo desprende.

- ⇒ *Técnica 4-7-8*: el doctor Andrew Weil propone esta técnica como método para facilitar el sueño. Se trata de inhalar cuatro segundos, retener siete segundos y expulsar ocho segundos. Se recomienda realizar el ejercicio ya metido en la cama y repetirlo hasta dormirse profundamente.
- ⇒ *Respiración consciente para niños*: la aplicación de la técnica con niños pasa por el uso de historias que les puedan ayudar a comprenderla y aplicarla de forma más lúdica. Por ejemplo, se puede explicar la historia de los enanitos de los pulmones. Estos enanitos llevan el oxígeno en bolsitas hasta la nariz, entran por la nariz, dejan las bolitas de oxígeno en nuestro interior y vuelven a salir, para, así, rellenar nuevamente la bolsa de bolitas de oxígeno. También se puede utilizar la metáfora de llenar los pulmones con bolitas de oxígeno y sacar el aire como si soplara una vela poco a poco —no de golpe, como harían con las velas de un pastel de cumpleaños—.
- ⇒ *Respiración consciente zen* (Thich Nhat Hanh, 2015): al proceso de respiración consciente añade una serie de instrucciones que se pueden ir repitiendo mientras practicamos:
 - «Inspirando, sé que estoy inspirando», y «expirando, sé que estoy expirando».
 - «Inspirando, reconozco el cielo azul», y «expirando, sonrío al cielo azul».
 - «Inspirando, sigo mi inspiración en todo su recorrido», y «expirando, sigo mi inspiración en todo su recorrido».
 - «Inspirando, sé que estoy inspirando», y «expirando, sé que estoy expirando».
 - «Inspirando, sonrío a mi inspiración», y «expirando, sonrío a mi expiración».
 - «Inspirando, soy consciente de mi cuerpo», y «expirando, libero toda la tensión de mi cuerpo».
 - «Inspirando, disfruto de mi inspiración», y «expirando, disfruto de mi expiración».

Incluso expone autoinstrucciones que relacionan la respiración y el componente emocional y recomienda la práctica mientras se camina.

Ámbitos de aplicación

Las aplicaciones que podemos encontrar de esta técnica son muy diversas. Como se ha señalado anteriormente, suele ser el ejercicio inicial de otras técnicas como el yoga o la meditación. Asimismo, se aplica en el deporte, aprendiendo técnicas específicas para las

diferentes disciplinas, por ejemplo, las de respirar mientras corres o nadas y, en las clases de parto, para favorecer una correcta respiración en el momento de dar a luz. Se aplica a niños y gente mayor para favorecer estados de relajación y bienestar, así como a personas con diferentes patologías.

Para ampliar la información

- Hendricks, H. (1997). *La respiración consciente*. Madrid: Urano.
- Kahrens, M. (2009). La respiración consciente: una fuente diaria de energía. En *Salud y nutrición, Cultura Pollensa Mallorca*, <http://www.culturapollensa.com/es/respiracion-consciente-fuente-energia/> (consultado el 29/04/2016).
- Lefebure, F. (2003). *Respiración rítmica y concentración mental*. Buenos Aires: Kier.
- Lodes, H. (1990). *Aprende a respirar*. Barcelona: Integral.
- McKay, M. y Fanning, P. (2010). *Técnicas de relajación diaria*. Madrid: Oniro.
- Nhat Hanh, T. (2015). *Respiración consciente en la vida diaria*. En <http://tnhspain.org/la-respiracion-consciente/> (consultado el 11/02/16).
- Speads, C. H. (1988). *ABC de la respiración*. Madrid: EDAF.
- Vázquez, M. I. (2001). *Técnicas de relajación y respiración*. Madrid: Paidós.
- Vidal, A. (2014). *Tu primera sesión de respiración*. Barcelona: Now Books.

VISUALIZACIÓN CREATIVA

La imaginación es el principio de la creación, imagina aquello que deseas, desea aquello que imaginas y, al final creas aquello que deseas.

GEORGE BERNARD SHAW

Definición

La visualización creativa es el proceso de centrar la atención de nuestra imaginación en personas, objetos, circunstancias u otros que puedan facilitar los objetivos a continuación.

Objetivos

El objetivo fundamental de esta técnica es el uso de nuestra imaginación a nuestro favor. Otros objetivos de la técnica serían:

- ⇒ Expandir los límites de la imaginación creando nuevas imágenes o información en nuestra mente.
- ⇒ Favorecer el recuerdo de diferentes aspectos que puedan ser de nuestro interés recuperar.
- ⇒ Utilizar las propiedades de nuestra mente para crear determinados estados anímicos, de bienestar y paz interior.
- ⇒ Aliviar la tensión muscular y ayudar en el control y eliminación del dolor.

Las premisas

La visualización creativa parte de la premisa de crear una imagen de aquello que se pretende conseguir, y orienta al individuo hacia su consecución. De su nombre se desprende que se trata de crear imágenes en nuestra mente utilizando todo nuestro potencial creativo.

La mente, así como la imaginación, son poderosas herramientas de construcción, y por ello, si se utilizan de forma adecuada, pueden ayudarnos en nuestro día a día.

Tenemos la posibilidad de crear y decidir sobre lo que podemos disponer en nuestro cerebro, así como a lo que atendemos.

La ley fundamental de la visualización consiste en *personalizar su uso según unos parámetros (...), personales* (González, 1992).

Descripción técnica

La aplicación técnica de la visualización creativa requiere, como otras técnicas atencionales, de un entorno espacial y temporal adecuado (tiempo preciso para la aplicación de la técnica y de un espacio físico adecuado y cómodo) que facilite la concentración. En el caso de esta técnica se recomienda mantener una postura cómoda —tanto sentado/a, como estirado/a— y los ojos cerrados.

La visualización creativa sigue una serie de pasos que facilitan el proceso, como son (Gawain, 2000):

- a) *Decisión*: se debe tomar una decisión sobre el contenido de la visualización, que pueden ser imágenes, palabras, personas o circunstancias.
- b) *Crear una imagen mental clara y precisa*: en función de lo que hayamos decidido imaginar, creamos una imagen mental que debe ser lo más específica posible.
- c) *Concentrarse en la imagen mental*: frente a esa imagen mental clara, vamos creando o fijándonos en detalles concretos. Se puede realizar repasando la imagen mental de arriba a abajo o de izquierda a derecha.
- d) *Fijación*: una vez se tiene esa imagen detallada se puede optar por fijarla en la mente a modo de fotografía mental a la que se pueda recurrir en determinados momentos.

Se finaliza el ejercicio saliendo de ese estado relajado lentamente y registrando, si es el caso, los contenidos trabajados.

EJERCICIOS

La visualización creativa se puede desarrollar a partir de ejercicios muy variados, de los que a continuación sólo se extrae una mínima muestra, adaptados de la bibliografía citada y otros de la práctica profesional. Puesto que se trata de imaginar, para el terapeuta también puede ser un ejercicio creativo el de elaborar ejercicios concretos para las situaciones que puedan surgir a lo largo de la terapia: ➡ *El lugar seguro*: se le pide a la persona que centre su atención en un lugar en el que siempre se haya sentido segura y cómoda, ya sea en su propio domicilio o habitación o en lugares exteriores, como la playa o la montaña. Debe imaginar ese lugar con precisión y detalles e ir fijando la atención en cómo se ve, los sonidos y las sensaciones físicas experimentadas.



Figura 2.2. Ejemplo de lugar seguro: paseo por la Bretaña francesa.

- ⇒ *Las imágenes de nuestra vida:* se puede reproducir cualquier imagen que hayamos vivido y pueda generarnos bienestar. La *terapia de reminiscencia o de revisión de vida* (Salvarezza, 1988; Butler, 1967) se basa en ayudar a la persona, mediante ciertos estímulos, a recuperar una amplia gama de recuerdos. En este sentido, podemos utilizar la visualización para volver a aquel momento significativo y positivo que nos devuelve una sonrisa, o revivir un momento negativo para encontrar una nueva interpretación del mismo.
- ⇒ *La conversación que quedó pendiente:* cuando se generan conflictos interpersonales, de forma espontánea, podemos soñar en la conversación y la reacción de la otra persona que hubiéramos deseado experimentar. A veces, incluso, cuando nos quedamos con la palabra en la boca, al cabo de unos minutos nos viene a la cabeza lo que deberíamos haber dicho. Visualizar el qué y cómo llevaríamos una conversación puede suponer un desahogo y generar un aprendizaje de nuevas pautas de comportamiento social.
- ⇒ *Mr Scrooge y el cuento de navidad:* Charles Dickens nos presenta al personaje de Mr. Scrooge en su *Cuento de Navidad*, personaje que en una noche vuelve al pasado, experimenta el presente y observa su futuro. En este sentido, se puede visualizar sobre recuerdos pasados, circunstancias presentes y proyecciones de cómo nos gustaría que fuese nuestro futuro (ejercicio de proyección en el tiempo).

- ⇒ *Visualización mental del cuerpo*: ejercicio que puede tener varios usos. Se puede recorrer el cuerpo entero (*body scan*) o centrarse en partes específicas de él. Se utiliza conjuntamente con otras técnicas como el *mindfulness*.
- ⇒ *Visualización de un color*: se trata de pensar en un color, luego una imagen que liguemos a ese color, poner detalles a esa escena y quedarse con las vibraciones que se desprenden de ella.
- ⇒ *Ensayos de creación de imágenes*: lo cual ayuda en el dominio de la técnica. Se trata de hacer aparecer y desaparecer imágenes.
- ⇒ *Visualizaciones ligadas a los sentidos*: pensar en una imagen relevante, intentar relacionar esta imagen con los sonidos que la acompañan, focalizar en las sensaciones que nos produce, en olores y sabores que nos recuerden esta imagen.
- ⇒ *Pintar un cuadro*: una visualización que puede ayudar frente al insomnio es la de pasar de una respiración consciente y la relajación física a visualizar cómo frente a nosotros tenemos una pared en blanco y podemos pintar el cuadro que prefiramos.
- ⇒ *Afirmaciones*: se puede imaginar no sólo escenas sino darnos mensajes motivadores o que nos ayuden con nuestros objetivos. En este caso, el uso de afirmaciones puede iniciarse en imaginación y fijarlos en material visual que podamos consultar a menudo.

Las posibilidades de esta técnica son infinitas, como lo es nuestra imaginación — siendo ésta la base de la técnica—.

Ámbitos de aplicación

Esta técnica tiene múltiples aplicaciones, sin contraindicaciones descritas más allá de las dificultades que puedan surgir en el momento, por ejemplo, el quedarse en blanco. En primer lugar, puede ayudar a reducir la ansiedad creando un entorno seguro a nuestro alrededor, así como utilizarla para potenciar emociones e imágenes positivas en el caso de un estado de ánimo bajo.

Se ha utilizado la técnica de visualización en psicología del deporte y organizacional para fomentar estados de alta motivación, así como en psicología de la salud para el control del dolor.

La visualización puede utilizarse para dirigir nuestra atención hacia objetivos concretos y facilitar el encuentro de los pasos que nos dirijan hacia ellos.

Para ampliar la información

Gawain, S. (2000). *Visualización creativa*. Madrid: Sirio.

González, J. F. (1992). *Procedimientos de relajación*. Madrid: EOS.

Lafuente, F. y Garós, A. L. (2013). *Visualización. El arte de saber crear*. Madrid: Humanitas.

MEDITACIÓN

(...) la verdadera práctica meditativa es una forma de ser, no una técnica: es más que permanecer sentado en un cojín o una alfombra. Sí, claro, la postura también es importante, pero no puede limitarse la meditación a eso. La práctica abraza toda nuestra vida, instante a instante, y tiene que ver con las decisiones que adoptamos; nos abre los ojos a funcionamientos automáticos basados en costumbres. Es muy fácil mirar sin ver, escuchar sin oír, comer sin saborear, no sentir el perfume de la tierra húmeda tras un chaparrón, e incluso tratar con los demás sin ser conscientes de las emociones que se intercambian.

CHRISTOPHE ANDRÉ (2015)

Definición

La meditación es la práctica y el proceso de prestar atención y focalizar la conciencia en no hacer, en despegarse de lo cotidiano y dejar que lo que deba salir de nuestro interior fluya.

Objetivos

El objetivo principal de la meditación es el de entrar en un estado de conciencia contemplativo y de aceptación, tanto de lo que hay (lo que sucede en el exterior del meditador) como de lo que es (los pensamientos, las emociones y el propio cuerpo).

Las premisas

Meditación proviene del latín *meditatio*, que se traduce como ejercicio intelectual. Se trata de dejar de hacer, es no hacer nada y simplemente dejarse llevar por la realidad presente y del ahora. Concretamente, es una técnica de miles de años de evolución cuya práctica es común en países orientales y empieza a ser habitual en la realidad occidental, una práctica contrastada y de enormes beneficios que, sobre todo, ayuda a relajarse y desconectar del caos de nuestro mundo interno y externo.

Una de las descripciones más precisas, a la par que sencilla, acerca de esta técnica es la que propone Pablo D'Ors (2014): «Comencé a sentarme a meditar en silencio y quietud por mi cuenta y riesgo, sin nadie que me diera algunas nociones básicas o que me acompañara en el proceso. La simplicidad del método —sentar- se, respirar, acallar los pensamientos...— y, sobre todo, la simplicidad de su pretensión —reconciliar al hombre con lo que es— me sedujeron desde el principio».

La meditación es aquel proceso de atender y concentrarse en el momento presente, pudiendo dirigir éste hacia la respiración, el cuerpo u otros elementos. La atención se puede dirigir a la repetición de una palabra o frase significativa, al momento presente, al conteo de respiraciones, a las sensaciones del cuerpo, al cultivo del amor, a la compasión y el perdón — u otras emociones curativas—, a una forma geométrica o figura sencilla, a un lugar apacible, a

la energía, a escritos inspiradores o sagrados, al cuadro o la imagen de un santo o a la naturaleza.

Existen varios mitos a desmentir acerca de la meditación, como son (Chopra, 2009):

Mito 1. La meditación es difícil

Si asociamos su práctica a períodos largos de formación o determinadas fórmulas como retiros, podemos pensar que es una práctica difícil. Meditar es simplemente ofrecernos un espacio a nosotros/as mismos/as. Se puede empezar a meditar ya, ahora mismo, con unos mínimos a considerar —como los que se presentan a continuación—.

Mito 2. Tienes que relajar la mente para una práctica meditativa exitosa

Pensamos que meditar es dejar de pensar y tener la mente en blanco; nada más lejos de la realidad. La práctica meditativa en ocasiones relaja la mente, pero en otras promueve mucho movimiento tanto de pensamiento como de emociones.

Mito 3. Se necesitan años de práctica para obtener beneficios de la meditación

Los beneficios de la meditación son inmediatos. Empieza a proliferar gran número de estudios que intentan definir los efectos positivos de esta práctica, incluso relacionando estos efectos con la variable temporal (por ejemplo, se señala que el tiempo óptimo para empezar a notar estos cambios está en sesiones de 20 minutos diarios).

Mito 4. La meditación es un proceso evitativo

Mediante la meditación no se huye de los problemas, no se intentan evitar en pensamiento, sino, más bien, todo lo contrario. Se trata de dejar que los pensamientos fluyan, no negarlos, ni dejar de verlos.

Mito 5. No tengo tiempo suficiente para meditar

Ésta suele ser la máxima de los críticos y/o principiantes en meditación, no tener tiempo. Tengamos la vida personal, social y laboral que tengamos, siempre deberíamos contar con un momento para nuestro bienestar.

Mito 6. La meditación es una práctica religiosa o espiritual

La meditación no tiene relación con la religión o el crecimiento espiritual. Ciertamente es que

algunas religiones incluyen la meditación entre sus prácticas cotidianas, pero se puede practicar siendo de cualquier religión y credo.

Mito 7. Debo tener experiencias místicas mediante la meditación

Hay personas que dicen haber conseguido un estado de iluminación mediante la meditación, pero éste no es el objetivo con el que iniciaron el proceso de meditación, o no debería estar entre nuestras expectativas, ya que, como en el caso del amor, cuanto más se persigue menos se encuentra.

La meditación es el ejercicio mental de contemplación profunda acompañado de silencio, relajación y control de la respiración. La persona desvía su atención de los estímulos ambientales concentrando su mente en imágenes y pensamientos que le producen un estado de tranquilidad y bienestar.

Descripción técnica

El proceso meditativo conlleva que tengamos en cuenta una serie de condiciones antes de iniciarse en su práctica. Con condiciones para la meditación se hace referencia a aquellas variables que debemos establecer previamente a la adquisición y la práctica de esta técnica. Así, es esencial considerar estas variables para favorecer una buena práctica.

Condiciones previas a la meditación

El primer paso para meditar es preparar la sesión, para lo cual se recomienda lo siguiente:

- ⇒ Ambiente tranquilo en el que no ser molestado/a y cómodo, con una temperatura adecuada y luz natural. Un espacio físico que favorezca el proceso, con pocos distractores, por ejemplo, nos podríamos sentar frente a una pared blanca.
- ⇒ El momento adecuado será aquel que podamos dedicar, aunque se recomienda a primera hora de la mañana o primera de la tarde.
- ⇒ Cronómetro para olvidarse del tiempo. La mayoría de meditaciones ocupan entre 10 y 30 minutos. La recomendación que se realiza es dedicar 22 minutos al día durante al menos 40 días seguidos, para que este proceso se convierta en un hábito.

A nivel personal, se debería reflexionar acerca de los siguientes puntos: cuál es nuestra motivación a la hora de querernos implicar en el proceso, intentar entrar en el proceso sin expectativas, implicarnos con compromiso y disciplina, adquirir posición de observadores y, por último, aceptación y mantenerse en la práctica con perseverancia y paciencia.

En relación a la posición del cuerpo, se deben tomar decisiones sobre los siguientes puntos:

- ⇒ *¿Qué modalidad escogemos?* Sentado, caminando o estirado. Las dos primeras sin contraindicaciones y la última midiendo nuestra capacidad de relajación, pues si es elevada, acabaremos dormidos.
- ⇒ *¿Cómo colocamos nuestro cuerpo?* Según la modalidad escogida nos colocaremos de una u otra manera. La más común, que es realizarla sentados, requiere colocar la espalda recta, formando una L.
- ⇒ *¿Cómo mantendremos nuestra mirada?* Decidir sobre si nos mantenemos con ojos abiertos o cerrados. Hay personas que se sienten muy incómodas con los ojos cerrados. Obviamente, con los ojos cerrados podremos sentirnos más relajados y desconectados, pero no es imprescindible para el proceso.
- ⇒ *¿Cómo colocaremos las manos?* Hay posiciones de las manos que favorecen el proceso, por ejemplo, se puede estudiar y probar con diferentes *mudras* —posiciones de las manos que se afirma favorecen el flujo de energía—.
- ⇒ *¿Cómo colocar nuestras piernas, si optamos por estar sentados?* Se pueden consultar las diferentes posiciones. Debe ser una postura en la que podamos aguantar un cierto tiempo.

La postura es importante pues nos propicia una respiración y un proceso fluido. No siempre esta posición nos resultará cómoda, pero se debe mantener en la medida en que podamos o podemos intentar cambiarla para favorecer el seguimiento de la sesión. La posición más fácil es la de sentarse con la espalda recta, las piernas sin cruzar y las manos sobre los muslos.

Programación de las sesiones de meditación (semanal)

El proceso de meditación debe convertirse en un hábito, y para ello podemos facilitar la adquisición del mismo mediante una programación. En la misma, se recomienda recoger la información a continuación.

TABLA 2.1
Pauta para programación de las sesiones de meditación (elaboración propia)

PREPARACIÓN	RITUAL	POSTERIOR
Fecha:	Inicio:	Recoger los aspectos más significativos de la sesión, tanto en forma como en contenido.
Lugar:	Contenido:	
Ropa:	Cierre:	
Postura:		
Tiempo:		
Frecuencia:		

Una buena práctica para su aprendizaje, que no imprescindible ni mucho menos.

Desarrollo de las sesiones de meditación

Una vez iniciada la sesión se recomienda empezar con ejercicios de respiración consciente, y se proponen diferentes prácticas contemplativas. En este sentido, es necesario tomar una decisión sobre el contenido a trabajar en las sesiones, entre las que encontramos (AA.VV, 2015):

- a) *Prácticas de parar*: es decir, sentarse y mantenerse en silencio, observando el estado interno.
- b) *Prácticas en movimiento*: existen diferentes subdisciplinas dentro de la meditación que utilizan esta práctica, como el *qui gong*, el *tai chi*, las artes marciales, el yoga o el movimiento contemplativo. En este caso podemos hablar de la meditación caminando, práctica ampliamente extendida en los templos budistas, o lo que en occidente podríamos llamar, *andoterapia*, o simplemente el arte de andar.
- c) *Prácticas de proceso creativo*: se puede utilizar la música y el arte como método contemplativo y, por tanto, meditativo. Se puede conjugar la técnica de meditación con la visualización, lo cual puede incluir cualquiera de los ejercicios de esta segunda. Un buen ejemplo sería la visualización de metas, en la que podemos imaginar hacia dónde queremos ir en el futuro.
- d) *Prácticas con mantras u oraciones*: los mantras son sonidos asociados a símbolos religiosos, como, por ejemplo, el OM, símbolo de la universalidad que se repite como un sonido rítmico y que se puede acompañar de la oración «Om Mani Padme Hum».
- e) *Prácticas activistas*: centrando la meditación en lo que se puede hacer por la humanidad. Una excelente aportación en este sentido es el último libro de Christophe André (2015) y cols., que se denomina *Acción y meditación*, en el que se analizan las diferentes medidas que podemos tomar y sobre qué reflexionar acerca del mundo en general.
- f) *Prácticas generativas*: meditaciones dirigidas a emociones positivas como el amor y la compasión, repetir mantras o jugar con las técnicas de visualización.
- g) *Prácticas rituales o cíclicas*: ligadas a celebraciones religiosas.
- h) *Prácticas relacionales*: meditaciones dedicadas al diálogo y la escucha profunda.

Cada sesión puede incluir una de estas prácticas, o no incluir ninguna, todo depende de nosotros/as mismos/as o de la situación de las personas con las que trabajemos. En ocasiones, una meditación guiada facilita el proceso, y en otras no es en absoluto necesario.

Cierre de la sesión de meditación

La sesión de meditación finalizará con un cierre dentro del cual sería recomendable hacer una rememoración de lo experimentado a lo largo de la misma, así como un registro para favorecer un trabajo de profundización personal. Un maestro en meditación incluía en este cierre dar las gracias por la presente sesión.

La terapia meditativa

La terapia meditativa es un intento de trasladar el proceso de la meditación al entorno terapéutico. M. L. Emmons y J. Emmons (2005) proponen dirigir este proceso hacia el interior en un intento unificador y curativo, como un momento para revisar nuestro interior, de autoconocimiento y crecimiento personal. La práctica se centra en meditar sobre la fuente o energía interior con la intención consciente de recibir ayuda, observando pasivamente, sin juzgar o resistirse a lo que podamos observar o experimentar a lo largo de la sesión.

La meditación también puede ser una filosofía de vida, por ejemplo mediante *el zen* (Fontana, 2005). Esta práctica de meditación se centra en el aquí y el ahora, en tu vida cotidiana. Se trata de centrarse en un objeto, pensamiento o emoción y experimentarlo, ignorando su nombre y los juicios que podamos hacer al respecto.

Por tanto, existen diferentes tradiciones de meditación: *mientras ciertas técnicas (como el tantra tibetano) ponen el acento en las imágenes mentales, otras recomiendan evitar toda imagen (por ejemplo, el zen). Algunas técnicas implican a los órganos de los sentidos y usan la música o formas visuales (como los mandalas); otras proponen un alejamiento absoluto del mundo de los sentidos. Algunas predicen la inacción total, y otras incluyen acción (mantra), gestos (mudra), caminar o llevar a cabo diversas actividades. Finalmente, algunas formas requieren estados emocionales específicos, mientras que otras alientan la indiferencia y situarse al margen de toda identificación con una ilusión particular* (Naranjo, 1989). Podemos encontrar la meditación occidental —la expuesta—, la zen, la budista, la trascendental, la vipassana, la kabbalah, la mantra, la sufí, la dzoghen, la de osho, la creativa o la centrada en los chakras. Cada una de ellas requiere una formación y profundización complementaria.

EJERCICIOS

Existen muchas meditaciones guiadas que pueden facilitar la adquisición de la técnica. Así, nos proponen una serie de temas a seguir a lo largo de la sesión de meditación, como, por ejemplo (adaptado de Emmons y Emmons, 2005):

- ⇒ *Reflexión sobre la propia vida* (Kornfield, 2004), poniéndose en la situación de estar al final de nuestra vida y repasar momentos y sentimientos vividos.
- ⇒ *Diálogo interior*, escuchar nuestra voz —o voces— interna, no sólo en su

contenido, sino en cómo nos hablamos a nosotros mismos, ya que a veces llegamos a ser nuestro peor enemigo.

- ⇒ *Ponerse en contacto con el niño/a interior, ese niño/a de nuestra infancia* y ver cómo está, qué sentimientos y pensamientos tiene y qué heridas tiene pendientes de curar.
- ⇒ *Sonrisa interior* (Chia, 2000), sonrisa hacia nuestros talentos o hacia otra persona.
- ⇒ *Buena medicina*, imaginando la medicina que nos cura nuestro padecimiento y dolor. Se puede imaginar una medicina como una pastilla, una luz o una energía, entre otros.
- ⇒ *Gran madre*, imaginar el amor de una madre, con el gran amor que ésta nos puede trasladar, la aceptación incondicional y la ayuda que ésta nos puede ofrecer.
- ⇒ *Conectarse a la tierra*, pensando en lo que nos rodea y su grandiosidad, la naturaleza en todo su esplendor.

Otra propuesta de ejercicios para iniciarse en la meditación es la siguiente (Prévot-Gigant, 2011):

1. *Preparar el terreno*: en primer lugar, entendiendo qué es la meditación (postura, concentración, respiración y vacío mental), teniendo en cuenta la necesidad de regular las expectativas respecto al proceso, sabiendo la línea base de estrés (estado y rasgo que tenemos), e iniciándose en la atención en el cuerpo, y, por último, el aprendizaje de dejar ir y el de no hacer.
2. *Poner los cimientos*: señala este autor que debemos reservar tiempo para la práctica. La práctica básica que acompaña la meditación será la respiración profunda y consciente que se puede completar con mandalas —dibujos simbólicos que generan serenidad— y otros ejercicios de concentración —centrar la atención en una vela, en un círculo negro, en un círculo con una cruz o en un punto entre los dos ojos y la base de la nariz—.
3. *Senda del maestro interior*: recibir los mensajes de maestros en el arte de meditar en un centro de meditación o mediante su lectura, así como de nuestro propio maestro interior.

Por último, la meditación zen (Fontana, 2001) propone experimentar el aquí y el ahora poniendo etiqueta a lo que estés haciendo e invitar a descubrir la armonía en los actos cotidianos, por ejemplo, en el arte de hacer el té.

Ámbitos de aplicación

Los beneficios fisiológicos y psicológicos de la meditación se han recogido en diversas

investigaciones. Los beneficios de la meditación se han mostrado para enfermedades como el cáncer (Carlson y Garland, 2005; Tacón, 2004), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA, en castellano) (Molassiotis y Maneesakom, 2004), la esclerosis múltiple (Ahmadi y otros, 2010), las enfermedades cardiovasculares (Liu y otros, 2007; Schneider, 2005) y respecto a estados de fatiga o dificultades en el sueño, depresión, ansiedad y estrés percibido (Proulx, 2003; Molassiotis y Maneesakom, 2004; Carlson y Garland, 2005; Coppola y Spector, 2009; Cadwell y otros, 2010) (Sánchez Gutiérrez, 2011).

También se empieza a publicar estudios de los efectos adversos de la meditación que se deben tener en cuenta. Se habla de tres tipos de efectos negativos de la meditación registrados, como son: los psicológicos, las alteraciones psicopatológicas y los efectos espirituales negativos. Se comentan a continuación los dos primeros, pues el último no es foco de atención del presente manual (Rodríguez, 2014):

- a) *Efectos psicológicos negativos*, entre los que encontramos la angustia, la idealización del maestro, la desconexión emocional, el aislamiento, el ensimismamiento, el despertar de recuerdos negativos y/o memorias traumáticas, la intensificación del estrés, tristeza, fantasías, regresión, ignorar emociones negativas y conductas evitativas.
- b) *Alteraciones psicopatológicas*, como serían: ansiedad, alucinaciones y delirios, psicosis, depresión, disociación, despersonalización, desrealización, narcisismo, estrés postraumático y suicidio.

En general, sin entrar en efectos negativos tan adversos y graves, se habla de forma frecuente que la meditación puede aumentar la tendencia a la obsesión y al *overthinking* (dar vueltas a las preocupaciones y pensar en exceso) y, por otro lado, la evitación ya citada. Asimismo, se desaconseja el uso de la meditación en el tratamiento de trastornos psicóticos y el TDAH, pues produce un efecto contrario al deseado, de malestar y nerviosismo.

Para ampliar la información

- AA.VV. (2015). *The tree of contemplative practices*. En <http://www.contemplativemind.org/practices/tree>. Concept & design by Maia Duerr; illustration by Carrie Bergman para The Center for Contemplative Mind in Society (consultado el 20/02/16).
- André, C. y cols. (2015). *Acción y meditación. Cambiarse a sí mismo para cambiar el mundo*. Barcelona: Kairós.
- Bonet, D. (2015). *Técnicas de meditación del mundo*. Barcelona: Geoplaneta (col. *Objetivo Bienestar*).
- Calle, R. (2015). *El gran libro de la meditación*. Madrid: Booket.
- Chopra, D. (2009). *Meditaciones para el alma*. Barcelona: EDAF.
- D'Ors, P. (2014). *Biografía del silencio*. Madrid: Siruela.

- Dalai Lama XIV. (2010). *La meditación paso a paso*. Madrid: De Bolsillo.
- Emmons, M. L. y Emmons, J. (2005). *Terapia meditativa. Un proceso de curación desde nuestro interior*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Fontana, D. (2005). *Aprender meditación zen*. Barcelona: Oniro.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *El poder curativo de la meditación*. Barcelona: Kairós.
- Kornflied, J. (2004). *Meditación para principiantes*. Barcelona: Kairós.
- Naranjo, C. (1989). *Psicología de la meditación*. Santiago de Chile: Confluencia.
- Osho. (2015). *Meditación para gente ocupada. Consejos para acabar con el estrés*. Barcelona: Kairós.
- Prévot-Gigant.(2011). *50 ejercicios para aprender a meditar*. Barcelona: Terapias Verdes.
- Ricard, M. (2009). *El arte de la meditación*. Barcelona: Urano.
- Rodríguez, M. (2014). *¿Puede producir la meditación efectos adversos?* Presentado en el XV Congreso Mundial de Psiquiatría y publicado en: <http://www.maribelium.com/articulos/espiritualidad/puede-producir-la-meditacion-efectos-adversos.html> (consultado el 27/07/15).
- Sánchez Gutiérrez, G. (2011). Meditación, mindfulness y sus efectos biopsicosociales. Revisión de literatura. En *Revista electrónica de psicología de iztacala*, núm. 14 (2), pp. 223-254.
- Stauth, C. (2008). *La meditación como medicina*. Barcelona: Luciérnaga.
- Weiss, B. (2013). *Meditación. Cómo dejar atrás las tensiones, el estrés y alcanzar la paz interior*. Barcelona: Ediciones B.

Para ampliar la formación

Los centros de meditación ofrecen la oportunidad de recibir la formación adecuada en esta técnica, así como poder experimentarla en su práctica. Busca el centro de meditación más cercano a tu lugar de residencia.

La Sociedad Española de Meditación (SEM) ofrece seminarios en diferentes ciudades de España. Puedes consultar información en la web: www.ifsu.org/ifsu/Inicio.html

MINDFULNESS

La atención plena permite el nacimiento de la alegría y el goce, al igual que la concentración. La energía de la atención plena porta la energía de la concentración. Cuando estás consciente de algo, por ejemplo, de una flor, y puedes mantener esa conciencia, podemos decir que estás concentrado en esa flor. Cuando tu capacidad de atención plena se vuelve más poderosa, tu concentración se hace más poderosa, y cuando estás plenamente concentrado, tienes la oportunidad de ir más allá y hacer un descubrimiento. Si contemplas una nube, puedes descubrir la naturaleza de esa nube. Si contemplas a una persona y tienes suficiente capacidad de estar plenamente atento y concentrado, entonces puedes atravesar el velo de tus condicionamientos y entender la naturaleza de esa persona. Y, así, puedes contemplar desde este espacio a ti mismo, tu rabia, tu miedo, tu alegría o tu paz (...). Cuando contemplas la totalidad de un hermoso amanecer, mientras más atento y concentrado estés, más belleza será revelada ante ti. Imagínate que te dan una taza de té muy aromática, un muy buen té. Tienes que estar plenamente atento al té, tienes que concentrarte en él, para que, así, el té pueda revelarte su fragancia y maravilla. Ésta es la razón por la cual la atención plena es fuente de felicidad. Ésta es la razón por la cual un buen practicante sabe cómo crear un momento de goce, una sensación de felicidad, en cualquier momento del día.

THICH NHAT HAHN

Definición

Mindfulness es *prestar atención de una manera especial: intencionadamente, en el momento presente y sin juzgar* (Kabat-Zinn, 1994).

Mindfulness es *la conciencia de la experiencia presente con aceptación* (Germer, 2005).

Mindfulness es *la capacidad humana universal y básica, que consiste en ser conscientes de los contenidos de la mente, momento a momento* (Simón, 2007).

Mindfulness *denota conciencia, atención y recuerdo* (Siegel y cols., 2009).

Objetivos

El objetivo básico de esta técnica es pasar del *mind full* (mente llena) al *mindfulness* (mente clara), dejar de lado lo que los budistas denominan mente mono o errante a una mente pensante racional y menos motivada por el desorden y el caos.

Las premisas

Los requisitos para el *mindfulness* son contar con un sitio adecuado, un momento oportuno, la postura idónea y un temporizador.

La instrucción fundamental que debemos dar al cerebro para empezar con la práctica es «Dirige la atención a la experiencia en el momento presente, con curiosidad, apertura y aceptación» (Bishop, 2004).

«Aparezca lo que aparezca en la mente, simplemente obsérvalo» (Ajahne Chah, 2004).

Ambas instrucciones han sido extraídas del fantástico manual de Vicente Simón (2011), que

se denomina *Aprender a practicar mindfulness*.

J. Kabat-Zinn (2003) señala las actitudes que deben acompañar al proceso de *mindfulness*, como son:

- *No juzgar*: centrarse en observadores de la experiencia, sin juzgar los pensamientos y sentimientos que puedan surgir, simplemente dejando que ocurran.
- *Paciencia y constancia*: dejando que las cosas ocurran en su debido tiempo y, tal como se señalaba en la meditación, practicando con frecuencia.
- *Mente de principiante*: ver el proceso como la primera vez que se practicó, manteniendo la mente abierta y flexible.
- *Confianza*: confiar en uno mismo en primer lugar y en lo que surja del proceso, normalizándolo. Asimismo, hay que generar confianza en el proceso.
- *No esforzarse*: tiene que ver con no generar expectativas, simplemente hacer sin más.
- *Ceder y dejar ir*: lo que significa no apegarse a la experiencia o a lo que de ella surja, así como las circunstancias de la vida, y simplemente dejar que ocurra tal como deba ocurrir.

El *mindfulness* según R. A. Baer (2015), *pretende que observes de qué manera caminas por la vida, que te pares a observar y veas en qué trampas psicológicas caes, como la rumiación, la evitación, la conducta inducida por las emociones, la autocrítica y el perfeccionismo*.

Descripción técnica

El *mindfulness* se puede desarrollar en cuatro pasos básicos:

- a) *Atención plena*: se trata de centrar la atención (sin juzgar, definir o interpretar) en aquello que ocurre a nuestro alrededor en un momento concreto: los sonidos, los objetos que vemos, el tacto que recibimos, etc. Simplemente, observar.
- b) *Relacionándonos con nuestros pensamientos y emociones*: en ese momento en que nos concentramos en lo que ocurre a nuestro alrededor, aparecerán pensamientos y emociones, las cuales dejaremos que fluyan tomando conciencia y aceptándolos sin más.
- c) *Viviendo el aquí y el ahora*: el presente se vive atendiendo, realizando las actividades del día a día con plena conciencia.
- d) *Desarrollando la compasión*: la compasión empieza por quererse a uno/a mismo/a, aplicando este cariño a conocidos queridos y al resto del mundo, simples conocidos o hasta enemigos.

La técnica de *mindfulness* se inicia con la misma preparación que en el proceso meditativo en relación a las condiciones de espacio, tiempo y personales. La primera idea es la de relajar

el cuerpo, para lo cual podemos aplicar la **respiración consciente** —tal cual se ha descrito anteriormente— y una técnica que se denominada *body scan*, o *repaso del cuerpo*, que consiste en explorar y notar el propio cuerpo. Se comienza por los pies y se van repasando las diferentes zonas, observando con curiosidad las sensaciones que vamos recibiendo de cada una de las zonas en las que centramos la atención. Este ejercicio se puede extender de 5 a 20 minutos.

Una vez se ha realizado ese barrido corporal, se pasa a centrar el proceso meditativo en el ahora, dejando que surja de nuestra mente aquello que ésta necesite trabajar, adquiriendo nosotros esa posición de observador. Esta **focalización en el presente** se puede hacer mediante ejercicios de atención a un objeto (con un objeto cualquiera, simplemente observándolo), a sonidos (escuchando todos los sonidos que seguramente no percibimos cuando no entramos en este estado de fijación) y a sensaciones físicas (lo que podamos sentir en nuestro cuerpo), entre otros.

La **atención a mente y emociones** desde la perspectiva de observador, recibiendo aquello que nuestro mundo interno quiera mostrarnos. En este punto, se trata de evitar interpretar y juzgar. Todo lo que ocurra en nuestro interior es normal y supone un aprendizaje acerca de nosotros mismos.

Por último, las prácticas se desarrollan hacia **el tonglen y el metta**, que hacen referencia a la compasión, hacia nosotros mismos y hacia otros. En este momento se trata de dirigirnos hacia el perdón, la gratificación, la valoración y la compasión con lo que tenemos y los otros, empezando por conocidos, amigos y hasta hacia nuestros «enemigos».

EJERCICIOS

Para el desarrollo del *mindfulness* es necesario prestar atención a diferentes variables: *la respiración, los sentidos (por ejemplo, colores, mandalas, naturaleza, sonidos, texturas, comidas, gestos), el cuerpo (por ejemplo, mediante el body-scan), la mente (observar la cascada de pensamientos y emociones que nos suelen invadir) y las actividades de la vida diaria* (Simón, 2011).

Los ejercicios a desarrollar a partir del *mindfulness* se pueden clasificar en cinco grupos (adaptado de Kabat-Zinn, 2003; Simón, 2011; Ruiz Lázaro y cols., 2014, y Baer, 2015):

- a) *Observación de experiencias presentes*, lo que significa vivir la vida como si se mirara un cuadro, observando los detalles específicos de la misma, con una sonrisa si puede ser.

Se puede utilizar *la técnica de la moviola*, en la que uno se observa como si fuera un directo de una película o como si fuéramos en un tren en el que viéramos la escena pasar poco a poco. Sea cual sea la metáfora que queramos utilizar, observar

la realidad del presente haciendo cualquier actividad, desde trabajar hasta comer.

Uno de los ejercicios más famosos que se utilizan en este punto es el de *la uva pasa*. Con una uva pasa en la mano observamos su forma, textura, color, olor, etcétera. Una vez la hemos explorado, la comemos despacio recogiendo también impresiones mientras la tenemos en la boca. Así, vamos centrando la atención en la experiencia presente de observar y comer una uva pasa.

Otros ejercicios que podemos utilizar son los de STOP y RAIL, que corresponden a los acrónimos de la tabla 2.2.

TABLA 2.2
Técnicas de STOP y RAIL en *mindfulness* (Ruiz Lazaro y cols., 2014)

S	Stop, ¡Párate!	R	Reconoce la experiencia.
T	Toma conciencia de la respiración.	A	Acéptala.
O	Observa lo que piensas, sientes y haces.	I	Investiga la experiencia.
P	Participa y actúa de forma consciente.	L	Libérate, no te identifiques.

La base es observar —nuestro cuerpo, mente u objetos que nos rodean—, y mantenernos en ese presente (por ejemplo, dejando de lado lo que haremos a lo largo del día).

b) *Manejo de pensamientos*, por ejemplo, mediante los siguientes ejercicios:

- Etiquetado de pensamientos, que sería poner nombre a las ideas que vayan surgiendo durante el proceso.
- Hora del centrifugado, que hace referencia a ceder un tiempo determinado y pactado a nuestros pensamientos, por ejemplo, una hora por la mañana.
- Mi discusión con Sócrates sería discutir alternativas a nuestro pensamiento a partir del cuestionamiento.
- Un tiempo también para mi emoción es dejar nuestro espacio para sentir.

En definitiva, se trata de dar la bienvenida a todos los visitantes de nuestra mente, como señala el siguiente poema que es citado en diversos manuales de *mindfulness*:

La casa de huéspedes
El ser humano es como una casa de huéspedes.
Cada mañana un nuevo inquilino.
Felicidad, depresión, una maldad,
en un momento como un visitante inesperado

*llega la consciencia.
 ¡Bienvenidos todos, pasadlo bien!
 Incluso una muchedumbre de penas,
 que te barren la casa violentamente
 vaciando todos tus muebles.
 Aun así tratas con honor a cada invitado.
 Igual te están limpiando
 para un nuevo deleite.
 El pensamiento oscuro, la vergüenza, la malicia.
 Ve a buscarles a la puerta, riéndote
 e invitarles a entrar.
 Estar agradecidos a todos los que vengan
 porque cada uno está enviado
 como guía del más allá.*

(RUMI, poeta y místico sufí del siglo XII)

- c) *Actos de plena conciencia*, que hace referencia al arte en los actos cotidianos o a hacer las actividades que debamos hacer de una en una y concentrados en aquello que estamos haciendo, ralentizando las actividades, por ejemplo. A continuación se incluye un gráfico para tomar conciencia de la atención que dedicamos a un acto, junto con las ausencias que experimentamos (Kotsou, 2015):

TABLA 2.3
Registro de actos de plena conciencia

ACTIVIDAD	PRESENCIA EFECTIVA EN ESTA ACTIVIDAD (%)	¿QUÉ OTRAS ACTIVIDADES HACÍA MIENTRAS TANTO?

Un buen ejemplo de este punto es la descripción que hacen los orientales del arte de hacer el té. Cualquier actividad se puede llevar a cabo con plena conciencia, es un acto intencional.

- d) *Aceptación y desapego*: se puede desarrollar a partir del minimalismo, por ejemplo, mediante *el desafío de las 100 cosas* de David Bruno (2010). Este desafío invita a deshacerse de las cosas, pues es más útil coleccionar momentos que cosas; por tanto, practicar el desapego a las posesiones, pero también a las relaciones que puedan ser perjudiciales, por ejemplo. Debemos asumir que todo está en un proceso continuo de cambio y transformación, que nada es inmutable. El acto de desapegarse es un ejercicio de dejar atrás. Por otro lado, aceptar, en la línea de orientaciones budistas, significa ver la vida como viene, no resignarse a cualquier

circunstancia, simplemente, experimentar el presente y aprender todo lo que podamos de lo que nos sucede.

- e) *Compasión*, y en primer lugar, autocompasión, tratándonos como si fuéramos la madre compasiva de un/a niño/a, mentalizándonos de que todo pasará, acompañándonos con un automasaje en la palma de la mano y pidiendo ayuda a alguien cercano:

Si usted quiere que los demás sean felices, practique la compasión. Si quiere ser feliz, practique la compasión (Dalai Lama)

Compasión viene del latín *cumpassio*, lo que significa *sufrir juntos*. La compasión supone conectar con ese sufrimiento desde la perspectiva de acompañar y ayudar con amor y cariño a la persona y de comprender y aprender de éste. *Trata a los demás como te gustaría que te trataran a ti* puede ayudarnos a entender que frente a momentos de dolor, una mano amiga o un hombro sobre el que llorar ayuda a sobrellevarlo.

La práctica de la compasión se puede llevar a cabo de la siguiente manera (Baubauta, 2012, adaptado del Dalai Lama):

- *Ritual de la mañana*, nos recomienda que al despertar nos repitamos «Hoy me siento afortunado por haber despertado, estoy vivo y tengo una preciosa vida humana, y no voy a desperdiciarla. Voy a utilizar todas mis energías para desarrollarme, para expandir mi corazón a los demás, para alcanzar la iluminación en beneficio de todos los seres, voy a tener buenos pensamientos hacia los demás, no me voy a enojar o pensar mal de los demás, voy a beneficiar a los demás tanto como sea posible». La idea es que uno/a se pueda sentir agradecido de despertar y de estar vivo por la mañana, independientemente que se lea la cita o se piense sobre ello con palabras propias.
- *Práctica de la empatía* es el cultivo de la compasión hacia otros seres humanos, la cual se tratará en el capítulo a continuación.
- *Similitudes con los demás* significa no centrarse en las diferencias —que es el ejercicio que solemos hacer— y encontrar las similitudes, que las tenemos. Pensemos que todos buscamos lo mismo: felicidad, evitar el sufrimiento, la tristeza, la soledad y la desesperación, cumplir las necesidades personales y aprender de la vida y, desde ese punto, tratemos de aproximarnos.
- *Práctica del alivio del sufrimiento*, pensar en el dolor e iniciar acciones para reducirlo, entendiendo que el sufrimiento es inevitable, pero ciertas actitudes, propósitos o acciones pueden aliviarlo ligeramente.
- *Práctica de la amabilidad*, lo cual podemos hacer a diario, intentando tener gestos amables con las personas que pasan por nuestras vidas.

- *Práctica con las personas que nos han producido o nos producen dolor*, lo cual supone la parte más difícil de este trabajo. Se trata de llevar compasión y perdón a aquellos que nos han dañado.
- *La rutina nocturna*. Recomienda el Dalai Lama que antes de dormir pensemos en nuestro día, en lo que hemos hecho, lo que podría hacerse mejor y el aprendizaje obtenido.

Trabajar la compasión con los niños se puede realizar a partir de cuentos sobre este valor, con el uso de ejemplos a través de modelos y a través del juego.

Ámbitos de aplicación

Los ámbitos clínicos en los que el *mindfulness* ha mostrado su eficacia son el estrés y otros trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, en el afrontamiento de enfermedades crónicas, con trastornos de adicción, con trastornos de la conducta alimentaria y TDAH. No obstante, es necesario adaptar cada programa a la población específica sobre la que se aplica.

Para ampliar la información

- André, C. (2012). *Meditar día a día. 25 lecciones para vivir en mindfulness*. Barcelona: Kairós.
- Baer, R. A. (2015). *Mindfulness para la felicidad*. Barcelona: Urano.
- Baubauta, L. (2012). 7 prácticas para cultivar la compasión. En *Blog Vivos y Despiertos*, <https://vivosydespiertos.wordpress.com/2012/09/18/practicas-para-cultivar-la-compasion/> (consultado el 20/02/16).
- Brantley, J. (2010). *Calmar la ansiedad: Descubre cómo el mindfulness puede liberarte del miedo a la angustia*. Madrid: Oniro.
- Bruno, D. (2010). *The 100 thing challenge: how I got rid of almost everything, remade my life and regained my soul*. Nueva York: William Morrow Paperbacks.
- Didonna, F. (2011). *Manual clínico de mindfulness*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gázquez Rodríguez, F. (2012). *Mindfulness. El despertar a la vida*. Barcelona: Paidós.
- Germer, C. (2011). *El poder del mindfulness: libérate de los pensamientos y emociones destructivas con la atención plena*. Madrid: Paidós.
- Hanh, T. N. (2007). *El milagro del mindfulness*. Barcelona: Oniro.
- Hanh, T. N. (2011). *Saborear, mindfulness para comer y vivir mejor*. Madrid: Oniro.
- Hick, S. F., Bien, T., Segal, Z. V. y González, R. D. (2010). *Mindfulness y psicoterapia*. Barcelona: Kairós.
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Mindfulness en la vida cotidiana. Donde quiera que vayas ahí estás*. Madrid: Paidós.

- Kotsou, I. (2015). *Cuaderno de ejercicios de plena conciencia*. Madrid: Terapias Verdes.
- Langer, Ellen J. (2007). *Mindfulness: la conciencia plena*. Madrid: Paidós Ibérica Ediciones S. A.
- Lavilla, P. M., Molina, L. D. y López, V. B. (2008). *Mindfulness: o cómo practicar el aquí y el ahora*. Madrid: Paidós.
- Miró, M. T. y Simón, V. (2011). *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Ramos, N., Enríquez, H. y Recondo, O. (2012). *Inteligencia emocional plena. Mindfulness y la gestión eficaz de las emociones*. Barcelona: Kairós.
- Ramos, N., Recondo, O. y Enríquez, H. (2012). *Practica la inteligencia emocional plena. Mindfulness para regular nuestras emociones*. Barcelona: Kairós.
- Ruiz Lazaro, P. J. y cols. (2014). *Mindfulness en pediatría: el proyecto «Creciendo con atención y consciencia plena»*. En *Revista pediatría atención primaria (online)*. 2014, vol. 16, núm. 62 (citado el 20/02/16), pp. 169-179.
- Siegel, R. (2011). *La solución mindfulness: prácticas cotidianas para problemas cotidianos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Simón, V. (2011). *Aprender a practicar mindfulness*. Madrid: Sello Editorial.
- Simón, V. (2012). *Iniciación al mindfulness*. Madrid: Sello Editorial.
- Simón, V. (2012). *Vivir con plena atención. De la aceptación a la presencia*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Williams, J. M., Segal, Z. y Kabat-Zinn, J. (2007). *Vencer la depresión. Descubre el poder de las prácticas del mindfulness*. Madrid: Paidós.
- La propuesta de Christophe André (2012). *Meditar día a día. 25 lecciones para vivir en mindfulness*, es una estupenda aportación acerca de cómo desarrollar el *mindfulness* como filosofía de vida, acompañando cada concepto con cuadros de relevancia pictórica y un CD-ROM de meditaciones.

Recursos en la web

- La web del *Center for mindfulness* de la Universidad de Massachusetts, con múltiples recursos: www.umassmed.edu/cfm/index.aspx
- La página de la *Asociación Española de Mindfulness y Salud*: www.amys.es
- La página web del *doctor Christopher Germer* (2012) ofrece meditaciones guiadas de *mindfulness* en castellano; se puede consultar en la siguiente dirección: www.mindfulnessyautocompasion.org.
- La web del *doctor Vicente Simón*, referente en España de *mindfulness*, siempre cuenta con material, propuestas de formación y referencias excelentes: www.mindfulnessvicentesimon.com

SABOREAR

Definición

Saborear (*savoring*) es el proceso de centrar la atención en la intensidad, la duración y el valor de las experiencias y las emociones positivas.

Objetivos

El objetivo principal de esta técnica sería la maximización de los beneficios potenciales de las experiencias positivas.

Las premisas

Saborear es una técnica que se enmarca dentro del movimiento de la psicología positiva. El término lo acuñaron por primera vez Fred B. Bryant y Joseph Veroff (2006) para hacer referencia a *la necesidad de disfrutar de las experiencias positivas que la vida nos ofrece*. Y diríamos no sólo disfrutar, sino por esa focalización, disfrutar el doble de las bondades que la vida nos ofrece a todos nosotros.

El hecho de saborear se manifiesta mediante tres procesos, como son (Bryant, Smart y King 2005):

- a) La anticipación de las experiencias.
- b) Centrarse en el presente.
- c) La reminiscencia o recuperación de recuerdos pasados.

En este sentido, empezamos a disfrutar con la previsión de lo que ocurrirá, con la idea que nos hacemos de lo que está por venir. De este modo, la técnica ha recibido críticas por relacionar este proceso con la tendencia a la rumiación. La segunda parte de la técnica consistiría, en la línea del *mindfulness*, en centrar la atención en la experiencia que estamos viviendo en el presente, favoreciendo no pensar en otras cosas o preocupaciones mientras hacemos algo. Por último, se trataría de otorgar un nuevo sentido y reordenar experiencias del pasado para recordarlas positivamente, o como mínimo poder extraer los aprendizajes que éstas nos proponen.

Asimismo, cabe destacar que se han definido dos fórmulas de saborear, la de estado y la de rasgo, es decir, la más circunstancial y la que se presupone en nuestra personalidad (Jose, Lim y Bryant, 2012).

Descripción técnica

La aplicación del *savoring* pasa por desarrollar cuatro estrategias y acompañar a la persona en el conocimiento y aplicación de las mismas (Quoidbach, Berry, Hansenne y Mikolajczak, 2010):

- ⇒ *El desarrollo o expresión conductual*, que parte de la idea de buscar aquellas actividades que nos produzcan buenas sensaciones, en la línea de lo que se trabaja, por ejemplo, mediante las actividades agradables.
- ⇒ *Estar presente* es un proceso de centrar la atención exclusivamente en lo que estamos haciendo y crear estrategias para definir lo que valoramos de la situación, dejando fuera preocupaciones y problemas.
- ⇒ *La capitalización social* hace referencia a que felicidad compartida es mayor felicidad, es decir, que si lo positivo que nos ocurre lo explicamos y compartimos con otros, multiplicamos esa felicidad.
- ⇒ *El tiempo de viaje mental*, que incluiría dos tipos de estrategias, las que utilizamos para evadirnos en momentos difíciles y, dejar los problemas a un lado y las de pasear por determinados momentos, recuperándolos.

Así, a partir de nuestra conducta, manteniéndonos en el presente, compartiendo con los demás y centrando nuestros pensamientos, conseguimos desarrollar el *savoring*.

EJERCICIOS

Los ejercicios que se proponen para desarrollar esta técnica, en la línea de las cuatro estrategias citadas, son (Jose et al., 2012; Quoidbach, Hansenne y Mikolajczak, 2010):⇒ *Fotografía mental*: la idea es captar una imagen estática de la experiencia vivida. Incluso fotografías reales o *selfies* pueden plasmar esta experiencia, y de ello seguramente la nueva ambición por captar imágenes puede responder a esta necesidad de captar esa sensación experimentada. En el caso de la fotografía mental se trata de retratar en la mente, de quedarnos con aquello que nos interesa de esa situación para poder revivirlo en ocasiones posteriores.

- ⇒ *Compartir experiencias positivas con otros*: se trata de compartir con aquellos a los que queremos, pues éstos nos acompañaran en nuestros progresos, y, asimismo, podremos expandir esos sentimientos positivos.
- ⇒ *Comparar con otras circunstancias más negativas*: no se trata de compararse, y mucho menos alegrarse por la suerte de los más desfavorecidos, sino de pensar en peores circunstancias que pudieran ocurrir.
- ⇒ *Focalización de sensaciones y percepción*: centrar la atención en sensaciones

físicas y/o psíquicas ligadas a una vivencia concreta.

- ⇒ *Absorción*: atención dirigida al control de los distractores externos. Dejarnos llevar por todo lo que ocurre a nuestro alrededor, como si nos absorbiera el contexto.
- ⇒ *Expresión conductual*: lo que sugiere obtención de resultados y la percepción de avance y mejora de las actividades que se llevan a cabo.
- ⇒ *Conciencia temporal*: muchos tenemos la sensación de que el tiempo pasa demasiado rápido y que no disfrutamos lo suficiente, o en ocasiones, lo contrario. El tiempo pasa de la misma manera, minuto tras minuto, hora tras hora, ni más ni menos, y está en nuestro interior la percepción de velocidad que asociamos a éste. No se trata de acelerar ni aminorar, simplemente de vivir el tiempo en su justa medida.

Thich Nhat Hanh y la doctora Lilian Cheung (2011) hacen una interesante propuesta de aplicación de saborear en la alimentación para favorecer una mejor preparación y absorción de los alimentos.

Ámbitos de aplicación

Se puede aplicar en cualquier contexto en el que se pretenda mejorar la percepción de lo experimentado por la persona. Como se ha señalado anteriormente, se debe considerar la tendencia a la rumiación en el caso de querer potenciar la anticipación de circunstancias positivas, conjuntamente con la definición clara y viable de las expectativas.

Para ampliar la información

- Bryant, F. (2003). Savoring Beliefs Inventory (SBI): A scale for measuring beliefs about savouring. En *Journal of Mental Health*, vol. 12, núm. 2, 175-196.
- Bryant, F. B. y Veroff, J. (2006). *Savoring: A new model of positive experience*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bryant, F. B. y Veroff, J. (2007). *Savoring: A new model of positive experience*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Bryant, F. B., Chadwick, E. D. y Kluwe, K. (2011). Understanding the processes that regulate positive emotional experience: Unsolved problems and future directions for theory and research on savoring. En *International Journal of Wellbeing*, 1 (1), 107-126.
- Bryant, F. B., Smart, C. M. y King, S. P. (2005). Using The Past To Enhance The Present: Boosting Happiness Through Positive Reminiscence. En *Journal of Happiness Studies*, 6 (3), 227-260.
- Jose, P. E., Lim, B. T. y Bryant, F. B. (2012). Does savoring increase happiness? A daily diary study. En *The Journal of Positive Psychology*, 7 (febrero de 2014), 176-187.

- Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M. Y. y Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: comparing the impact of 8 savoring and dampening strategies. En *Personality and individual differences*, 49 (5), 368-373.
- Thich Nhat Hanh y Cheung, L. (2011). *Saborear. Mindfulness para comer y vivir bien*. Barcelona: Oniro.

FOCUSING

Definición

El *focusing* es centrar la atención en la sensación integral que proviene del cuerpo, o, como dice su creador: *prestarle atención a una sensación holística, implícita en el cuerpo* (Gendlin, 1981).

Objetivos

El objetivo principal es obtener la información que el cuerpo puede ofrecer en relación a cómo nos sentimos frente a una preocupación o inquietud concreta.

Las premisas

El *focusing* es un método vivencial creado por E. Gendlin (1988) que se basa en escuchar la voz interior de nuestro cuerpo y cómo éste aporta información sobre nuestra forma de comportarnos, de pensar y de sentir.

La persona focaliza en la sensación sentida lo que se traduce como aquellas sensaciones físicas que se asocian a un problema específico. La sensación corporal sentida es aquella sensación del cuerpo, a veces poco clara e inespecífica, que está conectada con experiencias reales o imaginarias. Así, señala que el *experiencing* (Gendlin, 1962) hace referencia a la relación entre emociones y vivencias que nos ocurren, es decir, que todo lo que pasa deja una huella en nuestro cuerpo. Existen personas de «alto experienciar», aquellas que se conectan con la información corporal de forma espontánea, y las de «bajo experienciar», para las que esta conexión es más costosa e incluso a veces inexistente. E. T. Gendlin (1981) se preguntaba cuáles eran los factores determinantes del éxito de las terapias, y comprobó que eran las personas de «alto experienciar» las que tenían un mayor éxito.

La idea básica es movilizar esa sensación sentida (*felt-sense*) hacia un cambio sentido (*body-shift*) mediante seis fases. La sensación sentida es compleja e incluye tres componentes, como son los conductuales, los cognitivos y los fisiológicos (Lang, 1968), que, tras la aplicación del *focusing*, evolucionarán hacia una nueva forma de sentir la misma. Por tanto, las habilidades que deberán aplicarse a lo largo del proceso son las atencionales y auto-observacionales.

Descripción técnica

El *focusing* presenta diferentes fases para desarrollar la técnica (Alemany, 2007):

1. *Despejar el espacio*: hace referencia a concentrarse en los problemas o preocupaciones que mantenemos e imaginar que los dejamos a un lado, como si se tratara de una vivienda, dejarla sin muebles, vacía para el siguiente inquilino.
2. *Escoger una preocupación* sobre la que se quiera trabajar y quedarse en ella, lo que supondría una definición y especificación de la misma.
3. *Encontrar una sensación sentida*, observar y esperar a que la sensación corporal aparezca, que se exprese esa voz de nuestro cuerpo y que relacionamos con la preocupación anterior.
4. *Encontrar un asidero*, es decir, un símbolo o imagen que refleje esa sensación sentida. Se trata en este punto de una manera de representar específicamente la sensación sentida.
5. *Resonar el asidero*, lo que significa verificar la correspondencia entre la sensación sentida y el asidero. Nos concentraríamos en la sensación y traeríamos a nuestra mente el asidero creado para observar si existe correspondencia o no.
6. *Hacer preguntas finales* para verificar que se ha dado la resonancia del punto anterior.
7. *Cambio de sentido*, que hace referencia a si el cambio era el esperable o no y en el segundo caso empezar nuevamente la primera fase. El objetivo sería conseguir modificar esa sensación sentida.

El proceso es igual en todos los casos, aunque existen distintos tipos de *focusing* como el positivo, el de despertar, el centrado en el miedo o el centrado en las relaciones personales. Todo depende del lado desde el que se mire..., es decir, hacia dónde dirijamos nuestra mirada.

EJERCICIOS

El primer *ejercicio de prueba* que podemos realizar es el de imaginar que aparece por la puerta alguien a quien deseemos ver y de ahí podemos observar nuestras sensaciones corporales. A continuación, imaginemos una persona a la que rechazamos y no deseemos ver en absoluto y observemos esas sensaciones. Se puede aplicar con personas, situaciones u objetos para poder obtener una línea base que nos ayude a identificar tales sensaciones.

Las *actividades de exploración* hacen referencia a cualquier ejercicio dirigido a observar la sensación sentida. Se puede realizar esta tarea mediante inventarios o lo definido anteriormente como el barrido corporal, realizando un repaso mental de cómo está nuestro cuerpo. Asimismo, como se utiliza en intervenciones con dolor crónico, se recoge en una silueta del cuerpo, delantera y trasera, zonas relajadas de nuestro cuerpo (en color azul) y tensionales (en color rojo), pudiendo incluir otros conceptos como zonas conocidas o desconocidas, zonas que nos gusten más o menos, zonas con mayor o menor dolor e incluso zonas con antecedentes médicos.

Una vez tenemos las variables corporales y emocionales sobre la mesa, debe conocerse la relación entre ambas, pudiendo utilizar el siguiente cuadro. Para relacionar cuerpo y emoción es necesario contar con un conocimiento básico acerca de las emociones (véase capítulo a continuación).

TABLA 2.4
Tarea de exploración situación, emoción, vivencia corporal

SITUACIÓN	EMOCIÓN	VIVENCIA CORPORAL	+/-

Los ejercicios utilizados para cada una de las fases se recogen en el cuadro a continuación.

TABLA 2.5
Ejercicios de *focusing* para cada etapa del proceso (adaptado de Gendlin, 1999, 2001, 2008; Alemany, 2007, y López González, 2009, 2011)

FASES	EJERCICIOS
Despejar el espacio	Aplicar técnicas de desactivación, siendo especialmente útil la respiración consciente. Parar y preguntarse qué está sintiendo nuestro cuerpo y hacer un registro de sensaciones que van surgiendo (en la línea de lo descrito en los ejercicios de exploración).
Escoger una preocupación	Escribir un índice o un listado de problemas y, bien sea por intuición o conciencia, decidir sobre qué problemática o preocupación trabajar. También se puede optar por dibujar la preocupación o representarla mediante otras técnicas, narrativas o artísticas.
Encontrar una sensación sentida	Enfocar la sensación sentida poniendo la problemática anterior frente a nosotros. Se puede escribir en un papel, en fotografía, etc., y observar y recoger lo que surja.
Encontrar un asidero	Ponerle un nombre o palabra, imagen —dibujo, fotografía, cuadro, etc.—, símbolo, sonido, postura o gesto a la sensación sentida.
Resonar el asidero	Juntar sensación sentida y asidero, cerrar los ojos y dejarse guiar acerca de si hay correspondencia o no. Imaginar como si fuera una campana que suena o un timbre que se ilumina (si existe correspondencia).
Hacer preguntas finales	Las preguntas finales que propone el propio E. Gendlin (1999) son las siguientes: <i>¿Qué es esto que, acerca de la globalidad del problema, me hace a mí tan _____?</i> <i>Cuando te bloques, hazte estas preguntas:</i> <i>¿Qué es lo peor de esta sensación/sentimiento?</i> <i>¿Qué es lo realmente tan malo acerca de esto?</i> <i>¿Qué debería suceder? No respondas, espera a que la sensación se mueva y te dé una respuesta.</i> <i>¿Cómo se sentiría si todo estuviera bien?. Deja que sea el cuerpo quien te responda.</i> <i>¿Qué se interpone en el camino de eso?</i>

Cambio
sentido

Definir el cambio que se ha sentido.
Cerrar la sesión mediante ejercicios de respiración y apertura a procesos posteriores o actualizaciones de lo trabajado.

El *focusing* tiene como objetivo dar voz al cuerpo, a esa sensación sentida, y poder encontrar una vivencia alternativa.

Ámbitos de aplicación

Joan Klagsbrun (2014) señala que las investigaciones afirman que ésta puede ser una técnica eficaz en el mantenimiento de la pérdida de peso en personas obesas, en el tratamiento del dolor, con personas con ira descontrolada, para la reducción del estrés, con pacientes con cáncer, para disminuir la ansiedad y la depresión, entre otros.

Para ampliar la información

- Alemany, C. (2007). *Manual práctico del focusing de Gendlin*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gendlin, E. (2001). *Deja que tu cuerpo interprete tus sueños*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gendlin, E. T. (1999). *El focusing en psicoterapia. Manual del método experiencial*. Madrid: Paidós.
- Gendlin, E. T. (2008). *Focusing. Proceso y técnica del enfoque corporal*. Mensajero, S. A.
- Klagsbrun, J. (2014). *Focusing, una herramienta corporal y mental para la autoexploración y reducción del stress*. En https://www.focusing.org/es/focusing_una_herramienta_corporal_y_mental_klagsbrun_t (consultado el 20/02/2016).
- López González, L. (2009). *Introducción al focusing*. Barcelona: PPU.
- López González, L. (2011). *Relajación en el aula. Recursos para la educación emocional*. Madrid: Wolters kluwer.
- Weiser, A. (1999). *El poder del focusing*. Barcelona: Obelisco.

Para ampliar la formación

Instituto Español de Focusing (IEF).

En www.focusing.es. Contacto: info@focusing.es

NOTAS

¹ Luria, A. R. (1975). *Atención y memoria*. Barcelona: Martínez-Roca.

² Selye, H. (1956). *The stress of life*. Nueva York: McGraw-Hill.

[3](#) González, J. F. (1992). *Procedimientos de relajación*. Madrid: EOS.

3. TÉCNICAS EMOCIONALES Y MOTIVACIONALES

No se trata de sacar el sentimiento de la mente, ni de esconderlo en ella, sino de experimentarlo con aceptación

CARL ROGERS

Las emociones son propias del ser humano. Todas cumplen funciones importantes para la vida. Son mecanismos que nos ayudan a reaccionar con rapidez frente a sucesos inesperados, funcionan de forma automática y suponen un impulso para actuar. Cada emoción prepara al organismo para un tipo de respuesta diferente, por ejemplo, el miedo genera un aumento del ritmo cardíaco que hace que llegue más sangre a los músculos para favorecer la respuesta de huida.

Las emociones mantienen cerebros y actitudes divididos. Hay profesionales que defienden que las emociones son aquellas pequeñas molestias cotidianas que se deben controlar o destruir como un virus del ordenador: limpiar o eliminar. En el otro extremo, los defensores de las emociones como fenómenos vivenciales que hay que pasear y dejar salir sin más —si no, recordemos aquellas terapias para el control de la ira en el que se rompen cosas—.

La terapia emocional que aquí se expone parte de la idea de las emociones como fenómenos intrínsecos del ser humano que aportan una información determinada a la que dar un trato óptimo, y por ello en este caso hablamos de acompañamiento y de manejo emocional. Acompañar en el momento de dar un espacio y un tiempo a nuestras emociones para su óptima expresión, pues ya sabemos lo que puede ocurrir si, por ejemplo, reprimimos de forma continuada nuestra ira. No podemos obviar esa información, sensación o proceso. Manejar o regular significa encontrar la mejor manera de sobrellevarlas, bien sea mediante su aceptación o su supresión, para dejar en su lugar un nuevo aprendizaje —no como un proceso de negación—. Esta propuesta parte de dos modelos contrastados, el de *la terapia focalizada en las emociones* (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004; Greenberg, 2002; Greenberg y Jonhson, 1988) y el de *la práctica de la inteligencia emocional* (Goleman⁴, 1995).

La *terapia focalizada en las emociones* (Greenberg y Paivio⁵, 1999) sostiene que las emociones no son positivas o negativas, sino que todas ellas tienen una función determinada y, por tanto, un potencial de aprendizaje y cambio. Éstas nos propician una información experiencial que establecerá esquemas de respuesta más o menos automatizados, de ahí que en ocasiones sean inconscientes. Somos conscientes de que ciertas situaciones desencadenarán

respuestas emocionales y de la experiencia sentida (sensoriomotora y representacional). Debemos tener en cuenta, asimismo, que éstas conectan con una necesidad esencial y por ello son importantes.

Los *principios terapéuticos* serán (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004; Greenberg, 2002; Greenberg y Jonhson, 1988):

- a) *Tomar conciencia de las emociones*: en este sentido, debemos conectar la experiencia sentida, el esquema emocional y la necesidad subyacente.
- b) *Aprender a expresar la emoción*: lo cual no significa dar salida directa a la emoción, sino superar la evitación o las defensas que normalmente las aíslan. Se trata de integrar pensamiento y emoción, por ejemplo, normalizando el hecho de sentir una tristeza indescriptible y desesperanzada cuando perdemos algo significativo de nuestras vidas y, por tanto, dando salida a pensamientos de injusticia, de impotencia, de cuestionamiento de fe, etc.
- c) *Regulación emocional*: supone facilitar y tolerar ciertas emociones, acompañarlas e incluso aprender a calmarlas.
- d) *Reflexionar*: lo que ayuda a *crear un nuevo significado y a desarrollar una nueva narrativa para explicar la experiencia emocional* (Greenberg y Pascual, Leone, 1997; Greenberg y Angus, 2004).
- e) *Transformar*: cambiando emociones desadaptativas por otras adaptativas.

De estos principios se define una serie de *fases del tratamiento*, como son (Greenberg y Paivio, 1999):

1. Fase de vinculación emocional y toma de conciencia, reconociendo los sentimientos de la persona y ayudarla a identificarlos.
2. Fase de evocación y exploración, estableciendo unos primeros mecanismos de contención emocional y de auto-rregulación.
3. Fase de transformación y generación de alternativas, ayudando a generar nuevas respuestas.

La **inteligencia emocional** (Goleman, 1995) es la *habilidad que tiene el sujeto para gestionar la emoción y transmitirla de forma adecuada*. Se trata de trabajar con las emociones y no contra ellas, ya que son éstas la base de nuestra inteligencia emocional. La IE es un constructo que se puede aplicar y desarrollar en los ámbitos educativo, clínico y profesional. Considera diferentes habilidades que potenciarse para mejorar en su desarrollo, como son:

- ⇒ *Autoconciencia*: la capacidad de conocer, descubrir y percibir las propias emociones mediante la conciencia emocional, una correcta autovaloración y autoconfianza.
- ⇒ *Autorregulación*: la habilidad para controlar y manejar las propias emociones, dando

lugar a una respuesta emocional adecuada a la situación, a uno mismo y a los demás, lo que supondrá autocontrol, confiabilidad, conciencia, adaptabilidad e innovación.

- ⇒ *Motivación*: la habilidad para dirigirse hacia un objetivo concreto a través del impulso de consecución, el compromiso, la iniciativa y el optimismo.
- ⇒ *Empatía*: capacidad de reconocer y tratar de comprender las emociones de los otros, comprendiéndolos.
- ⇒ *Habilidades sociales*: capacidad de generar relaciones interpersonales saludables, tanto para uno mismo como para los otros, a partir de la influencia, la comunicación, el manejo de conflictos, el liderazgo, la colaboración y la cooperación y el trabajo en equipo.

En este capítulo se presentarán las técnicas relacionadas con la psicoeducación y la regulación emocional y la motivación; el desarrollo de la empatía y las habilidades sociales se contemplan en programas de desarrollo de habilidades sociales que no se incluyen en este manual.

PSICOEDUCACIÓN EMOCIONAL

Definición

La psicoeducación emocional es aquella técnica que facilita una nueva comprensión acerca de nuestras emociones mediante un proceso educativo y de autoconciencia.

Objetivos

Los objetivos de la psicoeducación emocional son:

- ⇒ Conocer las características del funcionamiento emocional.
- ⇒ Facilitar el reconocimiento de los diferentes tipos de emociones (primarias y secundarias; positivas o negativas).
- ⇒ Reconocer la funcionalidad de las emociones experimentadas en diferentes circunstancias.
- ⇒ Adquirir conciencia de cuándo estas emociones funcionan de forma más o menos adaptativa y saludable.

Las premisas

Las emociones son respuestas del organismo frente al ambiente que desencadenan un proceso fisiológico (de respuesta neuronal y hormonal, así como de otros sistemas del organismo), cognitivo y conductual.

Características de las emociones (adaptado de C. André, 2010)

A continuación se presenta una descripción de las principales características de las emociones que facilitarán su comprensión.

TABLA 3.1
Características de las emociones (adaptado de C. André, 2010)

Las emociones son procesos complejos formados por pensamientos (P), conductas (C) y sensaciones físicas (SF).

Las emociones tienen un tono bastante estable a lo largo de nuestro día a día, lo que genera un determinado clima mental. Observando este clima, podríamos establecer una línea base emocional.

Se ha calculado que tenemos más emociones positivas (75%) que negativas (25%), pero recordamos y destacamos más las segundas. Se habla de un equilibrio emocional cuando experimentamos dos estados de ánimo positivos por cada uno de negativos.

Las emociones se ven condicionadas por el pasado —el de nuestras experiencias y educación— y el futuro —nuestras expectativas—.

Las emociones están procesadas por la amígdala (cerebro emocional), y genera en primer lugar una respuesta de *fight or flight* (ataque o huida) y posteriormente respuestas de mayor complejidad.

Solemos relacionarnos con personas con estado de ánimo similar al nuestro.

La represión o negación de los estados de ánimo negativos mediante el intento de suprimirlos o distraernos para no verlos son intentos contraproducentes y cronifican múltiples dificultades psicológicas según datos científicos (Smole, 2006). Hay que evitar las distorsiones emocionales, que son aquellos procesos que bloquean las emociones, como, por ejemplo, pasar de nuestras sensaciones o no expresarlas.

Podemos trabajar con nuestras emociones, bien sobre las causas que las producen o bien sobre la actitud que nos generan.

La fórmula mágica u objetivo final de la terapia emocional es la calma (el bienestar personal), la energía (el nivel de activación) y el equilibrio entre ambos (por ejemplo, mucha calma y poca energía = apatía o aburrimiento; poca calma y mucha activación = estrés).

Todo empieza por una vida con aceptación (como ya se ha mencionado) y con conciencia: aprender a esperar, presencia en la vida cotidiana, detenerse e identificar el piloto automático, desobedecer al inconsciente y a los miedos, cambiar el ritmo y tomarse tiempo, detectando nuestras necesidades, conectando los sentidos, haciendo las cosas de forma diferente o aprender a no hacer nada, pasar del modo hacer al ser y sonreír.

Tipos de emociones

Existe cierto consenso acerca de la existencia de dos tipos de emociones, las primarias y las secundarias. Las primarias serían aquellas emociones básicas, discretas, elementales y puras, que se experimentan de la misma manera en diferentes culturas, y, por tanto, universales, con patrones faciales y respuestas automáticas características. Se consideran entre 6 y 8 emociones básicas, como son (Tenhouten, 2007; Fernández-Abascal, 1997; Goleman, 1995; Plutchik, 1958): la alegría, la tristeza, la sorpresa, la ira, el miedo, el asco, la anticipación y la aceptación.

Las emociones secundarias son aquellas complejas o derivadas de la combinación de emociones primarias y no cuentan con patrones específicos de respuesta, ni faciales ni conductuales. *Las emociones secundarias son un tipo de emoción que responde a un sentimiento o pensamiento más primario. Resultan problemáticas porque, a menudo, ocultan lo que estás sintiendo en lo más profundo* (Greenberg, 2000).

Un ejemplo de esta clasificación es el de W. D. Tenhouten (2007), que considera ocho emociones primarias y 28 emociones secundarias.

Los modelos empíricos de investigación experimental presentan un modelo como *el clúster de análisis* (Shaver y cols., 1987), en el que, derivadas de las emociones primarias, se establecen familias de emociones. Una propuesta pedagógica y sumamente estética es la de Eduard Punset y Rafael Bisquerra (2015) en su *Universo de las emociones*, en el que presentan estas familias en un formato de galaxias emocionales.

Igualmente, se clasifican las emociones según *el nivel de activación* (alto o bajo), *la polaridad emocional* (placer o displacer) o intentando conjugar diferentes variables, como *el*

modelo circumplejo (Russell, 1980).

Así, se puede decir que existen diversas clasificaciones, de cuyo análisis surgen las *big three*, las tres que son más comunes y citadas en las clasificaciones, como son: la ira, el miedo y la tristeza. Se considera, pues, que éstas son las más frecuentes y conocidas por nosotros/as.

TABLA 3.2
Modelo de emociones primarias y secundarias (Tenhouten, 2007)

EMOCIONES PRIMARIAS	EMOCIONES SECUNDARIAS
Miedo	Amor
Ira	Miseria
Alegría	Orgullo
Tristeza	Vergüenza
Sorpresa	Agresividad
Asco	Alarma
Anticipación	Curiosidad
Aceptación	Cinismo
	Dominancia
	Sumisión
	Optimismo
	Pesimismo
	Deleite
	Decepción
	Repugnancia
	Desprecio
	Sagacidad
	Susto
	Melancolía
	Resignación
	Mal humor
	Culpabilidad
	Ansiedad
	Rabia
	Ambivalencia
	Catarsis
	Quedar helado
	Confusión
	Alegría+aceptación
	Tristeza+aversión
	Ira+alegría
	Miedo+tristeza
	Ira+anticipación
	Miedo+sorpresa
	Aceptación+sorpresa
	Anticipación+aversión
	Aceptación+ira
	Aceptación+miedo
	Anticipación+alegría
	Anticipación+tristeza
	Sorpresa+alegría
	Sorpresa+tristeza
	Aversión (asco)+miedo
	Aversión+ira
	Aceptación+anticipación
	Aversión+sorpresa
	Alegría+aversión
	Tristeza+aceptación
	Ira+tristeza
	Miedo+alegría
	Anticipación+miedo
	Sorpresa+ira
	Aceptación+aversión
	Alegría+tristeza
	Ira+miedo
	Anticipación+sorpresa

También podemos hablar de emociones positivas o negativas, como se ha comentado anteriormente. Así, tenemos el siguiente tipo de emociones según su componente cualitativo:

- Emociones positivas*, como las que señala B. Fredrickson (2011): la alegría, la gratitud, la serenidad, el interés, la esperanza, el orgullo, la diversión, la inspiración, el respeto y el amor.
- Emociones negativas o destructivas*, como las que señala D. Goleman (2003): la ira (cólera, resentimiento, reproche, envidia, celos y crueldad), el apego (avaricia, soberbia, excitación y embotamiento), la ignorancia (fe ciega, pereza, olvido y falta de *insight*), y juntando ignorancia y apego (petulancia, engaño, desvergüenza, desconsideración hacia otros y distracción). Existe una propuesta que indica que entre

las emociones negativas hay algunas que generan toxicidad, las *emociones tóxicas* (Stamateas, 2012), siendo éstas la ansiedad y la angustia, la insatisfacción crónica, el apego tóxico, la ira, la envidia y los celos, la vergüenza, la depresión, el duelo, la frustración, la culpa y el rechazo.

Tendemos a verlas en un *continuum* de emociones positivas-neutras-negativas, variando éstas según un baremo cuantitativo (comúnmente consideradas en baremos del 0 al 10).

Se considera que los estados de ánimo positivo provocan acercamiento (expansividad, aceleración y apertura), mientras que los negativos, retraimiento o evitación (control, ralentización, dar vueltas y bloquearse).

Funciones de las emociones (Greenberg, 2000)

Las emociones son fundamentalmente adaptativas y están preparadas para hacernos sobrevivir; por tanto, son una respuesta natural a lo que proviene de nuestro entorno. A continuación se presentan las funciones básicas de las emociones.

TABLA3.3
Funciones básicas de las emociones (adaptado de Greenberg, 2000)

- Las emociones son una señal para nosotros.
- Las emociones nos preparan y organizan para la acción.
- Las emociones nos motivan.
- Las emociones vigilan el estado de nuestras relaciones.
- Las emociones evalúan si las cosas nos van bien.
- Las emociones sirven de señales a los demás.
- Las emociones nos ayudan a aprender y ofrecen experiencias únicas.
- Las emociones pueden ser informativas, no conclusivas.
- Las emociones influyen en el pensamiento y en la memoria.
- Las emociones conectan con necesidades profundas y esenciales.
- Las emociones ayudan a crear nuestra biografía y nuestra personalidad.

Todas las emociones cumplen alguna función, aunque no todas las funciones sean saludables para nosotros/as.

Emoción adaptativa o desadaptativa

La adaptabilidad de las emociones estará determinada por dos tipos de variables, las personales y las ambientales. Las variables personales tienen que ver con la vivencia personal de esa emoción, por ejemplo, la información que nos señala que no nos sentimos bien o que nos estamos emocionando demasiado. La manifestación de que aquella emoción no nos está favoreciendo en absoluto podrá aparecer en el cuerpo (síntomas somáticos), el pensamiento

(produciendo cogniciones disfuncionales), las emociones (desencadenando otras emociones aversivas) o la conducta (dando lugar a respuestas negativas). Las variables ambientales son las que se forman a partir de la información que recibimos del entorno, por ejemplo, cuando nuestra pareja nos comunica que está harto/a de nuestros enfados.

La *terapia focalizada en las emociones* (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004; Greenberg, 2002; Greenberg y Jonhson, 1988), en su primera fase de acceso a los sentimientos, resume los pasos a seguir en:

1. Ser consciente de tus emociones.
2. Dar la bienvenida a tu experiencia emocional.
3. Describir tus emociones con palabras.
4. Identificar tu experiencia primaria.
5. Evaluar si un sentimiento primario es saludable o no.

El *modelo de IE* (Mayer y Salovey, 1997) señala que en los primeros niveles de atender y percibir las emociones deberíamos:

- a) Identificar las emociones y los correlatos fisiológicos, corporales, cognitivos y conductuales.
- b) Etiquetar las emociones e interpretar su significado, tanto las nuestras, como las de otros.
- c) Comprender sentimientos complejos y sus posibles transiciones, la complejidad de las emociones secundarias y los entrelazados entre las diferentes emociones y los cambios emocionales.

La psicoeducación emocional, a partir de los modelos anteriores y un modelo propio, se puede resumir como el proceso de identificación de las emociones, conociendo: a) las características de las mismas; b) los tipos de emociones; c) las funciones que cumplen las emociones, y d) si éstas están actuando de forma saludable o no.

Descripción técnica

La psicoeducación emocional se realiza en cuatro fases en respuesta a los objetivos planteados: mapeo y listado emocional, funcionalidad de las emociones, distorsiones emocionales y experimentos emocionales con el fin de conocer las emociones, con el fin de que experimentamos, las funciones que cumplen, si funcionan más o menos adaptativamente y, por último, cómo se manifiestan según circunstancias (para reconocer posibles patrones emocionales):

- a) *Mapeo y listado emocional*: el mapa de nuestras emociones se dibuja primero en

nuestro cerebro y cuerpo, y luego podemos pasar a describirlo de múltiples maneras. Se puede mostrar cómo se representan las emociones en el cuerpo o cómo se muestran. Así, la primera parte de esta terapia emocional es el mapeo emocional, bien sea mediante ejercicios creativos, o determinando —a partir de un listado—, las emociones que experimentamos de forma más frecuente y, por ejemplo, visualizando cómo se manifiestan en nuestro cuerpo.

- b) *Funcionalidad emocional*: las emociones responden a una función evolutiva y adaptativa de nuestro organismo frente a los estímulos del entorno. Así, las emociones tienen una función determinada, de ahí que una de las tareas en esta primera etapa de psicoeducación emocional sea la de pensar «¿qué función está cumpliendo esta emoción?».
- c) *Distorsiones emocionales*: son aquellos procesos que bloquean nuestro procesamiento de las mismas y, además, nos impiden su buen manejo. Es decir, será una de las causas por las que eleva nuestro sufrimiento, añadiéndole un nivel al que puede convertirse de forma normalizada por las propias circunstancias. Las DE son las siguientes (André, 2010):

- No tener conciencia de las sensaciones. Cuando no hacemos caso a lo que nuestro cuerpo nos está diciendo. Esta distorsión es frecuente en los casos de estrés, donde acabamos reaccionando cuando ya hemos sufrido la consecuencia de un estrés prolongado.
- No tener conciencia de las emociones. Lo que hacemos cuando queremos controlar nuestro estado emocional y hacer ver como si las cosas no nos afectaran como lo hacen realmente. En este caso se produce una negación que puede acabar generando somatizaciones de las emociones (cuando nuestro cuerpo presenta algún síntoma físico, sin explicación médica).
- No expresar las emociones. Pensemos que las emociones necesitan vía de salida, si no se convierten en una olla a presión que puede estallar en cualquier momento.
- No actuar según las emociones. Lo que sería tener conciencia de lo que nos pasa, poderlo expresar, pero, aun así, dejar de lado la acción coherente que se desprendería de éstas. Por ejemplo, cuando nos enfadamos con un amigo gravemente, se lo decimos, pero nos conformamos con una respuesta leve.
- Descontrol, o lo que acontece cuando actuamos de una forma exagerada e inadecuada por contexto.
- Identificarse con una situación del pasado. Como las emociones son las mismas, puede ser que vayamos relacionando circunstancias. Por ejemplo, al enfadarnos recurrimos a un pasado en el que nuestros padres se enfadaban continuamente con nosotros. Es tener siempre una puerta abierta al pasado, lo que no es muy útil porque no se puede cambiar el mismo.
- Buscar sensaciones que generen emociones manipuladas, por ejemplo, a partir de

ciertas experiencias, sustancias o actuaciones.

d) *Experimentos emocionales*: conocer de qué emoción hablamos y la función que ésta cumple en nuestra vida nos lleva a preguntarnos cómo se manifiesta.

Se recomienda, asimismo, una evaluación más pormenorizada de este punto, por ejemplo mediante la *Escala de metaconocimiento de estados emocionales (TMMS-24)* (Salovey y Mayer, 1995) o la evaluación de emociones específicas, por ejemplo, mediante el *STAXI* para la ira (Spielberger, 1991).

EJERCICIOS

Se pueden realizar ejercicios muy diversos para promover la psicoeducación emocional; a continuación, una muestra de los mismos:

⇒ *Rueda de emociones*: ésta es una representación habitual de las emociones (Plutchik, 1980). Se puede invitar a la persona a recoger en un círculo las emociones más frecuentes de nuestra vida y las más preocupantes y/o que produzcan mayor malestar. En niños/as es útil acompañar esta rueda con emoticonos, ya que facilita enormemente su comprensión.

⇒ *Diccionario de los sentimientos* (Marina y López, 1999): en este manual hay una recopilación de contenidos motivacionales y emocionales con la historia léxica de cada uno de ellos. Los autores hacen una clasificación extensa de emociones que pueden ayudar a encontrar qué función está ejerciendo una emoción determinada en nosotros. A continuación se expondrán las diferentes agrupaciones de emociones, la función que cumplen y las emociones que se pueden derivar. En minúscula, se presenta la función y en mayúscula el listado de emociones que responden a esta función:

- Experiencia de impulso, necesidad motivación: DESEO, ANSIA, AFÁN, CAPRICHO y COACCIÓN.
- Experiencia de aversión física, psicológica o moral: ASCO, APRENSIÓN y REPUGNANCIA.
- Experiencia de la propia vitalidad y energía: ÁNIMO y EUFORIA.
- Experiencia de la falta de la propia vitalidad y energía: DESÁNIMO, DEBILIDAD y APATÍA.
- Experiencias negativas de cambio alteración: INTRANQUILIDAD, ANSIEDAD e IMPACIENCIA.
- Falta de recursos necesarios para conocer o actuar con inhibición de la acción: INSEGURIDAD y CONFUSIÓN.

- Experiencia de ausencia o disminución de una alteración desagradable: ALIVIO, TRANQUILIDAD y SEGURIDAD.
- Experiencia de ausencia de estímulos relevantes o activadores: ABURRIMIENTO.
- Sentimientos negativos contra el que es obstáculo del deseo: CABREO, IRA, FURIA y RENCOR.
- Experiencia de aversión duradera negación del valor de alguien: DESAMOR, DESPRECIO y ODIO.
- El bien de una persona provoca malestar en otra: ENVIDIA y CELOS.
- Experiencia de la aparición de un peligro o de algo que excede la posibilidad de control del sujeto: MIEDO, SUSTO, HORROR y FOBIA.
- Experiencia de cómo una previsión agradable resulta contraria a los hechos: DECEPCIÓN y FRACASO.
- Experiencia derivada de una evaluación positiva del futuro: EXPECTACIÓN, ESPERANZA y CONFIANZA.
- Experiencias derivadas de una evaluación negativa del futuro: DESESPERANZA y DESCONFIANZA.
- Experiencia de la pérdida del objeto de nuestros deseos o proyectos: TRISTEZA, MELANCOLÍA, DESAMPARO, COMPASIÓN, NOSTALGIA y RESIGNACIÓN.
- Experiencias derivadas de la aparición de algo no habitual: SORPRESA, ADMIRACIÓN, RESPETO, SENTIMIENTO ESTÉTICO, SENTIMIENTO CÓMICO y SENTIMIENTO RELIGIOSO.
- Experiencias derivadas de la realización de nuestros deseos y proyectos: SATISFACCIÓN, ALEGRÍA, JOVIALIDAD y FELICIDAD.
- Experiencias provocadas por el bien recibido de otra persona: GRATITUD.
- Experiencia y deseo de un bien: AMOR, AMISTAD, CARÍO y FILANTROPÍA.
- Experiencias derivadas de la evaluación positiva de uno mismo: ORGULLO y SOBERBIA.
- Experiencias derivadas de la evaluación negativa de uno mismo: INFERIORIDAD, AUTODESPRECIO, VERGÜENZA y CULPA.

El ejercicio con este manual se realiza escogiendo la emoción más afín o representativa de la situación y estudiando emociones afines, así como de dónde proviene esta emoción y sus características. Es un recurso reflexivo, lingüístico y de profundización en la emoción.

⇒ *Mapa corporal de las emociones:* se ha conseguido recoger un mapa que representa las emociones y puede llevar a analizar ciertos aspectos de las mismas.

Se puede realizar un análisis de la emoción según las zonas del cuerpo que

activa. Por ejemplo, ira, miedo y disgusto activan la parte superior del tronco, con mayor activación en la primera. El amor y la felicidad producen una activación generalizada, pues nos activan cerca del mayor valor en diferentes zonas del cuerpo. La tristeza y la depresión, por el contrario, producen una hipoactivación, y en el caso de la tristeza, parece que se active moderadamente la parte que rodea al corazón. Las emociones de sorpresa, contemplación y envidia activan discretamente la parte de la cabeza, en mayor grado en el orgullo. Por último, la vergüenza activa la cabeza, en mayor grado la zona de los ojos, y desactiva las piernas. Podemos pensar que ira, miedo y disgusto nos preparan para la acción; amor y felicidad nos producen una sensación general; tristeza y depresión nos bloquean e impiden actuar, nos dejan sin ganas; sorpresa, contemplación, envidia y orgullo son procesos cognitivos y de pensamiento, y, por último, la vergüenza, un proceso cognitivo que implica a los ojos —con los que nos fijamos en otros—.

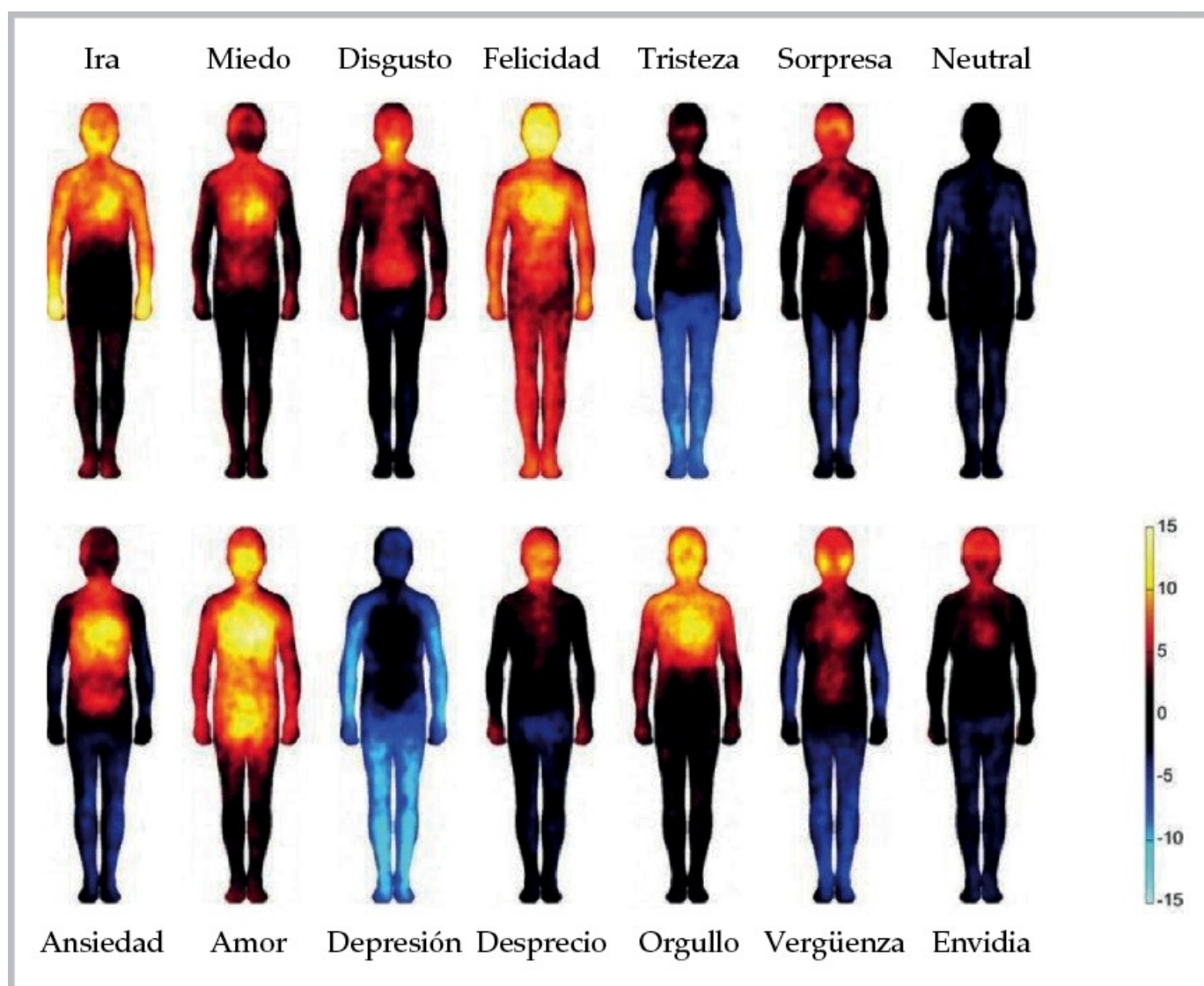


Figura 3.1. Mapa corporal de las emociones (Nummenmaa, Glerean, Hari y Hietanen, 2014).

- ⇒ *Carta a las emociones*: escribir una carta dirigida a una emoción concreta inicialmente, lo que dará paso a otras emociones. Se inicia con una emoción, en el desarrollo se extienden las palabras que se quieran dirigir a esta emoción (u otras emociones) y, por último, se finaliza con un mensaje positivo que podamos recoger —un propósito, un aprendizaje, etc.—.
- ⇒ *Experimentos emocionales*: para los experimentos emocionales se recogerá la siguiente información.

TABLA 3.4
Registro del experimento emocional

SITUACIÓN DESENCADENANTE	NOMBRE	REACCIONES FÍSICAS	COMPORTAMIENTO	PENSAMIENTO
Describir la situación que ha generado esta emoción/emociones.	Poner nombre, palabra, imagen a la emoción.	¿Cómo reacciona mi cuerpo frente a esta emoción?	¿Cómo te comportaste antes y tras experimentar esta emoción?	¿Qué pensaste en el momento y después de experimentar la emoción?

Podemos añadir a esta práctica de conciencia emocional, si hablamos de emociones secundarias, *¿cuál es la necesidad, meta o interés que satisface o no en la situación?* (Greenberg, 2000):

- ⇒ *Juego de memory emocional*: uno de los ejercicios para trabajar las emociones con niños es el *memory emocional*, escogiendo diferentes caras que representen emociones y jugando al *memory* a partir de las mismas.
- ⇒ *Las caras de las emociones*: se trata de poner la cara de las emociones, por ejemplo, la cara que ponemos al estar enfadados o cuando nos ponemos tristes. *A priori*, un ejercicio de mímica que también se puede llevar a cabo mediante otras técnicas artísticas, por ejemplo, en emoticonos o cartas.

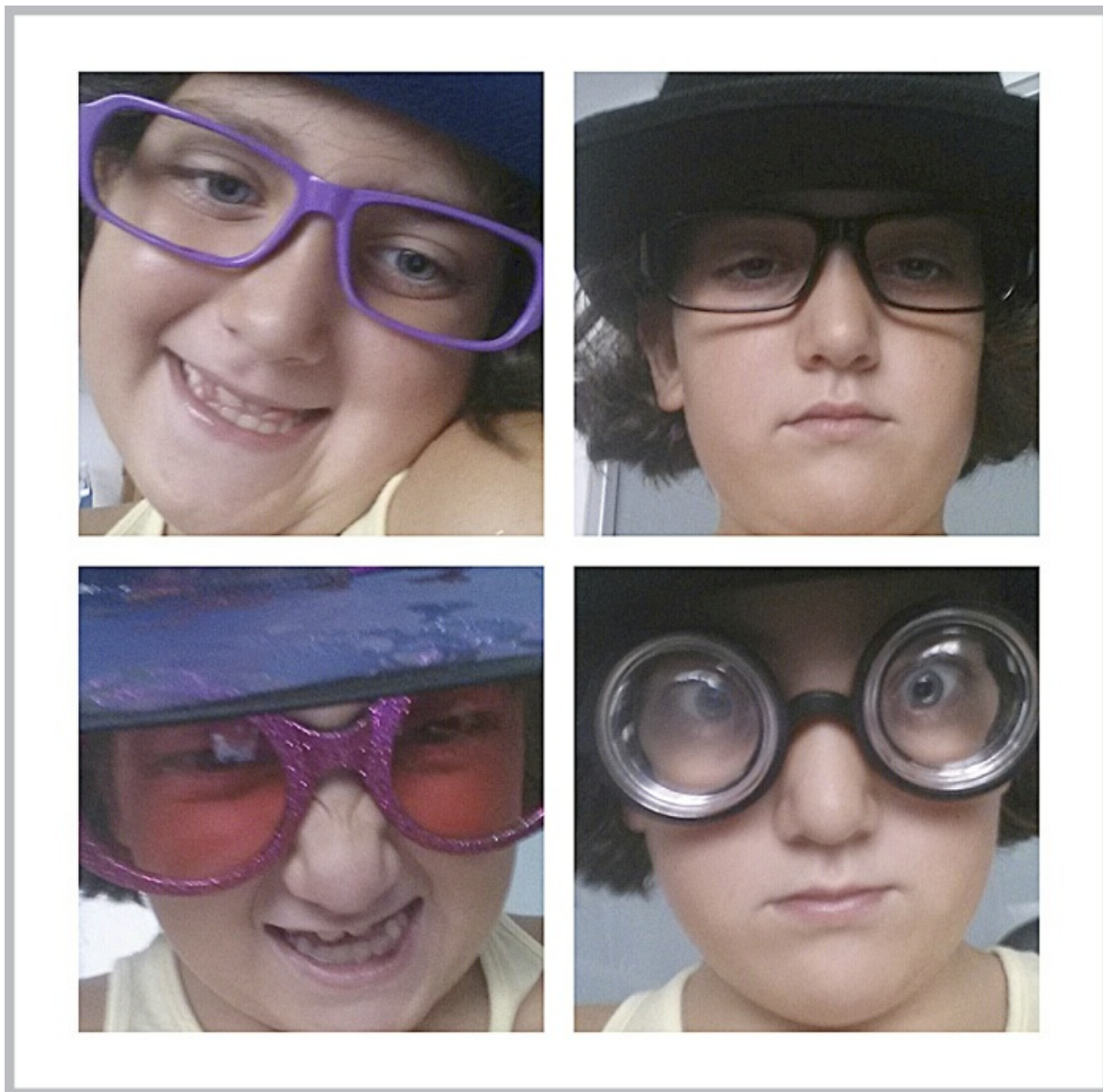


Figura 3.2. Ejemplo de cara de alegría, tristeza, rabia y miedo.

- ⇒ *Globos con las emociones*: se inflan tantos globos como emociones se quieran representar, se pinta la cara que represente esta emoción y se puede hablar a la emoción e incluso deshinchar la emoción.
- ⇒ *Rincones emocionales* (Lizeretti, 2012; 2009): es un trabajo de experimentación de la emoción sentida, situando las cuatro emociones básicas de alegría, miedo, ira y tristeza en los cuatro rincones de la habitación y recogiendo situaciones y sensaciones derivadas de la experiencia en cada rincón.
- ⇒ *Las dos sillas* (Lizeretti, 2012): se trata de situar dos sillas en paralelo y otorgar una emoción a cada silla. La persona podrá expresarse libremente sentado/a en la silla de la emoción que corresponda.

Otros ejercicios, enfocados para niños/as (adaptado de Bruna, 2015) serían la práctica

del *juego de mímica* (intentando representar las emociones sentidas sin palabras), *el pictionary emocional* (presentando las emociones ligadas a situaciones a partir del dibujo para que otra persona con la que se juega pueda adivinarlo), *el juego de bailar y sentir* (se trata de dejarse llevar a partir de la música y lo que se sienta) y *el juego de cartas* (por ejemplo, relacionando emoción-situación).

Los ejercicios que se propongan deben ir en la línea de cumplir el objetivo principal de este punto, simplemente conocer nuestras emociones. Primero conozcamos cuál es nuestra realidad emocional, para, posteriormente, averiguar cómo manejarla.

Ámbitos de aplicación

La psicoeducación emocional se pueden aplicar en aquellos ámbitos en los que conocer las emociones sea terapéutico; así, en procesos de conciencia parcial o total de la realidad emocional puede ser altamente útil. En problemas psicológicos que presentan inestabilidad emocional, así como dificultades para la expresión emocional, será un pilar del proceso terapéutico.

Para ampliar la información

- André, C. (2010). *Los estados de ánimo. El aprendizaje de la serenidad*. Barcelona: Kairós.
- Bruna, C. (2015). *Descubriendo a Matias. Coaching para padres y niños*. Barcelona: Alba.
- Congost, S. (2014). *La llave de las emociones*. Barcelona: Comanegra.
- Del Barrio, M. V. (2005). *Emociones infantiles: evolución, evaluación y prevención*. Madrid: Pirámide.
- Ekman, P. (2015). *El rostro de las emociones*. Madrid: RBA Libros.
- Goleman, D. (2003). *Emociones destructivas: cómo entenderlas y superarlas*. Barcelona: Kairós.
- Greenberg, L. (2000). *Emociones: una guía interna*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lizeretti, N. P. (2012). *Terapia basada en la inteligencia emocional. Manual de tratamiento*. Lérida: Milenio.
- Marina, J. A. y López, M. (2001). *Diccionario de los sentimientos*. Madrid: Anagrama.
- Nummenmaa, L., Glerean, E., Hita, R. y Hietanen, J. K. (2014). Bodily maps of emotions. En *Proceedings of the National Academy of Sciences* (PNAS, 2014, n.º 111 (2), págs. 646-651).
- Punset, E. (2010). *Viaje a las emociones*. Madrid: Destino.
- Stamateas, B. (2013). *Emociones tóxicas*. Madrid: Zeta DeBolsillo.
- Tenhouten, W. D. (2007). *A General Theory of Emotions and Social Life*. Londres: Routledge.

REGULACIÓN EMOCIONAL

Definición

La regulación emocional consiste en poner en marcha las herramientas concretas que favorecerán una buena expresión emocional. Ésta puede suponer poder regular emociones de bajo nivel desadaptativo o transformar emociones de alto nivel desadaptativo, planteando estrategias distintas según cada caso.

Objetivos

El objetivo principal de las técnicas o ejercicios que se aplican para la regulación emocional es conseguir una coherencia interna en nuestro esquema emocional, y favorecer una expresión y vivencia lo más adaptada posible.

Asimismo, la regulación emocional generará un mayor autoconocimiento y la posibilidad de una nueva narrativa personal.

Las premisas

Las emociones se pueden regular y transformar. La regulación o transformación emocional consiste en aprender técnicas para expresarlas de la forma más óptima posible dentro de las diferentes situaciones que pueden activar estos esquemas emocionales. Por tanto, la primera idea que debemos trasladar es el «*Yes we can*» (Sí se puede) regular las emociones.

La regulación emocional parte de la idea de que existen diferentes tipos de emociones y, por tanto, formas de intervenir frente a éstas. Las emociones se clasifican en diferentes tipologías, como son:

- a) Según su contenido (Greenberg y Paivio, 1999): contamos con diferentes grados de complejidad emocional. Así, reconocemos de forma universal **las emociones primarias** (alegría, tristeza, asco, miedo, ira y sorpresa) y éstas se conjugan para dar lugar a **emociones secundarias y terciarias** —como las mencionadas en el anterior punto—.
- b) Según la vivencia percibida (Goleman, 2003; Fredrickson, 2000): tenemos emociones que vivimos como **agradables o positivas** —que producen bienestar—, **emociones neutras** —que desencadenan una vivencia neutral y que en ocasiones ni percibimos—, y otras **desagradables o negativas** —las que sentimos como aversivas—. Cómo se desarrolle una emoción dentro de este *continuum* responde a un proceso cognitivo de otorgarle un valor y unas características a esta emoción.
- c) Según la adaptación al ambiente (Greenberg, 2000): las emociones, como se ha indicado anteriormente, pueden ser **adaptativas o desadaptativas al entorno**.

d) Según la intensidad y/o frecuencia (Reeve, 1994): las emociones mantendrán un **determinado nivel de intensidad**, que comúnmente se evalúa en escalas del 0 al 10, y **una frecuencia**, que va desde los segundos en los que se desarrolla la sorpresa hasta los años en los que se puede sentir tristeza.

Por ejemplo, frente a la pérdida de un ser querido por fallecimiento se desencadena con frecuencia la desesperanza —una mezcla entre una profunda tristeza, incomprensión e impotencia—, lo que genera a su vez emociones negativas que se le suman y que suelen ser adaptativas al entorno. Si en esa misma situación desarrollamos sentido del humor, estaremos generando una emoción que es desadaptativa y muy mal comprendida por el entorno. El nivel de intensidad puede variar según la relación con el/la fallecido/a, pues en ocasiones hay personas que por el propio proceso de desbordamiento límbico se ven anestesiadas y no trasladan emoción alguna o sienten emociones de poca intensidad, y, en otros casos, la intensidad es exagerada para la significación de esa pérdida. Ese mismo proceso de duelo con la desesperanza adaptativa de la que hablábamos se puede extender durante años —se habla de uno a tres años—, con una intensidad alta-moderada.

En primer lugar, antes de decidir las técnicas que aplicaremos para esa regulación emocional debemos considerar con qué tipo de emoción vamos a trabajar.

TABLA 3.5 ([Descargar](#) o [imprimir](#))
Registro tipos emociones

SITUACIÓN DESENCADENANTE	EMOCIÓN (1. ^a / 2. ^a /3. ^a)	VIVENCIA PERCIBIDA (POSITIVA, NEGATIVA O NEUTRA)	GRADO DE ADAPTABILIDAD AL ENTORNO	INTENSIDAD FRECUENCIA

Asimismo, como se ha señalado, la emoción no suele venir de forma independiente, sino que se acompaña de ciertas respuestas sensoriomotoras y cognitivas que también debemos tener en cuenta a la hora de trabajar en su regulación.

TABLA 3.6 ([Descargar](#) o [imprimir](#))
Caracterización de las emociones

SITUACIÓN DESENCADENANTE	EMOCIÓN	PENSAMIENTO	SENSACIÓN FÍSICA	CONDUCTAS

A partir de estas consideraciones iniciales, las técnicas que se describirán a continuación serán:

- a) *Regulación de emociones primarias*: se trata de aumentar las emociones positivas de alegría y sorpresa y minimizar las de ira, tristeza, miedo y asco, creando estrategias diferenciales para cada una de ellas.
- b) *Regulación de emociones secundarias*: para emociones más complejas se requieren estrategias de curación emocional y transformación de las mismas, para que nos dejen seguir adelante.
- c) *Regulación de la inestabilidad emocional*: en el caso de personas que experimentan altos y bajos emocionales, sin llegar al diagnóstico de trastorno del estado del ánimo tipo bipolar o de trastornos de personalidad, como el límite. En ocasiones, se presentan personas con estos cambios de humor a las que podemos enseñar a equilibrar los mismos.

Por tanto, hasta este momento, hemos topografiado la emoción junto a la persona y de forma más específica como terapeutas y estamos en posición de tomar decisiones sobre qué técnica o terapia aplicar para cada componente emocional.

Descripción técnica

Desde hace décadas el interés por el manejo de las emociones ha sido creciente, de ahí que existan numerosas propuestas de las escuelas clásicas o de nuevos modelos. A continuación se exponen las técnicas recogidas según los apartados comentados anteriormente, sin pretender que ésta sea excluyente, sino una simple propuesta.

TABLA 3.7
Propuesta de técnicas para la regulación emocional

TIPO DE INTERVENCIÓN	TÉCNICAS ESPECÍFICAS
<i>Regulación de emociones primarias</i> Miedo y asco Tristeza Ira	• Técnicas de autocontrol emocional (Davis, McKay y Eshelman, 2009). • Exposición, DS, implosión³. • Activación conductual, resolución de problemas, TIP (terapia interpersonal), conciencia plena, TRE (terapia racional- emotiva), reestructuración cognitiva³.
Alegría y sorpresa	• Control de la ira (Novaco, 1975; Deffenbacher, 1994; Lochman y Wells, 1996).
<i>Regulación de emociones secundarias</i> Inestabilidad emocional	• Comunicación no violenta (Rosenberg, 2014). • Terapias de bienestar emocional. • Técnicas de curación emocional (Servan-Schereiber, 2003). • EMDR (Shapiro, 2000). • Terapia icónica (Santiago, 2008).

³ Tratamientos psicológicos con apoyo empírico para las fobias simples, cuyo componente principal es el miedo, y para la depresión mayor, con manifestaciones de tristeza (APA; NICE; GPC; NREPP) (Crespo, M., Bernaldo de Quirós, M., Roa, A., Gómez, M. M., Roa, R. (2012). *Guía de referencia rápida de tratamientos psicológicos con apoyo empírico*. Recuperado el 21/08/2015 del sitio web del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid:

Las **técnicas de autocontrol emocional** (Davis, McKay y Eshelman, 2009) son una serie de estrategias destinadas a la regulación de las emociones en general, sin diferenciar si hablamos de éste u otro tipo de emociones.

TABLA 3.8
Técnicas de autocontrol emocional (adaptado de Davis, McKay y Eshelman, 2009)

OBJETIVO	TÉCNICA	DESCRIPCIÓN
Relajación y desactivación, para disminuir la tensión	<i>Focusing.</i>	Reconocimiento del cuerpo.
	Relajación muscular progresiva.	Tensión y relajación de las diferentes series de músculos.
	Respiración.	Respiración consciente: inspirar, retener y espirar.
	Meditación.	Centrarse en la respiración y en cualquier pensamiento o emoción que pueda surgir.
	Visualizar.	Dirigir la atención e imaginar cualquier paisaje o palabra.
	Entrenamiento autógeno.	Trabajar sobre una combinación de sensaciones que relajan el cuerpo.
Desconectar la mente y tener menos preocupaciones	Detención de pensamiento.	Decirse STOP y utilizar técnicas de distracción.
	Rechazo de ideas irracionales.	Reestructuración cognitiva.
Encontrar soluciones y alternativas	Desarrollo de estrategias de afrontamiento.	Modelo Basic PH.
	Administración del tiempo.	Gestión del tiempo.
Aprender a relacionarnos	Entrenamiento en habilidades sociales.	Modelaje. Aprender asertividad. Comunicación. Liderazgo. Trabajo en equipo.
Otras mejoras personales	Biorretroalimentación.	Procedimientos técnicos para adquirir conciencia sobre ciertos indicadores corporales.
	Nutrición.	Dieta saludable.
	Ejercicio físico.	Práctica de ejercicio físico.

El autocontrol emocional incluirá las técnicas expuestas en el capítulo anterior, las de

relajación y desactivación. Para desconectar la mente podemos buscar actividades alternativas e intentar cambiar la manera de pensar.

El *Modelo de basic PH* (Lahad, 1993) trata de definir las estrategias que utilizamos al afrontar un determinado problema. Seis son las formas básicas de afrontamiento, teniendo cada uno/a de nosotros/as nuestras preferencias.

Las estrategias de afrontamiento son:

- ⇒ B (*Beliefs*): serían aquellas creencias personales y existenciales, aquellos pilares que regulan nuestra vida.
- ⇒ A (*Affect*): contempla la identificación y expresión emocional y su regulación.
- ⇒ S (*Social*): incluye nuestras habilidades y relaciones sociales.
- ⇒ I (*Imagination*): serían todos aquellos aspectos que incluyan creatividad e imaginación, como, por ejemplo, las habilidades narrativas, artísticas, el uso de la música e incluso el sentido del humor.
- ⇒ C (*Cognition*): englobaría las habilidades cognitivas, desde la percepción a la interpretación de la realidad.
- ⇒ PH (*Physiologic*): enmarca los aspectos conductuales y de acción.

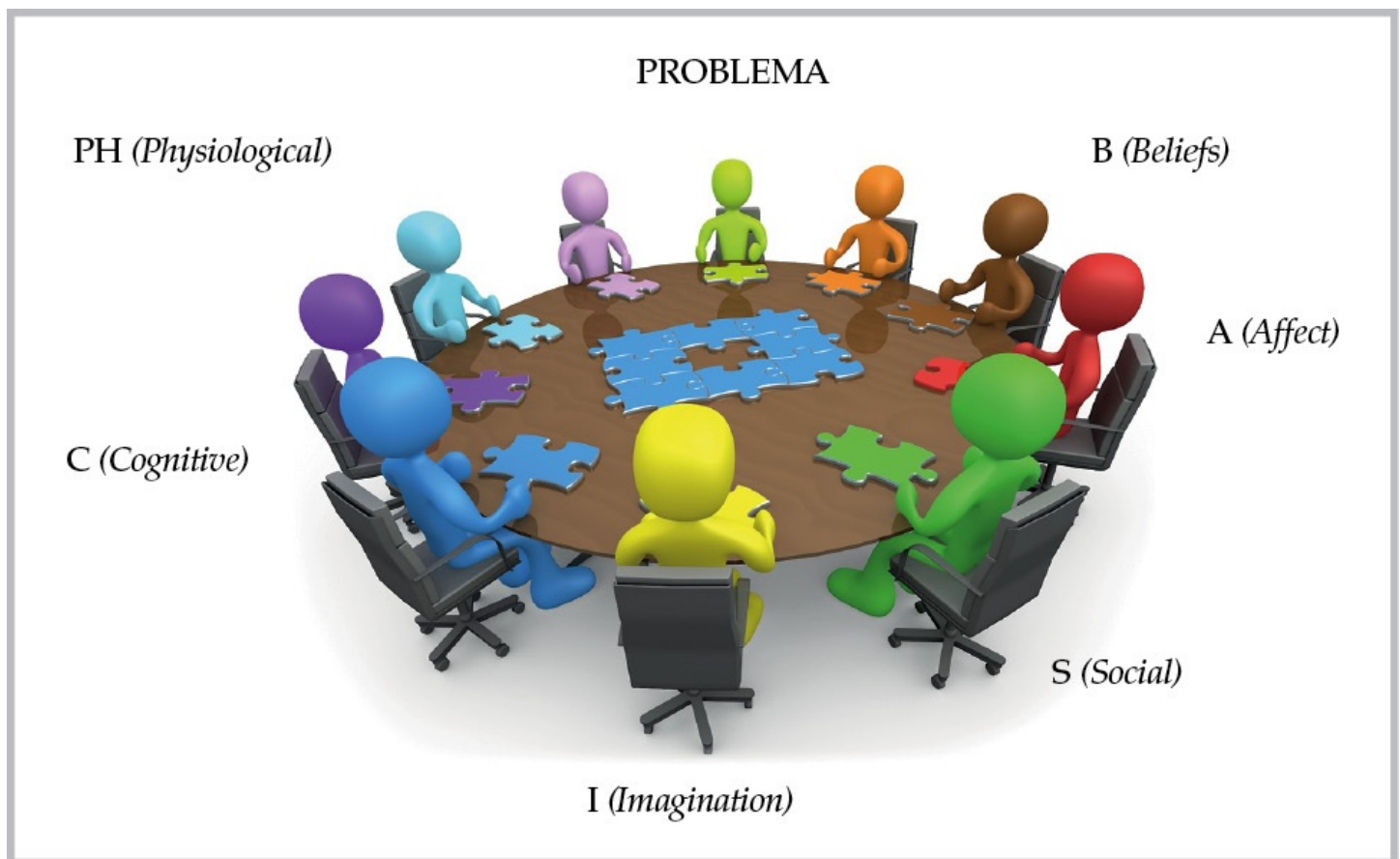


Figura 3.3. Modelo de Basic Ph (Lahad, 1993).

Según este modelo, las personas funcionamos a partir de estas estrategias en positivo o negativo. Por ejemplo, podemos expresar nuestras emociones de forma saludable o distorsionar las mismas, tal cual se ha señalado en el capítulo anterior. Así, el objetivo terapéutico y de uso de este modelo es sencillo, optimizar cuantas más estrategias mejor y disminuir el uso de las poco adaptativas.

La gestión del tiempo incluirá una planificación de las tareas a realizar, ordenando según la prioridad de cada una y pudiendo generar objetivos y/o tareas a corto, medio y largo plazos.

El entrenamiento en habilidades sociales contempla fijarse en un modelo que realice la actividad social de forma adaptativa, adaptando sus formas a nuestra realidad, y trabajar en pro de la asertividad personal.

Por último, estos autores proponen una serie de elementos que pueden mejorar nuestro estado emocional, como la biorretroalimentación —aparatos que nos informan acerca de variables físicas; por ejemplo, los *smartwatch* suelen incluir información física que puede ser de utilidad a este respecto—, el ejercicio físico y una buena alimentación.

La **intervención con el miedo y el asco** se ha considerado en conjunto por ser emociones que van unidas. Las técnicas que se han recogido son las que se utilizan con las fobias simples, que no dejan de ser una expresión de miedo. Estas técnicas se basan en la premisa de enfrentarse a diferentes velocidades a ese miedo, por ejemplo:

- ⇒ La *desensibilización sistemática* (Wolpe, 1951) comporta un ejercicio de afrontar el miedo padecido seguido de unos minutos de relajación.
- ⇒ La *exposición* (Marks, 1997) es una técnica de delimitación del miedo y aproximación progresiva, en imaginación o en vivo. Se inicia con el afrontamiento de las situaciones que producen relativamente poco miedo y se va avanzando progresivamente. Estos pasos tienen que ser lo más específicos y detallado posibles, pudiendo realizarse de forma directa o indirecta esta aproximación. La práctica de los pasos será frecuente para que pueda disminuir la emoción de miedo.
- ⇒ La *inundación* (Baum, 1968) es mirar el miedo de cara, es decir, entrar directamente en la situación que nos da miedo.

La **intervención con la tristeza** se inicia a partir de la *activación conductual*, empezando a realizar actividades gratificantes y/o relajantes y salvar, asimismo, conductas de evitación que aparecen comúnmente tras la misma (no nos apetece hacer nada y mejor no salir). Se trata de recuperar un cierto nivel de actividad y así poder hacer cosas que hacíamos antes y que nos gustaban, o encontrar nuevas que nos motiven e ilusionen. No obstante, hay que tener en cuenta que, sin llegar al regodeo o el aislamiento, hay personas que necesitan un *momento tortuga*, que significa un tiempo para encerrarse y vivir esa tristeza. Se trabajará sobre la resolución de problemas que pueden desencadenarla y las relaciones interpersonales que ayuden a superarla, esas personas positivas que contagian tales emociones. Existen estudios que indican la eficacia de la conciencia plena en casos de depresión (como señalan Mark, Teasdale, Segal y

Kabat-Zinn, 2010); por tanto, tratando la tristeza podría ser útil centrarse en el momento presente, generar esas estrategias de observar lo que ocurre sin juzgar y empezar a centrarse en emociones como el amor, la gratitud, el perdón o la compasión. Por último, es necesario generar una forma de pensar, otra narrativa personal, que no nos lleve al hundimiento y una desesperanza mayor. Nuestra mente se defiende, vive y a veces parece que funcione en solitario. Solemos caer en una serie de errores que repetimos. Por ejemplo, todo o nada, ver sólo lo negativo, adivinar el futuro, saltar a conclusiones, descalificar lo positivo, siempre o nunca, el razonamiento emocional o psicologizar, etiquetar y generalizar, personalizar y el perfeccionismo. Estos errores pensados de forma frecuente nos llevan a crear estructuras, como un muro, que nos entorpece en nuestro día a día. Los pensamientos se superan discutiéndolos y enfrentándose a ellos. La fórmula es la siguiente (Echeburúa, 2004):

- ⇒ Detectar los pensamientos negativos que pasan (y pesan) por nuestra cabeza.
- ⇒ Debatirlos a partir de cuatro principios básicos, como son:
 - *El de racionalidad* (¿está comprobado científicamente lo que pienso?, ¿es racional?).
 - *El de utilidad* (¿me es útil pensar así?, ¿me sirve para algo?).
 - *El de realidad* (¿me está afectando lo que pienso de manera proporcionada?, ¿tiene la intensidad que merece?).
 - *El del lenguaje utilizado* (¿utilizo un lenguaje adecuado?).
- ⇒ Buscar pensamientos alternativos de contenido más racional y útil que represente la realidad y expresemos con lenguaje adecuado. Pensemos que suele existir un pensamiento alternativo adaptativo por cada pensamiento negativo.
- ⇒ Sacar una conclusión con la que nos sea más fácil vivir.

Una forma básica de exponer la terapia cognitiva basada en el debate socrático, pues sabemos que *cambiar nuestra mente, cambia nuestra vida*.

La **intervención con la ira** requiere una primera consideración, y es que ésta es una emoción que oscila desde explosiones de ira hasta sentimientos de irritabilidad generalizada; son una reacción frecuente ante la víctima de una injusticia. La primera fase sería delimitar esta emoción, tal cual se realizaba con el miedo.

Describir las formas en que se manifiesta el enfado. En general, a todos se nos presentan situaciones en las que gritamos, contestamos mal, insultamos, nos sentimos ofendidos, retiramos la palabra, damos un portazo, etc. Normalmente, solemos fallar con mayor frecuencia en la forma (cómo lo decimos y actuamos) que en el contenido (solemos tener parte de razón de por qué nos enfadamos).

DESCRIBE LA SITUACIÓN	PUNTUACIÓN (DEL 0 AL 10)	¿QUÉ PENSASTE?	¿QUÉ SENTISTE?	¿QUÉ HICISTE?

En segundo lugar, es necesario entender cómo funciona esta emoción. L. Walker (1979) definió *el ciclo de violencia* que podemos extrapolar a como se desarrolla la ira. Así, las fases que seguirá serán:

- a) *Acumulación de tensión* (noto que me voy enfadando).
- b) *Explosión* (no aguanto más y...).
- c) *Arrepentimiento* (me siento mal por cómo he actuado).

Hay determinadas técnicas que ayudan a controlar este tipo de situaciones. A corto plazo, se aplicaran las técnicas sobre los momentos previos al cabreo (minutos antes) o cuando éste ya se ha producido, para paliar su efecto. A medio plazo, serán aquellas técnicas que ayuden a controlar estos accesos de ira, y a largo plazo, entrenamientos que se deben realizar para cambiar esta forma de actuar y que ya no forme parte del repertorio habitual.

TABLA 3.10
Técnicas para el control de la ira (Novaco, 1975)

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN LA IRA (ADAPTADO DE NOVACO, 1975)

Técnicas a corto plazo

Estas técnicas sirven como alivio de la situación, no como solución en ningún caso.

La tirita: pedir perdón por las formas o el contenido de la ira generada.

Respiración diafragmática: respirar hondo para rebajar el nivel de activación.

Tiempo fuera: salir momentáneamente de la situación, avisando antes, para evitar un mal mayor. Esperar un tiempo prudencial para volver a la situación.

Distracción de pensamiento: encontrar una actividad en la que poder desconectar de esta situación.

Autoinstrucciones positivas: frase o símbolo que nos suscite calma («1,2,3. Yo me calmaré, todos lo veréis», que utilizan en la serie televisiva *Cosas de casa*, y que es un estupendo ejemplo).

Técnicas a medio plazo

Las técnicas de este apartado tienen como objetivo mejorar la capacidad del individuo de contener los estallidos de ira.

Autocontrol: se trata de delimitar y conocer la emoción de la ira (observar), señalar su aparición y ejecutar unas medidas pactadas para paliar sus efectos y lograr una aparición menos frecuente e intensa.

Técnicas de afrontamiento y solución de problemas: según la vivencia que tengamos de la situación viviremos ésta con mayor o menor sensación de control y de recursos personales. En este sentido, se trata de pasar de una situación vivida desde el prisma de la emoción a trasladarla bajo un mayor pragmatismo a un prisma resolutivo.

Habilidades sociales y comunicativas: no evitaremos la emoción, pero encontraremos la mejor manera para trasladarla.

Técnicas a largo plazo

Una técnica que producirá un cambio más significativo es la de *rol o modelado*, intentando elegir un modelo de conducta adecuado y adaptar sus características a nuestra realidad personal.

La comunicación no violenta es una propuesta de M. B. Rosenberg (2014) que parte de la idea de que, en las mismas circunstancias, algunas personas responden con violencia y otras no. *¿Por qué ocurre esto?* Dependerá de tres factores básicos: el lenguaje que hemos aprendido, cómo nos han enseñado a pensar y hablar y cómo hemos aprendido a influir en los demás y en nosotros mismos.

La gestión de la rabia y la comunicación no violenta (CNV) enseña a utilizar esta rabia como una alarma que nos avisa de que no sólo estamos pensando de una forma que no favorece la satisfacción de nuestras necesidades, sino que, además, es probable que nos involucremos en interacciones no constructivas para nadie. Así, nos interesa usar la rabia para ayudarnos a identificar las necesidades que internamente no están satisfechas y que son el origen de aquélla.

Los pasos a seguir para establecer unas pautas comunicativas no violentas son los siguientes (Rosenberg, 2014):

- a) Ser conscientes del testigo luminoso: **¡Me estoy enfadando!**
- b) Ver que el estímulo que la desencadena (lo que nos ha enfadado) no es la causa de nuestra rabia. No nos enfadamos sólo por lo que la gente hace, sino por una reacción interior a lo que la gente hace (generalmente de interpretaciones, prejuicios, expectativas, etc.). **Separar el estímulo de la causa**, es decir, definir el hecho objetivo ocurrido (estímulo) y lo que nos enfadó (causa). La causa por la que nos enfadamos se deberá, básicamente, a que tomarnos las cosas de forma demasiado personal, a que el estímulo rompa con nuestras expectativas o a que no se cubran nuestras necesidades.

Se puede intentar hacer el siguiente ejercicio:

«Estoy enfadado, porque me digo a mí mismo/a que _____».

- c) Buscar la necesidad que está en la raíz de nuestra rabia. Conectar con la necesidad que no estamos recibiendo, **desarrollando un vocabulario de necesidades**. Generalmente, todas las emociones tienen una función, pero la rabia nos desvía de esta función, sustentada por el pensamiento de que los demás actúan equivocadamente. Así, en lugar de dedicar energía a buscar cómo satisfacer nuestra necesidad, la invertimos en echar la culpa o castigar a los demás. Preguntémonos: *¿Qué queremos que haga la otra persona de manera diferente de cómo lo hace ahora? Y, seguidamente, ¿qué razones queremos que tenga la otra persona para hacer lo que queremos que haga?*
- d) Implica lo que en realidad diríamos en voz alta a la otra persona después de haber transformado nuestra rabia en otros sentimientos conectando con la necesidad que se hallaba tras el juicio. Se debe encontrar una nueva manera de decirlo, y la forma es muy clara:

1. Explicar a la otra persona el estímulo que desencadenó nuestro enfado (el hecho).
2. Expresar cómo nos hemos sentido.
3. Exponer las necesidades que no están siendo satisfechas.
4. Proponer una petición clara, encuadrada en el presente, sobre lo que queremos de la otra persona en relación a nuestros sentimientos y necesidades no satisfechas.

Es una pauta sencilla pero muy útil a la hora de regular las formas en que expresamos nuestra ira, pues es más común fallar en las formas en que nos expresamos que en el contenido o motivo por el cual nos enfadamos.

La **intervención para fomentar la alegría y la sorpresa** —en el sentido positivo—, se expondrán en el capítulo de terapias del bienestar emocional.

Las **técnicas de curación emocional** consideran que tenemos un cerebro racional y otro emocional, que no siempre cooperan para actuar a nuestro favor. Las intervenciones que se proponen para la curación de este cerebro emocional son las siguientes (Servan- Scheiber, 2003):

- ⇒ *Coherencia cardíaca*: se trata de conseguir un estado cardíaco regular, y para ello se combinan el método de respiración consciente y la visualización. La primera etapa para llegar a este estado es dirigir la atención hacia el interior de uno mismo, abstrayéndose del mundo exterior. Respiraciones lentas y profundas, manteniendo preocupaciones fuera y espíritu vacío. Visualizar el proceso de oxigenación del corazón a través de la respiración. Conectarse, además, con la sensación de calor o expansión que se desarrolla en el pecho. Asimismo, puede ayudar darle voz a nuestro corazón.
- ⇒ *Autocuración de grandes dolores*: se realiza a través de la integración neuro- emocional que facilita una técnica llamada EMDR. En el caso de sucesos muy dolorosos tenemos hiperactivado el cerebro emocional, el córtex visual (se nos quedan las imágenes grabadas) y se desactiva el área de Broca (del lenguaje, por ello no tenemos palabras para describirlo). El EMDR ayuda a digerir los traumas emocionales, extrayendo la información útil —la lección— de los mismos.
- ⇒ *Terapia de la luz (por estimulación artificial del amanecer)*: sirve para regular el reloj biológico. Se ha comprobado que la luz y el sol tienen efecto sobre el humor y los instintos del ser humano, ya que nuestro hipotálamo es extremadamente sensible a la luz. Esta terapia se desarrolla a partir de una iluminación que se activa de forma progresiva para simular el amanecer.
- ⇒ *El control de Qi*: la acupuntura manipula directamente el cerebro emocional. Los síntomas emocionales son entendidos, según esta disciplina ancestral, como un desequilibrio de la circulación de la energía Qi. Existen diversas maneras de equilibrarlo, como son: la meditación, la alimentación, el ejercicio físico, las hierbas medicinales y la acupuntura.

- ⇒ *El amor y la comunicación emocional*: conectar con los demás no es sólo cuestión de supervivencia, sino una necesidad básica del ser humano que favorece el buen funcionamiento del cerebro emocional.

Por tanto, la curación emocional inicial supone un proceso de autoaprendizaje, prestando atención a nuestro corazón, a nuestro dolor, a nuestro cuerpo —poniendo especial énfasis en cuidarlo mediante una buena alimentación y ejercicio físico—, y reconectando con las personas que nos rodean.

La intervención en situaciones traumáticas: el EMDR

Los paisajes de nuestras vidas se llenan de cráteres, como la superficie de la Luna. Los malos ratos se olvidan, pero queda en el pozo de la memoria la huella del sufrimiento.

ECHEBURÚA (2004)

La vida nos puede dar grandes reveses que produzcan no sólo gran dolor, sino procesos más complejos que denominamos traumas. *Un suceso traumático es un acontecimiento negativo intenso que surge de forma brusca, que resulta inesperado e incontrolable y que, al poner en peligro la integridad física o psicológica de una persona que se muestra incapaz de afrontarlo, tiene consecuencias dramáticas para la víctima, especialmente de terror e indefensión* (Echeburúa, 2004).

Para superar estas situaciones traumáticas se han creado diferentes formas de intervención:

- ⇒ TIR (*Traumatic Incident Reduction*) (French y Harris, 1999): se trata de una técnica narrativa que pide a la persona que explique el mismo hecho tantas veces como le sea necesario para reprocesarlo, señalando dentro del relato los puntos conflictivos cada vez. Es decir, se trata de visualizar la situación, relatarla y llegar a un punto final en el que se ha modificado algún aspecto de esta narración.
- ⇒ EMDR (*Eye movement desensitization and reprocessing*) (Shapiro, 2001): que se describirá a continuación.
- ⇒ TFT (*Thought Field Therapy*) (Callahan, 1995): interviene a partir de la estimulación de ciertos puntos energéticos al explicar la historia traumática, cercanos a meridianos de la acupuntura oriental.
- ⇒ VKD (*Visual Kinesthetic Dissociation*): procedimiento de la PNL que trata de encontrar nuevos anclajes para la información.

Los ingredientes activos de estas técnicas, que se denominan *power energy treatments* (Carbonell y Figley, 1999), son que *producen un desbloqueo emocional y un reprocesamiento de la información; que se practican mediante movimientos o estímulos distractores; que se aplican en situaciones en las que las emociones son el problema principal, y que se dan*

explicaciones científicas y pseudocientíficas y amplios períodos de formación (Herbert y cols., 2000).

El **EMDR** son las siglas de *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, que se podría traducir como *Desensibilización y Reprocesamiento por medio de movimiento oculares*. Originalmente, fue diseñado por F. Shapiro en 1987 para tratar el estrés postraumático y su eficacia fue probada experimentalmente para casos de abusos infantiles, violaciones, casos de veteranos de la guerra de Vietnam y otros trastornos. Se trata de un tratamiento psicoterapéutico utilizado para tratar un amplio rango de patologías. La evolución histórica de esta técnica es la siguiente.

Los conceptos básicos de la técnica de EMDR son (Shapiro, 2001):

1. Se realiza *una estimulación de la atención dual* y, por tanto, *bilateral* (en ambas partes del cuerpo, derecha e izquierda), lo que produce un efecto directo en el patrón visoespacial y el procesamiento hemisférico de la información —pasando del derecho, más implicado en el cerebro emocional, al izquierdo.
2. La atención estará dispuesta sobre imágenes, creencias, emociones y respuestas físicas que puedan surgir —sin juzgar las mismas—, aumentando así la memoria y la conciencia sobre lo que ha desencadenado la situación traumática. Es decir, se trata de buscar en la memoria implícita o motora, además de la información que traslade la propia memoria declarativa.
3. El objetivo principal será la de reprocesar la situación pasada y encontrar una nueva narrativa que permita integrar los diferentes componentes del trauma para vivir una realidad más saludable y extraer los posibles aprendizajes que nos muestra esta experiencia para el futuro.
4. Se puede aplicar EMDR a cualquier situación en la que exista un bloqueo emocional, lo que se denominan «traumas con T minúscula», o como se señalaba, a grandes dolores o «traumas con T mayúscula».
5. El ingrediente activo del EMDR es el distanciamiento y la asociación libre que se permiten mediante la atención a un estímulo distractor (dejar que las cosas surjan libremente será la indicación del terapeuta).

Los elementos sobre los que trabaja el EMDR serán los siguientes (Shapiro, 2001):

- a) *Imagen del recuerdo*: incidente original que genera la estructura cognitiva y/o afectiva. Se pedirá al cliente que piense en el suceso y que luego centre su atención en una imagen que represente bien el incidente completo o bien su parte más perturbadora.
- b) *Cognición negativa de sí mismo*: lo conforman aquellos pensamientos negativos acerca de sí mismo/a o la situación. La mayoría de las cogniciones negativas parecen pertenecer a tres categorías: responsabilidad defectuosa («hice algo mal»), falta de seguridad («soy impotente; me siento indefensa») y falta de control («jamás podré

alcanzar el éxito»).

- c) *Cognición positiva*: será el objetivo del tratamiento, es decir, hacia dónde llevar la mente. Se generará desde el inicio el pensamiento positivo alternativo hacia donde caminar, puntuándolo mediante la *escala de validación de cogniciones* (Voc). La persona asignará un número del 1 al 7 según si mantiene la creencia de que ese pensamiento es verdadero (7) o falso (1) en su realidad.
- d) *Emoción que emerge en el presente referida al hecho*: se conceptualizará la emoción que se sintió y se otorgará una calificación según cómo se sienta en la actualidad. Se valorará la intensidad de la emoción mediante una *escala de unidades subjetivas de perturbación* (Suds), del 0 al 10, donde 0 indica una emoción neutral y 10 una emoción altamente aversiva o de alta perturbación.
- e) *Respuesta sensorial*: sensaciones físicas que se generan cuando los clientes se concentran en el recuerdo traumático expuesto en el primer punto.

Las **fases del tratamiento** son ocho esencialmente, según su creadora F. Shapiro (2001; 2005; 2013). El número de sesiones dedicadas a cada fase y el número de fases trabajadas en cada sesión varían mucho de cliente a cliente y según la problemática a trabajar.

TABLA 3.11
Fases del proceso de EMDR (adaptado de Shapiro, 2001)

FASE	DESCRIPCIÓN
Historia clínica Plan de tratamiento	Detectar las situaciones desencadenantes que ponen en marcha un esquema emocional disfuncional (disparadores). Evaluar los antecedentes, los síntomas (frecuencia, duración, lugar, estímulos específicos...) y las pautas de respuesta (estímulos, cogniciones, emociones, conducta...). El terapeuta se debe mantener flexible al contenido de la sesión y en sintonía con las necesidades del cliente, así como preparado para ajustarse a cualquier cambio de dirección que resulte necesario.
Preparación	Posición física del terapeuta y del paciente. Requiere decidir cómo nos situaremos respecto a la persona (por ejemplo, en el caso de estimulación visual, el terapeuta debe estar delante de la persona; en la auditiva, puede situarse donde se sienta más cómodo). Vínculo terapéutico y rapaport. Mediante el reconocimiento de metas comunes y la comprensión de que es necesario hablar con honestidad. Deben confiar en que serán protegidos durante el procesamiento y que son ellos quienes tienen el control de la situación. Explicación de la técnica, lo que puede determinar que una persona acceda al tratamiento. Probar los movimientos oculares u otros métodos de estimulación bilateral: • Estimulación visual: poner los dedos delante de la cara de la persona, a una distancia cómoda para enfocar (aproximadamente 30 a 35 cm). Mover los dedos lentamente de un lado a otro a través del campo visual. El primer conjunto consiste en 24 movimientos bidireccionales frente a los ojos. El ritmo del movimiento va a depender del grado de concentración. • Estimulación táctil: ponernos frente a una persona, a una distancia adecuada para nosotros/as y él/ella. Encontrar un sofá o silla cómodos. Probar con rapidez del tacto, con las palmas de las manos, los dedos o palillos chinos, aplicándose en el hombro, la rodilla u otros. • Estimulación auditiva: existen programas y apps que presentan sonidos o música de aplicación bilateral.

Determinar la señal de STOP durante la sesión para que la persona tenga la seguridad de que puede poner fin al proceso en el momento en que desee.

Crear un lugar seguro para que la persona tenga la percepción de un mayor grado de control.

Evaluación
Protocolo básico

Sumándose a los pasos anteriores, se recoge la siguiente información:

- El recuerdo que se quiere trabajar. Este blanco puede ser el incidente representativo del trauma, que podrá ser el recuerdo del suceso mismo, pesadillas, sensaciones físicas, emociones o pensamientos.
- La imagen que representa la peor parte de esa vivencia.
- El pensamiento negativo, que se piensa de uno/a mismo/a viéndose en esa situación.
- Lo que le hubiese gustado pensar en vez del pensamiento anterior (cognición positiva). Se puntúa en una escala del 1 al 7, siendo 1 absolutamente falsa esta creencia y 7, absolutamente verdadera (Voc).
- Pensando en esa imagen, la emoción que aparece y se mide en una escala del 0 al 10, siendo 0 una emoción neutra y 10 la máxima emoción aversiva (Suds).
- La sensación física que se desprende. Se inicia el proceso poniendo toda esta información junta.

Desensibilización

Centrarse en el blanco o diana y dejar que fluyan los recuerdos asociados («piense en eso», «fíjese en eso» o «siga adelante con eso»).

Observar los cambios en la imagen, los pensamientos, las emociones o las sensaciones corporales, y señalarlos.

Superar los *loopings* (respuestas bloqueadas o defensas) que aparezcan.

Reprocesar (cambios), reforzar (esos cambios) y volver al blanco para ver si cambian los elementos recogidos previamente.

Instalación

Chequear hasta conseguir un SUD estable (0 o 1) y Voc (6 o 7).

Chequeo corporal

Debe desaparecer cualquier sensación física.

Cierre

Realizar algunos movimientos oculares o estimulación para relajación.

Visualización. Se puede utilizar cualquier formato de visualización creativa, expuesto anteriormente.

La técnica de la fuente de luz es visualizar que nos cubrimos con una luz curativa, llena de sabiduría, paz y amor y mantenerse en esa sensación.

Discusión
Reevaluación
Seguimiento

Advertir de los posibles efectos secundarios que pueden aparecer después de un EMDR y llevar un diario para informar al terapeuta en la siguiente sesión.

Los efectos secundarios pueden ser los mismos que en otras sesiones terapéuticas de alto contenido emocional, por ejemplo, una mayor ansiedad tras la sesión, pesadillas, dolor de cabeza, sensación de mareo, etc.

A nivel funcional, el EMDR se realiza en sesiones de una hora a hora y media y la duración total del tratamiento estará en función de la problemática y la persona a tratar. Se puede compaginar con otras técnicas, por ejemplo, utilizando EMDR y análisis transaccional, en el que se dedica la sesión al análisis de los diferentes estados del yo o la línea de vida integrativa.

Se recomienda en cualquier caso en que las emociones se encuentren bloqueadas, por ejemplo, en procesos traumáticos, de duelo, psicosomáticos, fobias, ansiedad, problemas de estado de ánimo y baja autoestima. También está indicado para aquella población o circunstancias a las que le sea más difícil la expresión emocional, por ejemplo, con niños o

trastornos disociativos. Por último, se desaconseja en caso de padecer un trastorno psicótico, problemas de abuso y dependencia a sustancias, TDAH y otros trastornos de origen orgánico.

El EMDR es una técnica que debe observarse y aprenderse mediante programas de formación específicos, ya que es difícil de imaginar y absolutamente contraproducente poner en práctica sin haber realizado este proceso formativo.

La **intervención frente a la inestabilidad emocional** se considera en los casos en los que se presenten cambios de estado de ánimo continuos, que producen malestar, con sintomatología subclínica y que no correspondan a trastornos del estado de ánimo tipo bipolar o trastornos de la personalidad límite.

La *terapia icónica* (Santiago, 2005) está indicada para el tratamiento del trastorno de personalidad límite. No obstante, algunas de las ideas que se recogen en el mismo son interesantes para el tratamiento de la inestabilidad emocional. Esta propuesta considera la existencia de conductas primarias inadaptadas frente a la frustración (autoagresiones, heteroagresiones y respuestas de escape), conductas compensatorias (respuestas de idealización y manipulación) y otros factores de vulnerabilidad que aumentan esta inestabilidad, como serían la baja autoestima y la dependencia afectiva, el pensamiento dicotómico y otros esquemas cognitivos desadaptativos. La terapia se basa en la presentación de imágenes para introducir las diferentes técnicas y conceptos. Algunas de las técnicas que se presentan y se podrían utilizar en los casos indicados son (Santiago, 2005):

- a) *Frase llave*: ésta es una técnica propuesta por Gendlin (1969), mediante la cual la persona debe encontrar una autoverbalización que pueda propiciar conciencia de la actitud actual y la necesidad de un cambio en la misma. Para que sea efectiva, la persona debe crear esta frase.
- b) *Enfriamiento mental*: se trata de poner distancia en momentos en que la emoción tiene una carga elevada, por ejemplo, intentando ver la situación como si la estuviera viviendo una tercera persona (*técnica del vecino*) o practicando el *tiempo fuera*, saliendo de la situación para intentar rebajar la emoción.
- c) *Técnicas específicas de afrontamiento*: que incluirían *técnicas de solución de problemas* (generando alternativas posibles), de competencia social (*técnica del grano*, que incluye considerar nuestras respuestas de malestar como un saco en el que se realizan indicaciones globales y la necesidad de ir al grano, en la línea de lo indicado para la comunicación no violenta) y el aprendizaje de los errores (mediante *la técnica del teléfono*, que trata de propiciar el aprendizaje de la siguiente secuencia: ¿qué he hecho mal?, ¿qué hice bien?, ¿cómo lo haré la próxima vez? y ¿cuándo rectifico?).
- d) *Cultivar la paciencia*: la técnica que se presenta es la del zigzag, poniendo énfasis en la necesidad de pasar del «ahora ya» a la consideración de las metas como una escalera (con objetivos a conseguir progresivamente) o escalera de zigzag (avance-retroceso-avance).

Esta propuesta terapéutica dedica un espacio al análisis de la alianza terapéutica como parte integrante del mismo, lo cual, en el caso de trabajar con personas con TLP, es absolutamente esencial.

EJERCICIOS

La regulación emocional no es tarea fácil, de ahí que a la hora de exponer la técnica no se trate de una única, sino de un complejo compendio de varias técnicas, cada una con su foco específico de acción. Por ello, ya se han expuesto algunos de los ejercicios a llevar a cabo para conseguir ese manejo de las emociones. A diferencia de capítulos anteriores, en el apartado de ejercicios se exponen las propuestas más generalistas que deberían integrar las técnicas propuestas en el apartado anterior:

- a) *Delimitar y definir las características de la emoción y/o emociones presentes*, para lo cual es de gran utilidad llevar un diario emocional (Llenas, 2014). No se trata sólo de poner nombre a la emoción y entender qué función cumple la misma y profundizar en el conocimiento específico de cómo actúan éstas en nuestra realidad concreta.
- b) *Establecer un plan de intervención*, según si hablamos de emociones primarias, secundarias o de inestabilidad emocional, adaptando la mejor técnica para la emoción blanco de intervención.
- c) *Determinar la forma de expresión emocional*, lo que supone encontrar una manera de dar salida a esta emoción sin caer en las distorsiones señaladas anteriormente, la principal de las cuales sería la negación o represión emocional. Hace unos años se indicaba que la mejor forma de expresión emocional era la catarsis emocional. Así se propiciaban técnicas para que las personas estallaran, lo cual se ha comprobado que produce un efecto a corto plazo de alivio, pero no una solución *per se*. A continuación, un pequeño listado de cosas que funcionan y otras que no funcionan en la expresión emocional.

TABLA3.12 ([Descargar o imprimir](#))
Planificación tratamiento de regulación emocional (elaboración propia)

PLAN DE INTERVENCIÓN DE REGULACIÓN EMOCIONAL

Emoción:
Técnica (técnicas) de intervención:
Objetivos:
Duración:

TABLA3.13
Regulación emocional, técnicas que funcionan y que no (adaptado de Navarro, 2015)

LO QUE NO FUNCIONA

- Intentar no pensar en lo que te preocupa.
- Relajarte y respirar hondo.
- Liberar la tensión mediante catarsis.
- Presionarte para tener pensamientos positivos.

LO QUE FUNCIONA

- Intentar recordar virtudes y éxitos.
- Distraer la atención hacia asuntos concretos.
- Pensar en el futuro más inmediato.
- Meditar de forma habitual.
- Dar permiso para preocuparse más tarde.
- Asumir la propia responsabilidad.
- Pensar en lo peor que puede ocurrir.
- Tomarse un respiro.
- Buscar el motivo para las emociones.

d) *Transformación emocional*, que va un paso más allá de lo expuesto y se trata de estar abierto a las experiencias emocionales positivas o negativas; aprender a regular las emociones propias y de los otros; moderar emociones negativas y potenciar las positivas y, por último, como las emociones son información, aprender a dirigir la atención hacia lo importante.

En la transformación emocional se trataría igualmente de pasar la emoción de estado a rasgo, por ejemplo, *generando un estado más o menos estable de optimismo, empatía o felicidad* (Pérez, Petrides y Furnham, 2005).

Por último, esta transformación emocional también puede suponer el desarrollo de la empatía, definida como la capacidad de ponernos en el lugar de la otra persona.

Un antiguo y sabio proverbio dice «es imposible comprender a nadie si antes no nos ponemos en su lugar». La empatía es el valor por excelencia en cualquier tipo de relación entre seres humanos, ya que incluye también el respeto y la tolerancia (Salmurri, 2004).

Empatizar con una persona significa comprender y ayudar en el manejo de las emociones de la misma. Por ejemplo, entender el dolor que puede suponer para una persona una pérdida y consolarla con un abrazo, para ayudar en la vivencia de su tristeza y añadirle la percepción de apoyo social.

Por tanto, sirve para:

1. Saber interpretar las emociones de los demás.
2. Percibir las preocupaciones que pueda experimentar nuestro interlocutor.
3. Responder a las emociones y las preocupaciones de los otros.
4. Comprender los problemas e intereses que hay detrás de las emociones de los demás.

La empatía supone poner en marcha diferentes habilidades, como son: la escucha activa, la comunicación, la valoración de las opiniones de los otros, la

comodidad relacional, la confianza mutua, no juzgar, la tolerancia y el respeto mutuo. El trabajo para empatizar incluye los siguientes ejercicios (Beck, 2013):

- *Aprender a escuchar*: controlar nuestras intervenciones en las conversaciones. Somos eminentes contadores de historias y mientras las personas hablan, preparamos nuestra próxima intervención. Se trataría de parar y, por tanto, escuchar lo que nos dicen, dejando de lado nuestra necesidad de intervenir.
- *Desmontar el circuito*: al igual que un ingeniero desmonta un robot para ver cómo funcionan sus piezas y conocer qué tiene dentro, se trata de intentar desmontar la historia, ir hacia atrás. Intenta ver qué hay detrás.
- *Moldea la forma*: observa la forma que tiene e imagínate que te pones en su lugar. Además, en comunicación no verbal, si adoptamos gestos de la persona que tenemos enfrente, esta persona se sentirá más cercana.
- *Metta-atención*: ofrece una atención compasiva y traspasa pensamientos de amor, bondad, perdón y comprensión, primero hacia familiares y amigos, después hacia conocidos y, por último, y más difícil, hacia enemigos o personas que nos irriten o hayan producido dolor.

Esta habilidad es fundamental, ya que nos permite tratar de manera adecuada las emociones de las personas con las que nos relacionamos.

Ámbitos de aplicación

La regulación emocional está indicada en aquellos casos en los que las emociones se encuentran distorsionadas en cualquiera de las formas en que esto puede ocurrir. Se podría aplicar en procesos terapéuticos en los que surjan emociones primarias desadaptativas, por ejemplo, en procesos de duelo que se desarrollan con ira por lo que no se pudo hacer o decir. En momentos en los que se presenten emociones secundarias bloqueadas, situaciones traumáticas u otras, se pueden desarrollar estrategias conjuntas de curación emocional y EMDR.

Para ampliar la información

Baum, M. (1968). Efficacy of response prevention (flooding) in facilitating the extinction of an avoidance response in rats: the effect of overtraining the response. *Behav. Res. & Therapy*, 6, 127-203.

Beck, M. (2013). *The Empathy Workout*. En: <http://marthabeck.com/2013/03/the-empathy-workout/> (consultado el 21/02/2016).

Callahan, R. J. (1995). A Thought Field Therapy (TFT) algorithm for trauma. *Traumatology*,

1(1), 2.

- Carbonell, J. L. y Figley, C. (1999). A systematic clinical demonstration of promising PTSD treatment approaches. *Traumatology*, 5(1), Article 4.
- Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E. R. (2006). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- Deffenbacher, J. L. (1993). General anger: Characteristics and clinical implications. *Psicología conductual*, 1, 49-67.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Fredrickson, B. L. (2000b). Positive emotions. En C. R. Snyder y S. J. López (eds.), *Handbook of Positive Psychology*. Nueva York: Oxford University Press.
- French, G. y Harris, C. J. (1998). *Traumatic Incident Reduction (TIR)*. CRC Press.
- Goleman, D. (2003). *Emociones destructivas: cómo entenderlas y superarlas*. Barcelona: Kairós.
- Greenberg, L. (2000). *Emociones: una guía interna*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Greenberg, L. y Paivio, S. C. (1999). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Herbert, J. D., Lilienfeld, S. O., Lohr, J. M., Montgomery, R. W., T O'Donohue, W., Rosen, G. M. y Tolin, D. F. (2000). Science and pseudoscience in the development of eye movement desensitization and reprocessing: Implications for clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 20(8), 945-971.
- Labrador, F. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Lahad, S. (1993) Tracing Coping Resources Through a Story in Six Parts-The 'BASIC-Ph' model. *Psychology at School and the Community During Peaceful and Emergency Times*. Tel-Aviv, Levinson-Hadar, 55-70 (en hebreo).
- Lizeretti, N. P. (2012). *Terapia basada en la inteligencia emocional. Manual de tratamiento*. Lérida: Milenio.
- Llenas, A. (2014). *Diario de las emociones*. Barcelona: Paidós.
- Mark, W., Teasdale, J., Segal, Z. y Kabat-Zinn, J. (2010). *Vencer la depresión. Descubre el poder de las técnicas de mindfulness*. Barcelona: Paidós.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias, and rituals: Panic, anxiety, and their disorders*. Nueva York: Oxford University Press.
- Mestre, J. M. y Fernández Berrocal, P. (coords.). (2007). *Manual de inteligencia emocional*. Madrid: Pirámide.
- Navarro, P. (2015). *Cómo controlar las emociones: 10 técnicas que funcionan*. En: <http://www.habilidadsocial.com/como-controlar-las-emociones> (consultado el 25/08/15).
- Novaco, R. W. (1975). *Anger Control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, MA: Lexington Books, D.C. Heath.
- Pérez, J. C., Petrides, K. V. y Furnham, A. (2005). Measuring trait emotional intelligence. En R. Schulze y R. D. Roberts (eds.), *International Handbook of Emotional Intelligence* (pp. 181-201). Cambridge, MA: Hogrefe & Huber.

- Ramos, N., Recondo, O. y Enríquez, H. (2014). *Practica la inteligencia emocional plena: mindfulness para regular nuestras emociones*. Barcelona: Kairós.
- Reeve, J. M. (1994). *Motivación y emoción*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Rosenberg, M. B. (2014). *El sorprendente propósito de la rabia. Más allá de la gestión de la rabia: descubrir el regalo*. Madrid: Acanto.
- Salmurri, F. (2004). *Libertad emocional: estrategias para educar las emociones*. Barcelona: Paidós.
- Santiago, S. (2005). *Tratando... inestabilidad emocional. Terapia icónica*. Madrid: Pirámide.
- Servan-Schreiber, D. (2003). *Curación emocional. Acabar con el estrés, la ansiedad y la depresión sin fármacos ni psicoanálisis*. Barcelona: Kairós.
- Shapiro, F. (2001). *EMDR. Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. Barcelona: Kairós y PAX México.
- Shapiro, F. y Silk, M. (2013). *EMDR. Una terapia revolucionaria para superar la ansiedad, el estrés y los traumas*. Barcelona: Kairós y PAX México.
- Walker, L. (1979). *The battered women*. Nueva York: Harper and Row Publishers.
- Wolpe, J. (1958). *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Para ampliar la formación

Para recibir información y formación acerca del EMDR se pueden consultar las propuestas de la **Asociación Española de EMDR**: www.emdr-es.org

MOTIVACIÓN 3.0: COACHING PERSONAL

Nada ha cambiado; sólo yo he cambiado; por tanto, todo ha cambiado.

MARCEL PROUST

Si tratas a una persona como si fuera lo que debería ser y puede ser..., esa persona llegará a ser lo que debe y puede ser.

GOETHE

Definición

La terapia motivacional se basa en la búsqueda de la potenciación de las opciones personales —a través del proceso de *coaching* personal o tipológico—, y de perseguir y conseguir aquello que realmente deseamos y nos hace sentir bien.

Objetivos

El objetivo principal del *coaching* es el de (re)dirigir nuestros propios objetivos hacia prioridades y talentos personales; dicho de otra manera, ayudarnos a encontrar nuestro sitio en el mundo. Los objetivos específicos serían:

- ⇒ Conocer nuestros talentos y habilidades personales (autoconocimiento).
- ⇒ Delimitar nuestros objetivos personales (en los diferentes ámbitos de nuestros día a día).
- ⇒ Diseñar estrategias y planes de acción que nos pongan en el camino adecuado.

Las premisas

Motivación proviene del latín *motivus* (movimiento) y *-ción* (acción o afecto), lo que significaría causa de una acción. La motivación refleja el deseo de una persona de satisfacer sus propias necesidades.

La primera reflexión que se debe realizar es *¿qué motiva a las personas?* Daniel H. Pink (2010) propone un modelo de explicación de este impulso en el que plantea que existen tres tipos de motivación:

- a) La **motivación 1.0** es la que tiene que ver con nuestras necesidades biológicas y de supervivencia, lo cual incluirá comer, beber, respirar, dormir, practicar el sexo, sentirse en un entorno seguro, etc.
- b) La **motivación 2.0** es la que hace referencia a nuestra respuesta frente al entorno a partir

de recompensas (aumentando nuestra conducta) y castigos (disminuyendo nuestra conducta en este caso).

- c) La **motivación 3.0** es la que lleva al ser humano a una necesidad continua de aprendizaje y de creación y mejora de nuestro mundo. Este tipo de motivación supone que tengamos autonomía (poder de decisión), maestría (conocimiento de nuestras fortalezas y debilidades) y sentido de propósito (un objetivo vital).

Repasando las teorías clásicas, y sin ánimo de exponerlas con profundidad, sino simplemente como apuntes, debemos tener en cuenta los siguientes aspectos en relación a la motivación:

- ⇒ La **teoría de la jerarquía de necesidades** (Maslow, 1954) presenta las necesidades de las personas como metas a ir consiguiendo de forma progresiva, pudiendo avanzar a las más elevadas jerárquicamente siempre que se cumplan las inferiores. Por ejemplo, si no tenemos cubierta la necesidad de un techo, difícilmente nos podremos fijar una meta de autorrealización. Así, los seres humanos necesitamos cubrir inicialmente nuestras necesidades fisiológicas y de seguridad, para avanzar hacia necesidades sociales (de pertenencia y aceptación dentro del grupo), necesidades de estima (reconocimiento y responsabilidad) y necesidades de autorrealización (autoexpresión, independencia, competencia y oportunidad).
- ⇒ La **teoría del factor dual** (Herzberg, Mausner y Snyderman, 1967) divide los factores que nos motivan —concretamente en el ámbito laboral— en factores higiénicos y motivadores. Los higiénicos serán aquellos que deben estar presentes pero no son garantía de esfuerzo y energía, aunque si no están presentes sí se traducen en insatisfacción. Son factores externos, que aunque los autores definieron en el ámbito laboral, se podrían generalizar, como son: economía, condiciones ambientales, seguridad, factores sociales y estatus. Los factores motivadores serían los internos, más estimulantes y movilizadores, como realizar tareas interesantes, desarrollar plenamente la personalidad, los sentimientos de contribución y valor de lo que hacemos, el reconocimiento, las oportunidades y la responsabilidad y autonomía.
- ⇒ La **teoría de McClelland** (McClelland, 1989) habla de tres tipos de motivación: de logro (lo que haría referencia a sobresalir, tener éxito, cumplir metas elevadas y el deseo de excelencia), de poder (influir y controlar a las personas, además de obtener reconocimiento) y de afiliación (los valores que tienen que ver con las relaciones interpersonales que establecemos).
- ⇒ La **teoría X e Y** (McGregor, 1966) plantea que el estado natural de las personas sería la inactivación y mantenerse en una actitud perezosa, de no responsabilidad (Eje X), pero, por contra, también necesita tareas motivadoras, esfuerzos y recompensas (eje Y).
- ⇒ La **teoría de las expectativas** (Vroom, 1964; Potter y Lawler, 1968) afirma que las personas, según sus creencias y experiencias, generan expectativas de las circunstancias

y mantienen el objetivo de aumentar recompensas y disminuir castigos. Asimismo, generaremos una posibilidad de logro por lo que la fuerza de la motivación estará determinada por la valía de la recompensa y las probabilidades de éxito que creamos tener, de ahí el concepto de expectativa.

- ⇒ La **teoría ERC**, de C. Alderfer (1972), considera tres tipos de motivación, como serían la existencial (necesidades fisiológicas y de seguridad), la de relación (sociales, de apoyo, pertinencia y reconocimiento) y la de crecimiento (evolutivo y personal).
- ⇒ La **teoría de fijación de metas** (Locker, 1969) plantea que una meta es aquello que una persona se esfuerza por lograr, centrándonos en la acción y la atención; movilizand nuestras energías, esfuerzo y manteniendo la persistencia y el cumplimiento de planes.
- ⇒ La **teoría de la equidad** (Adams, 1963) afirma que las personas tenemos tendencia a la comparación social y, por tanto, a reclamar lo mismo o mejor de lo que tienen aquellos con los que nos comparamos.

Los principios que se deben considerar en relación a la motivación, teniendo en cuenta la información expuesta, son:

- ⇒ La motivación es un elemento esencial para cualquier proceso de cambio.
- ⇒ La motivación es un fenómeno multidimensional-complejo, que puede incluir múltiples variables y tipologías.
- ⇒ La motivación nos lleva hacia la acción, y es dinámica en el tiempo, pues lo que nos motiva en un momento puede que al siguiente deje de hacerlo; por tanto, de naturaleza cambiante.
- ⇒ La motivación es modificable. Por ejemplo, hay espacios que la fomentan y otros que nos la pueden retirar.
- ⇒ La motivación no es un fenómeno observable directamente. Se puede definir a partir de la conducta del individuo y de los resultados que se consiguen.

Se trata de potenciar esta motivación hacia aquellos objetivos que pueden propiciar a la persona una mejora generalizada de su calidad de vida.

Descripción técnica

La técnica básica que se utilizará para la potenciación de procesos motivacionales será el *coaching*, pues *el propósito del coaching es mejorar y desarrollar las habilidades —en la vida, en los negocios, en las relaciones—, de manera que las personas sean más felices, más productivas y más capaces de alcanzar sus metas de una forma equilibrada* (Pughe-Parry, 2015).

Así, el *coaching* profesional se definirá como *un proceso de entrenamiento personalizado y confidencial, mediante un gran conjunto de herramientas que ayudan a cubrir el vacío*

existente donde una persona está ahora y donde desea estar (Asociación Española de Coaching, ASESCO).

La motivación para el cambio vendrá determinada por la distancia entre lo que tenemos y lo que deseamos para nosotros, pudiendo ser esa misma distancia un punto de bloqueo (por ejemplo, si la percibimos muy elevada, podemos vernos incapaces de recorrer este camino, ni siquiera de iniciarlo).



La idea es simple, recorrer el camino que hay entre el punto A y el punto B, pues ése será nuestro auténtico propósito.

El *coaching* interviene sobre el sistema del individuo promoviendo la dimensión personal y las competencias relacionales y técnicas (las laborales o competencias).

Los componentes que forman parte del proceso de *coaching* personal son:

- ⇒ Es un proceso que se desarrolla a partir de la relación entre el *coach* (la persona que guiará el proceso de *coaching*) y el *coachee* (que puede ser una persona, un grupo o una institución).
- ⇒ El proceso de *coaching* seguirá una estructura sistematizada a partir de una serie de fases, las cuales se presentarán a continuación, de seis meses a un año de duración.
- ⇒ Este proceso se basa en los principios de confidencialidad —que ambos deben mantener—, así como de voluntariedad —del *coachee*.
- ⇒ El objetivo principal del proceso es de potenciación personal y de optimización de recursos, es decir, de llegar cuanto más lejos podamos.
- ⇒ El método básico que se utilizará a lo largo de las sesiones será el diálogo acerca de los objetivos y la proyección hacia el futuro. Por tanto, a donde queremos llegar y de qué manera conseguir la meta.

La **metodología del coaching** sigue unas determinadas fases, como son (adaptado de Wolk, 2009):

Fase 1. *Introducción o apertura del proceso de coaching*

Esta primera fase sería la que se denomina *generación del contexto*. El contexto del que se habla incluye el espacio físico y el tiempo que se dedicará al mismo, así como los componentes básicos del proceso —definidos en los puntos anteriores—.

Se establece un primer contacto entre *coach* y *coachee*, y es el momento en el que se

establecerá un primer acuerdo según objetivos y situación deseada.

Al igual que en otros modelos, se analiza el pedido del *coachee*, la demanda con la que acude a nosotros/as.

Fase 2. *Exploración, comprensión e interpretación*

En esta segunda fase se describe la situación actual, conjuntamente con las áreas que se espera mejorar y/o las dificultades que se mantienen. Se puede considerar mejorar ciertas habilidades o competencias (*coaching* de desempeño) o conseguir cambios más profundos (*coaching* de propósito).

Los aspectos básicos que se llevarán a cabo a lo largo de ésta serán:

- ⇒ Acordar los objetivos y las metas del proceso, considerando las dificultades que podamos encontrar.
- ⇒ Generar los primeros acuerdos entre *coach* y *coachee*, por ejemplo, a partir del contrato.
- ⇒ Explorar y comprender la situación actual, los procesos cognitivos y las emociones implicadas en ésta.
- ⇒ Reinterpretar las brechas interpretativas, es decir, lo que construimos a partir de nuestra realidad, las creencias que se nos generan y sobre las que debemos responsabilizarnos e indagar los posibles matices que puedan aparecer (y utilizarse en el proceso de mejora).

La piedra angular de esta fase es la comprensión de todos los aspectos que faciliten o dificulten nuestro proceso.

Fase 3. *Expansión*

Se realiza la devolución de la información anterior y se establecen acuerdos y objetivos reales y viables. Es la etapa en la que se diseñan las acciones específicas, por ejemplo, generando un mapa de opciones y recursos. Se exploran alternativas y posibilidades a partir de la acción.

Fase 4. *Cierre*

Se evaluarán los resultados del plan de acción definido y se realizará el seguimiento del cumplimiento de todos los objetivos.

Se realizan las reflexiones finales y el cierre, lo que significa comprobar si se han integrado los aprendizajes obtenidos y se han cumplido los acuerdos establecidos en las fases anteriores.

El proceso de *coaching* es de aprendizaje, en el que se aprenden (habilidades nuevas), se

reaprenden (recuperando aspectos importantes que vamos dejando atrás, como, por ejemplo, la capacidad de diversión infantil) y se desaprenden (lo que sea poco útil o haga daño). Centrado en la persona y su desarrollo personal, se hablaría de **coaching personal o de vida**, que se entiende como aquel *proceso sistemático enfocado en la solución, orientado hacia los resultados, en el cual el coach facilita el incremento en la experiencia vital y rendimiento del coachee en varios dominios (...), promoviendo el aprendizaje autodirigido y el crecimiento personal del coachee* (Grant, 2005). Este tipo de *coaching* considera que toda persona tiene potencialidades y posibilidades de cambiar. Así, el *coachee* deberá centrarse en sus objetivos, deseos y necesidades para iniciar un proceso de aprendizaje. Se mejora cuando aprendemos lo mejor acerca de nosotros mismos y observamos las formas concretas de utilizar nuestras fortalezas. En este sentido, desde la **indagación apreciativa** (Cooperrider y Srivatsva, 1980), se plantea el siguiente marco de trabajo, el de las 4 D:

1. *Discover*: se trata de descubrir las habilidades con las que se puede contar en este proceso de construcción personal.
2. *Dream*: consiste en soñar y visualizar lo que queremos implementar en nuestras vidas en el futuro.
3. *Design*: planificando y priorizando acciones que se dirijan hacia la consecución de los objetivos planteados.
4. *Destiny*: se implementará el plan de acción, se evaluarán los resultados y se valorará el bienestar que producen estas propuestas, sintiendo que hemos conseguido lo que deseábamos.

El proceso a seguir parte de un modelo de aprendizaje y superación personal. En este sentido hay que tener en cuenta lo que somos conscientes y de nuestras habilidades y competencias.

Discover. Descubrir los talentos

Y llegar a conocerlos bien, es un paso muy importante para encontrar tu lugar en el mundo. Tú no eres como eres por casualidad, sino que tienes una función dentro del universo, y tus talentos son las herramientas que te permiten cambiar.

Comienza pensando en los logros que te han producido una gran satisfacción y los que te has sentido orgulloso/a, y piensa qué tienen en común estas circunstancias. Piensa que todo el mundo tiene sus talentos y, además, uno se puede entrenar para mejorar y adquirir otros nuevos.

El primer paso para descubrir nuestros talentos es conocer los diferentes tipos de talentos que hay. Esta clasificación es muy útil porque cada tipo de talento se esconde de una manera diferente, y requiere un camino diferente para encontrarlo (Rath, 2007):

- ⇒ Talentos evidentes: son talentos que tenemos, y que sabemos que tenemos. Por supuesto, los más fáciles de identificar.
- ⇒ Talentos ocultos: son talentos que tenemos, pero sin ser plenamente conscientes. Hay dos motivos por los que un talento puede estar oculto: *a)* tenemos un determinado talento, pero simplemente no nos hemos dado cuenta; o *b)* tenemos un talento y lo sabemos, pero para nosotros es tan natural que creemos que todo el mundo lo tiene. No vemos que no es tan habitual como pensamos, y que eso nos hace especiales.
- ⇒ Talentos potenciales: son talentos que creemos que no tenemos, y que sentimos no tener. Tienen un gran potencial, porque si los trabajamos, pueden llegar a ser nuestro talento más grande.

Los talentos evidentes y ocultos son capacidades que tenemos de forma natural; no nos requieren ningún esfuerzo poner en práctica, de manera que no las trabajamos mucho. En cambio, los talentos potenciales son una parte de nosotros que, si queremos llegar a aprovechar, tenemos que ejercitar a fondo.

El *Test de Gallup* (Rath, 2007) es un buen recurso para evaluar los talentos personales y establecer fortalezas y debilidades al igual que se haría en una empresa mediante un DAFO.

Dream. Ideas para una vida mejor

La mayoría de las personas diseñamos nuestra vida en función de la profesión o de metas demasiado pequeñas..., nos cuesta soñar. De hecho, nos adaptamos a una determinada *zona de confort* que nos es conocida y nos permite sentir seguridad y emoción neutral, *utilizando una serie de comportamientos para conseguir un nivel constante de rendimiento sin sentido del riesgo* (White 2009). Rodeando a la zona de confort se sitúa nuestra *zona de pánico o miedo*, es decir, todas aquellas inseguridades que nos producirán bloqueos a la hora de establecer cambios. La zona siguiente es la de *aprendizaje*, donde nos damos cuenta de que el cambio es posible y que todas las habilidades son entrenables. Por último, la más distanciada es la zona de cumplimiento de objetivos, de éxito, de sueños, mágica o como la quieras llamar. Éste es el momento de describir esa situación deseada u objetivo (el punto B).

El proceso para conseguir un hito supone que nos planifiquemos. No se puede conseguir un objetivo sobre el que mantenemos cierta distancia dando un salto de efecto, sino que hay que ir paso a paso, como subiendo unas escaleras. Para empezar a subir es necesario que superemos los principales obstáculos para la motivación, que son: la frustración, la monotonía, el miedo al fracaso, el cansancio, el enfado y la rivalidad, entre otros. Más allá, hay que planificar.

Design. Técnicas para conseguir nuestros objetivos

En este punto se trata de diseñar un plan de actuación para el cual se pueden seguir los puntos que se citan a continuación (Beck, 2012):

1. Desarrollar un objetivo razonable y un plan razonable, es decir, comprobar la viabilidad de nuestro objetivo y planificar el proceso que tenemos por delante para conseguirlo.
2. SMART: objetivos específicos, medibles, que podamos conseguir, realistas y con un tiempo o plazo determinado.
3. Crear una lista de las razones por las que es importante conseguir este objetivo y leer esta lista cuando estemos a punto de desviarnos del plan de acción.
4. Seguir las acciones que promuevan que consigamos nuestro objetivo y evitar las conductas que nos alejen.
5. Establecer un plan responsable con uno mismo y otras personas.
6. Responder al pensamiento sabotador, que todos nosotros tenemos y que sólo busca la seguridad, el no movimiento y no cambios, el hábito.
7. Identificar los obstáculos y establecer soluciones para estos problemas que puedan surgir.
8. Prepararse para emociones como la frustración o la tensión dentro del proceso es una parte de la etapa (necesidad-estímulo-tensión-comportamiento-satisfacción de la necesidad).
9. Decidir las autorrecompensas o reforzadores por cada subobjetivo que vamos consiguiendo.
10. Centrarse en las experiencias que nos merecemos.
11. Volver a lo básico cuando algo nos eche atrás o volver pasos atrás y ver qué ha fallado para rehacer el camino que nos queda por delante.

Momento de pensar para dejar paso al de decidir y actuar.

Destiny. Desarrollar una manera de evaluar los resultados del proyecto expuesto

El que puede cambiar sus pensamientos puede cambiar su destino.

STEPHEN CRANE

Somos los dueños de nuestro destino, ya que éste se escribe en una hoja en blanco donde cada uno decidirá su propia historia. El destino no sólo dependerá del azar o de las circunstancias:

Tu voluntad es libre quiere decir: era libre, cuando eligió el desierto, es libre porque puede elegir el camino para atravesarlo, es libre porque puede escoger el modo de andar, pero no es libre, ya que tienes que ir a través del desierto, no es libre, ya que todo camino toca cada palmo de desierto de un modo laberíntico.

FRANZ KAFKA

El camino que decidamos tomar es una decisión personal y, por tanto, deberíamos dar una importancia crucial a la reflexión y consideración de nuestras prioridades, metas y sueños:

- ⇒ **Prioridades:** son las indicaciones del camino que seguiremos, considerando lo que es realmente importante para uno/a mismo/a (para aprender a decir que no a todo el resto). Tus prioridades pueden ser la familia, los amigos y las relaciones, el amor, el trabajo, la salud, el dinero, etc. Cada uno compondrá su propia acrópolis.
- ⇒ **Metas:** aspectos que quieres ver al final de cada camino que emprendes. Por tanto, implica, como si fuera nuestro GPS personal, señalar en qué punto estamos (A) y hacia dónde queremos ir (B). Para alcanzar una/s meta/s es necesario que siempre esté presente (por ejemplo, puedes hacer un diario o un *collage*) y que planifiques y decidas, qué refuerzo obtendrás cuando vayas logrando objetivos y te prepares para las barreras que irán surgiendo.
- ⇒ **Sueños:** estamos demasiado condicionados para soñar en pequeño, y a los que sueñan en grande los vemos como locos o ingenuos. *Si es bueno vivir, todavía es mejor soñar, y lo mejor de todo, despertar* (Antonio Machado), y pensemos además que *soñar es gratis, soñar es bueno y soñar puede ayudarte a definir tu camino (meta o prioridad)*.
- ⇒ **Destino:** sabemos que hemos llegado cuando nos sentimos de una o varias de las siguientes maneras: realizados o satisfechos, felices, con paz interior, calma y sosiego, preparados para cualquier cosa, más sabios y sin remordimientos o reproches.

Para evaluar el éxito de ese proyecto personal y el plan de acción establecido, podemos centrarnos en las siguientes variables: el tiempo, el coste, el esfuerzo, la calidad y la satisfacción, la organización, los cambios, los beneficios, los riesgos, los conflictos, la adaptación al ambiente, la adecuación con los propios valores y metas, las limitaciones y, por último, las consecuencias positivas. La propuesta presentada es un compendio de ideas, algunas enmarcadas en el *coaching* tipológico y otras, como la del uso de la indagación apreciativa, por iniciativa personal. Lo que se pretendía recoger en este capítulo es la amplitud que supone la perspectiva del *coaching* personal y las múltiples posibilidades que ofrece.

EJERCICIOS

Las herramientas que se utilizarán a lo largo del proceso van en función de las fases definidas del mismo.

TABLA 3.14

Tipo de técnicas según las diferentes fases del proceso de *coaching* tipológico (adaptado de Wolk, 2009)

FASES	TÉCNICAS
Primera. Apertura del proceso de <i>coaching</i>	Técnicas comunicativas. Técnicas relacionales.

Segunda. Exploración, comprensión e interpretación

Técnicas de exploración y concienciación.

Tercera. Expansión

Técnicas de motivación y cambio.
Técnicas de aprendizaje.

Cuarta. Cierre

Técnicas de evaluación.

A continuación se exponen las técnicas específicas para cada uno de los apartados citados:

⇒ *Técnicas comunicativas*: se basan en establecer una comunicación óptima entre *coach* y *coachee*. Partiendo de la importancia del diálogo como base de la metodología del *coaching*, en este punto se trata de hacer reflexionar. Por tanto, las primeras técnicas de uso en esta fase son *las interrogativas*. Para hacer pensar, lo mejor es preguntar —sin ánimo de recabar información, ni sugiriendo respuestas—. Las preguntas deben tener un formato de: ¿QUÉ+TÚ+verbo de acción? o bien, ¿CÓMO+TÚ+verbo de acción?; por ejemplo, *¿qué consideras tú lo más importante?* o *¿cómo crees tú que podrías cambiar la situación?* El contenido reflexivo puede versar sobre soluciones ideales, imaginar el futuro, tomar distancia del problema, reorientar el problema, plantear paradojas, etc. Siempre preguntas que conduzcan a la acción, a los objetivos y al futuro. En el mismo *diálogo*, deben incorporarse palabras de motor, por encima de las de freno (por ejemplo: «puedo, lo haré, soy capaz, es viable», en vez de «es muy difícil, no me veo capaz o soy un desastre») y tener en consideración *la comunicación no verbal*.

Hay una serie de *técnicas de comunicación indirecta* que pueden ser de gran utilidad en esta primera fase, como son:

- **Metáforas**: es una analogía o asociación entre elementos que comparten alguna similitud de significado, por tanto, dos cosas que pueden compararse. Es una técnica narrativa que puede facilitar una nueva comprensión de ese concepto.
- **Provocación**: se refiere a un acto para llamar la atención, transgresor, que la persona no espera y desencadena un proceso emocional y de mayor comprensión posterior.
- **Sentido del humor**: es una estrategia que consiste en presentar el lado cómico, risueño o ridículo de las cosas.

⇒ *Técnicas relacionales*: la *International Coach Federation* (ICF) define 11 habilidades con las que debe contar el *coach*, es decir, lo que debe aportar éste a la relación: a) adherirse al código deontológico y estándares profesionales; b) establecer el acuerdo de *coaching*; c) establecer confianza e intimidad con el cliente; d) estar presente en el *coaching*; e) escuchar activamente; f) realizar

preguntas potentes; g) comunicar directamente; h) crear consciencia; i) diseñar acciones; j) planificar y establecer metas y, por último, k) gestionar progreso y responsabilidad. Por técnicas relacionales entendemos las características propias de la relación *coach-coachee*; por tanto, fomentar las anteriores en el sí de la misma.

⇒ *Técnicas de exploración y concienciación*: son aquellas técnicas que tienen como objetivo darse cuenta de determinados aspectos de la situación actual, así como de las posibilidades que se abren en el futuro. Los ejercicios que se pueden llevar a cabo en esta fase son:

- *Análisis DAFO*: es una técnica que se utiliza en el ámbito empresarial y que invita a describir cuatro conceptos sobre nosotros mismos, como son las debilidades (D), amenazas (A), fortalezas (F) y oportunidades (O). El primer paso sería describir estos conceptos aplicados a uno/a mismo/a:
 - Fortalezas: son aquellas habilidades con las que contamos en el ámbito personal y profesional.
 - Debilidades: contemplaríamos aspectos negativos o limitaciones que nos gustaría mejorar.
 - Amenazas: las formarían las barreras que impiden una mejora de los anteriores conceptos o de seguir adelante con nuestros proyectos.
 - Oportunidades: aquellos aspectos que favorecen la consecución de objetivos y cambios.

Una vez analizado y presentado el DAFO se realiza lo que se denomina análisis estratégico, que incluiría a su vez un plan de mejora considerando destacar las fortalezas, defender y mejorar las debilidades, aprovechar las oportunidades y detener las amenazas.

- *Ventana de Johari*: es un método de autoconocimiento creado por Joseph Luft y Harry Ingham (1955) que parte de la idea de que las personas mantenemos cuatro cuadrantes, como son: área pública, área ciega, área oculta y área desconocida.

ÁREA PÚBLICA	ÁREA CIEGA
• Lo que yo sé de mí mismo/a. • Lo que los demás saben de mí mismo/a.	• Lo que yo no sé de mí mismo/a. • Lo que los demás sí saben de mí mismo/a.
ÁREA OCULTA	ÁREA DESCONOCIDA
• Lo que yo sé de mí mismo/a. • Lo que los demás no saben de mí mismo/a.	• Ni los demás, ni yo mismo/a conozco de mí.

Por tanto, el autoconocimiento sería el resultado de la interacción del conocimiento que mantenemos de nosotros mismos y el que nos ofrecen los otros. Los esfuerzos para aumentar nuestro autoconocimiento deberían centrarse en el segundo cuadrante, el del área ciega, ya que el primero y el tercero son unos conocimientos con los que ya contamos y el acceso al cuarto tiene una mayor complejidad, formado básicamente por el inconsciente.

El proceso de abrir la ventana de Johari sería el de pedir *feedback* a personas cercanas acerca de cómo nos ven.

- *Rueda de vida*: es un ejercicio para hacer un diagnóstico de las diferentes parcelas de nuestras vidas. Al final la vida no deja de ser una rueda en movimiento que debería tener circularidad para poder moverse. En este ejercicio se pide a la persona que señale de 0 al 10 el grado de satisfacción con las diferentes áreas de su vida.
- *Detección de talentos*: el *Instituto Gallup* propone un listado que supondría una aproximación breve del propio test. El ejercicio constaría de tres pasos, uno por cada tipo de talento (Hernández, 2015):
 1. Señalar del 1 al 5 los talentos evidentes, aquellos que estamos seguros que forman parte de nuestro repertorio, apuntándolo en la primera columna y considerando el 1 como poco desarrollado y el 5 como talento evidente.
 2. Seleccionar en la segunda columna los talentos señalados en la primera con un 1 o un 2 y pensar cuáles queremos promocionar marcándolos con una cruz. Éstos serían los talentos potenciales.
 3. Pedir a otra persona de nuestro entorno que señale en la tercera columna aquellos talentos que ve en nosotros y que no hayamos marcado en anteriores columnas, lo que serían talentos ocultos.

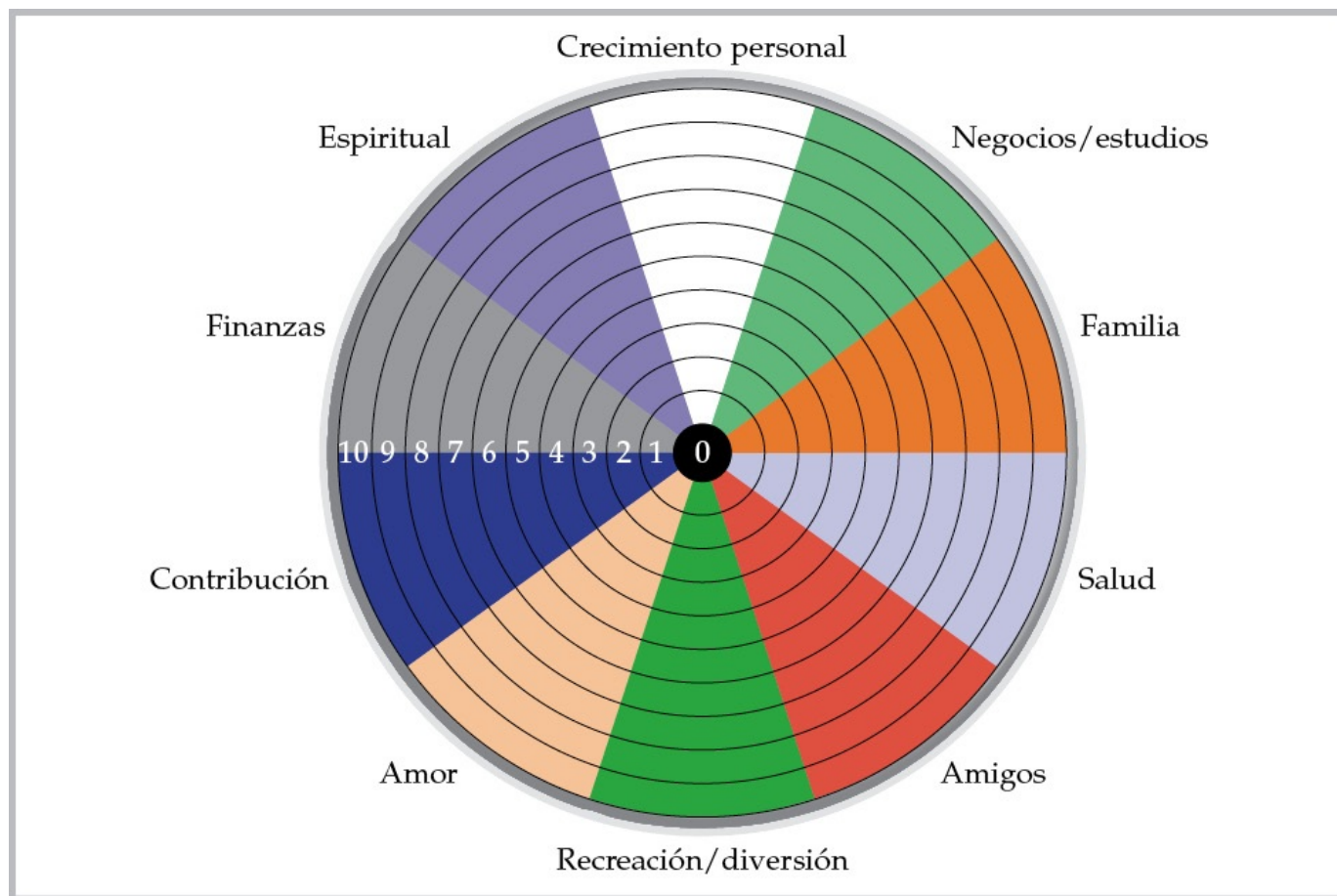


Figura 3.4. Rueda de la vida (extraído de la página web: <http://www.ilevelcoaching.com/2014/02/la-felicidad-no-es-el-objetivo/>, consultado el 28/09/15).

TABLA 3.15 (Descargar o imprimir)
Test de los talentos del Instituto Gallup (extraído de Hernández, 2015)

TALENTO	TIPOS DE TALENTOS		
	EVIDENTES (puntuar del 1, poco, al 5, máximo)	POTENCIALES (marcar con una X)	OCULTOS (marcar otros)
<i>Actitud positiva</i>			
<i>Adaptabilidad</i>			
<i>Alegría</i>			
<i>Altruismo</i>			
<i>Capacidad analítica</i>			
<i>Capacidad de aprendizaje</i>			
<i>Autocontrol</i>			

Capacidad comunicativa

Confianza en uno mismo

Coraje

Creatividad

Saber cuidar las relaciones

Descubrir potenciales en los otros

Empatía

Estrategia

Firmeza

Gestión de conflictos

Armonía

Iniciativa

Inspira confianza

Hospitalidad

Intelectualidad

Justicia

Liderazgo

Optimización

Organización

Paciencia

Perdonar fácilmente

Poder de convicción

Prudencia

Gusto por reparar las cosas

Responsabilidad

Saber escuchar

Sentimiento de unión

Sentido del humor

Simpatía

Talento artístico

Trabajo

⇒ *Técnicas de motivación y cambio:* en función de lo presentado, éstas son las técnicas cuyo objetivo básico será el de movilizarnos y hacernos avanzar hacia el cambio:

- Línea de vida: es una representación de los diferentes acontecimientos que han ocurrido en nuestras vidas y que nos han dejado huella, tanto positivos como negativos.

Así, se dibuja una línea con inicio en el año de nuestro nacimiento y se van situando los acontecimientos más destacables con un signo + o – que señale si se trata de positivo o negativo.

- Ejercicios de autoconocimiento: hay múltiples ejercicios de autoconocimiento, algunos expuestos anteriormente, aunque presentaremos otros complementarios:

— Regalos de herencia, un ejercicio que te invita a situar todas las habilidades que te han sido regaladas. Por tanto, piensa, por ejemplo, en:

- a) ¿Qué te han dejado tus abuelos?
- b) ¿Qué te queda de tus padres?
- c) ¿En qué te pareces a tus hermanos/as?

— Los cinco objetivos conseguidos, exponiendo aquellos aspectos que hayas conseguido en tu vida y te hagan sentir orgulloso/a de ti mismo/a.

— Lo que hace que me levante por la mañana, nos lleva a pensar en nuestras prioridades.

— ¿Qué querría ser de mayor?, propicia que pensemos cómo nos vemos en el futuro y si se corresponde a cómo nos vemos actualmente y, por tanto, un cálculo de distancias.

- Nuestra vida ideal: un primer ejercicio sería el de pensar en nuestra vida ideal, aunque no se parezca a la actual. Intenta pasar por encima de limitaciones, miedos y creencias. Simplemente, déjate llevar y contesta a lo siguiente:

a) ¿Dónde quieres vivir?

b) ¿Quién quieres ser?

c) ¿Con quién te gustaría pasar la mayor parte del tiempo?

- d) ¿Qué casa te gustaría tener?
- e) ¿Qué clase de trabajo quieres hacer?
- f) ¿Qué harías para divertirte?
- g) ¿Cómo sería un día normal y un día perfecto?

Otra fórmula es pensando «¿cómo te gustaría verte dentro de veinte años». Esto nos da información sobre aspectos que quisiéramos añadir o cambiar de nuestras vidas actuales.

- Plan de mejora personal: es la definición que realizaremos sobre aquellos aspectos que se quieren cambiar para propiciar una mejora generalizada en nuestras vidas.

Así, en primer lugar definiremos dos apartados:

1. Temas que deseo mejorar.
2. Dificultad que puedo encontrar.

A continuación se definirán:

3. Propuestas de cambio, para las que se puede utilizar la siguiente tabla.

Propuestas de cambio

TABLA 3.16 ([Descargar o imprimir](#))
Plan de mejora personal

FASES	TEMAS	PROPUESTAS O ACCIONES ESPECÍFICAS	GRADO DE DIFICULTAD	TEMPORALIZACIÓN
A corto plazo (días o semanas)				
A medio plazo (semanas o meses)				
A largo plazo (meses o años)				

- Lista Bucket (Horne, 2012): es aquella en la que incluiremos todos los objetivos, sueños y experiencias vitales que queremos hacer antes de morir. Se crea con el objetivo de dedicar el mayor tiempo posible a actividades que nos hagan fluir. Antes de empezar a crear la lista, es necesario pensar acerca de lo siguiente:

— ¿Qué pasaría si murieras mañana? ¿Qué hubieras deseado hacer?

- ¿Qué harías si tuvieras tiempo, dinero y recursos ilimitados para hacerlo?
- ¿Qué has deseado siempre y jamás hiciste?
- ¿Algún país o localización que no hayas visitado aún? ¿Qué querrías ver en persona?
- ¿Qué soñabas de niño/a?

Iniciar la acción

1. Planifica tu lista con todos aquellos viajes, acciones, experiencias y sueños que quieras cumplir.
2. Ponle plazo a estos sueños y ten la lista en mente. Además, ésta debe estar situada en algún lugar en el que podamos verla e ir revisándola.
3. Compártela con amigos y familia; así, ellos podrán ayudarte a cumplirla y animarse incluso con la suya propia.

Hacer una lista de las cosas pendientes por hacer es un buen modo de empezar a caminar por un nuevo sendero.

- El Elemento (Robinson, 2011): es el lugar donde convergen las cosas que nos gustan hacer y las cosas que se nos dan bien hacer, y se caracteriza por una noción diferentes del tiempo (en la que una hora puede parecer un minuto), una sensación de esfuerzo y reto unida a satisfacción, aumento de la energía creativa, un lugar en el que te encuentras y te sientes tú mismo/a, donde adquieres un alto compromiso y conectas con otras personas que tienen la misma pasión.
- Manifiesto por una vida plena: es una herramienta que podemos utilizar para motivar el cambio. Se escriben manifiestos en los que se cita todo aquello que haría de la nuestra una vida mejor. La idea es generar un listado de aspectos personales que nos harían sentir más satisfechos/as con nuestras vidas. Se puede buscar un modelo para ayudar a visualizarla.

⇒ *Técnicas para la creatividad*: son aquellas técnicas dedicadas a superar barreras y crear, construir y aprender:

- *Brainstorming*: es la técnica creativa por excelencia que nos ayudará a salir de aquellas ideas que solemos repetirnos o de visiones limitadoras. Para ello podemos ponernos frente a un papel en blanco y dejar ir cualquier idea que surja en relación al tema que queramos trabajar.
- Análisis morfológico: trata de seleccionar una idea —concepto o problema— y construir una matriz con diferentes variables de análisis e ir aplicando nuevas combinaciones. Por ejemplo, si seleccionamos un problema a la hora de mantener las parejas, una variable podría ser los meses que ha durado la

relación, y una nueva variable, el nivel de compromiso establecido por mí y el percibido en el otro.

- Crear sueños: se presentaba como una posibilidad a la hora de visualizar. En este caso se trata de ir más allá y materializar esta visualización, por ejemplo, en un listado de propósitos para el nuevo año o en un *collage* que incluya todo aquello que queremos para nuestra vida.

⇒ *Técnicas de aprendizaje*: será un proceso de aprendizaje y reaprendizaje, pero para ello debemos tener en cuenta que no todos aprendemos de la misma forma. Hay personas para las que los ejercicios escritos están contraindicados, pues presentan una dificultad imperiosa. En este sentido, para seguir por el camino de crecimiento vital que propone el *coaching*, debemos tener en cuenta nuestras formas de aprendizaje, ya que habrá personas más reflexivas, y, en cambio, otras con necesidad de experimentar directamente. El *modelo de Kolb* (Kolb, 1984) es una herramienta que puede facilitar este proceso de conocimiento de formas de aprendizaje, a evaluarlo con el objetivo de crear estrategias adecuadas a persona y fin.

⇒ *Técnicas de evaluación*: se refiere a poder evaluar el progreso del proceso y el plan de intervención. Según el *modelo de niveles de Kilpatrick* (Kilpatrick, 1987), para evaluar el progreso se deben tener en cuenta cuatro niveles:

- *Nivel 1: reacción y satisfacción*. Lo que se evaluará en este punto es la conciencia de necesidad de cambio y aprendizaje y la satisfacción que se deriva del proceso.
- *Nivel 2: aprendizaje*. Incluirá todo aquello que vaya integrando y asumiendo la persona.
- *Nivel 3: transferencia del aprendizaje*. La capacidad de la persona de trasladar y materializar estos aprendizajes.
- *Nivel 4: resultados*. Se evaluarán los objetivos marcados y conseguidos a lo largo del proceso.

Las técnicas básicas que se utilizan en este punto son *el contrato formal* con la persona en el que se exponen todas las características del proceso. Se definirá *el plan de acción* que debe recoger los objetivos, las acciones, el plazo y los indicadores que se irán recogiendo para el seguimiento y la evaluación posterior. Por último, se realizará una *evaluación final de resultados* para ser conscientes de la realidad del proceso.

Éstas son algunas de las técnicas que se utilizan en el *coaching* tipológico, aunque no las únicas. La idea básica es crear una estructura de proceso que pueda acompañar a la

persona en su camino hacia la satisfacción personal.

Ámbitos de aplicación

El *coaching* personal o vital debe diferenciarse de un proceso terapéutico en tanto que no se centra en limitaciones o enfermedad. Éste se centrará en el desarrollo de habilidades y promoción de recursos personales.

Para ampliar la información

Para consultar las teorías de la motivación

- Engel, P. y Riedmann, W. (1987). *Casos sobre motivación y dirección de personal*. Bilbao: Deusto.
- Fernández-Abascal, E. G. (1997). *Psicología general. Motivación y emoción*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Grensing, L. (1989). *Motivar sin dinero: más fácil de lo que parece*. Barcelona: Plaza y Janes.
- Herzberg, F., Mausner, B. y Snyderman, B. (1967). *The motivation to work*. Nueva York: John Wiley.
- Leidecker, J. K. y Hall, J. J. (1989). *Motivación: buena teoría, pobre aplicación*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Locke, E. A. (1969). Purpose Without Consciousness: A Contradiction. *Psychological Reports*, 21, 991-1009.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivación y personalidad*. Medellín: Sagitario.
- McClellan, D. C. (1989). *Estudio de la motivación humana*. Madrid: Narcea.
- McGregor, D. (1966). *The human side of Enterprise*. Cambridge: MIT Press.
- Palmero, F., Fernández-Abascal, E. G., Martínez, F. y Chóliz, M. (2002). *Psicología de la motivación y la emoción*. Madrid: McGraw-Hill.
- Petri, H. L. y Govern, J. M. (2006). *Motivación. Teoría, investigación y aplicaciones*. México: Thomson.
- Pinder, C. C. (1985). *Beliefs, expected values, and volunteer work behavior*. Canadá: Larry F More Vancouver Volunteer Centre.
- Pink, D. (2010). *La sorprendente verdad sobre qué nos motiva*. Madrid: Gestión.
- Porter, L. W. y Lawler, E. E. (1968). *Managerial Attitudes and Performance*. Homewood: Richard D. Irwin.
- Reeve, J. (2002). *Motivación y emoción*, 3.a ed. México: McGraw-Hill.
- Vroom, V. (1964). *Work and Motivation*. Nueva York: John Wiley and Sons.

Para profundizar en el *coaching* y las técnicas presentadas

- Beck, J. (2012). 10 techniques to increase motivación and willpower. *HuffPost Healthy Living*, http://www.huffingtonpost.com/judith-s-beckphd/cognitive-behavior-therapy_b_1199790.html (consultado el 13/02/2014).
- Cajina, G. (2013). *Rompe con tu zona de confort*. Madrid: Onirio.
- Hernández, J. L. (2015). *Cuestionario 34 talentos Gallup*. En <http://josemiguelhernandez.es/wp-content/uploads/2014/04/Test-34-talentos-Inst-Gallup.pdf> (consultado el 21/02/2016).
- Horne, R. (2012). *101 cosas que hacer antes de morir*. Madrid: Aguilar.
- Kirkpatrick, D. L. (1987). Evaluation. En R. L. Graig, (ed.), *Training and development handbook*, 3.a ed. Nueva York: McGraw-Hill.
- Luft, J. e Ingham, H. (1955). *The Johari window, a graphic model of interpersonal awareness. Proceedings of the western training laboratory in group development*. Los Ángeles: University of California, Los Angeles.
- Mumford, J. y Díez, A. (2010). *Coaching para dummies*. Madrid: Planeta.
- Obiols, M. y Fiol, A. (2013). *Coaching para todos*. Barcelona: Plataforma.
- Orozco, M. (2013). *Búscate la vida. Coaching y cuadro de mando personal*. Barcelona: Amat.
- Pughe-Parry, D. (2015). *What is coaching?* En: <http://www.livingaddventure.com/resources> (consultado el 26/09/15).
- Rath, T. (2007). *Strenghts finder 2.0. From Gallup*. Gallup Press.
- Robinson, K. (2011). *El elemento*. Madrid: DeBolsillo.
- Subirana, M. (2015). *Floreceer juntos. Guía del coaching apreciativo*. Barcelona: Kairós.
- Subirana, M. y Cooperrider, D. (2013). *Indagación apreciativa*. Barcelona: Kairós.
- Valderrama, B. (2015). *Fundamentos psicológicos del coaching*. Madrid: EOS.
- Wolk, L. (2009). *Coaching. El arte de soplar brasas*. Argentina: Gran Aldea.

Para ampliar la formación necesaria y obtener la certificación de *coaching* personal

International Coach Federation España. ICF ESPAÑA

Génova 7, 3.a pl., izda.

28004 Madrid

Tels. 91 102 28 88–91 702 06 06

E-mail: info@icf-es.com

Web: www.icf-es.com/mwsicf/

ASESCO. Asociación Española de Coaching

Mandri, 15, 3.o 1.a

08022 Barcelona

Tel: 670 20 79 52

E-mail: info@asescoaching.org

Web: www.asescoaching.org/

MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO DE HÁBITOS

Definición

La motivación para el cambio de hábitos es aquel que se centra en el aprendizaje de conductas saludables y el desaprendizaje —es decir, dejar atrás—, conductas poco saludables.

Objetivos

El objetivo principal de este tipo de intervención es el propio cambio de hábitos frente a conductas que interrumpen nuestro crecimiento personal. Los objetivos específicos de las técnicas para el cambio de hábitos serán:

- ⇒ Facilitar la conciencia de la necesidad de un cambio de hábito.
- ⇒ Conciencia de los mecanismos de funcionamiento de ciertas conductas que se convierten en hábito, en adicción, como la gratificación a corto plazo, el daño a largo plazo y la tendencia a las recaídas.
- ⇒ Propiciar una atmósfera de cambio a partir de unas condiciones básicas del terapeuta y de la motivación de la persona.
- ⇒ Acompañar en el proceso de cambio mediante una intervención no directiva para que éste se perciba como autoinducido.
- ⇒ Realizar el seguimiento y mantenimiento de este proceso de cambio.

Las premisas

Cambiar de hábitos es una difícil tarea. Nos es fácil ver desde fuera la idoneidad de un cambio e incluso ver los mecanismos que serían necesarios para el mismo, pero realizarlo es, en ocasiones, una montaña por escalar, una tarea de ascenso sin fin.

Las conductas de las que hablamos son aquellas que se repiten en el tiempo —de ahí que hablemos de hábitos— y perjudiciales para la persona. Estas conductas pueden suponer dos tipos de estrategias:

- a) Que la persona aprenda nuevas conductas saludables (como los hábitos de alimentación

saludables).

- b) El desaprendizaje de conductas perjudiciales *per se* (por ejemplo, las adictivas químicas o sociales).

Las conductas saludables son básicamente los hábitos alimentarios, el ejercicio físico, la higiene, el equilibrio mental y la actividad social, entre otras —siendo más de cuarenta las variables que componen el constructo de calidad de vida—.

Las conductas perjudiciales son aquellas que aunque puedan producir efectos positivos a corto plazo, los generarán perjudiciales a largo plazo. Se incluyen la adicción a sustancias, adicciones sociales u otras conductas que puedan tener este efecto en nuestra realidad, como serían las de agresividad o ira.

No es fácil el cambio de hábitos, pues implica diversas variables a modificar.

La *Teoría de la Conducta Planificada* (TCP) relaciona tres conceptos claves que influyen en la conducta humana: las actitudes, las normas —subjetivas o morales y descriptivas— y el control. En la figura 3.5, Ajzen (2006) muestra un diagrama que representa la TCP.

La hipótesis central de la TCP es que la conducta saludable de las personas se puede explicar a partir de una serie de factores individuales que tienen un papel importante en su predicción y en la explicación de la conducta humana (Ajzen, 1988; Campbell, 1963; Sherman y Fazio, 1983). Asimismo, sostiene que la conducta del sujeto puede ser pronosticada a partir de la intención conductual y de la percepción que el propio sujeto tiene sobre su capacidad de controlar su conducta (control conductual percibido). Por su parte, la intención conductual depende directamente del control conductual percibido, de las actitudes del sujeto y de la norma subjetiva (la norma subjetiva es la presión social que el sujeto percibe a favor o en contra de dicha conducta). Por tanto, los factores que conforman la TCP serían las actitudes, la norma subjetiva y el control conductual percibido en la predicción de la intención, que pueden variar en función de variables tales como las situaciones o conductas que se estudien o en función de la población estudiada (Ajzen y Driver, 1992). La intención, la norma subjetiva y el control percibido han mostrado predictibilidad en estudios sobre diferentes conductas saludables (Madden, Ellen y Ajzen, 1992). Sin embargo, otros autores creen que sería conveniente incluir otros factores, como, por ejemplo, la percepción de similitud con el prototipo o modelo escogido, la norma descriptiva, el remordimiento anticipado, la norma moral, la conducta previa o la experiencia emocional.

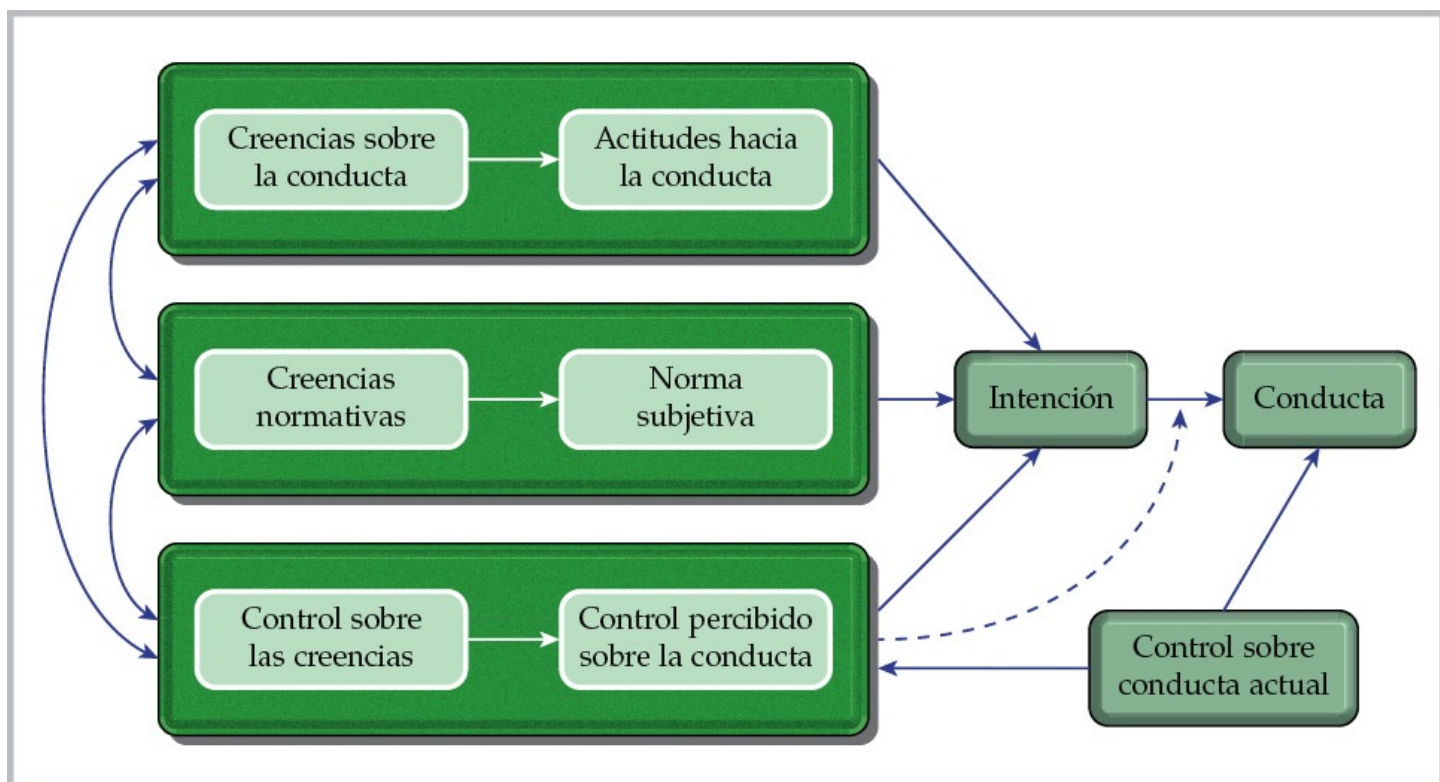


Figura 3.5. La teoría de de conducta planificada (Ajzen, 1985, 1987).

Descripción técnica

El cambio de hábitos supone una complejidad, un proceso, y para ello son diferentes las técnicas a implementar según el momento en el que se encuentre la persona. En este sentido, las fases del cambio (Prochaska y Diclemente, 1982, 1983) ofrecen una oportunidad de organizar tan difícil tarea terapéutica. A continuación se presentan estas fases y su caracterización, junto con las técnicas a utilizar en cada una de ellas.

TABLA 3.17

Qué y cuáles son los objetivos y las tareas de tratamiento en las diferentes etapas de cambio (adaptado de Prochaska y Diclemente, 1982, 1983)

PRECONTEMPLACIÓN	CONTEMPLACIÓN	PREPARACIÓN	ACCIÓN	MANTENIMIENTO DEL CAMBIO Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS
La persona no tiene conciencia del problema. No se plantea modificar su conducta. Los aspectos gratificantes de la conducta son superiores a los	La persona es consciente de que existe un problema y considera seriamente abandonar la	Toma la decisión y se compromete a emprender el cambio.	La persona se implica en las acciones que llevan al cambio, pero no es del todo	Se da un cambio mantenido en la conducta en favor de una nueva conducta. La recaída ocurre cuando

Descripción	desagradables.	conducta, pero no ha desarrollado un compromiso firme de acción o cambio.	consciente de los esfuerzos que requerirá mantener el cambio a lo largo del tiempo.	fallan las estrategias de estabilización y mantenimiento. Pueden aparecer sentimientos de fracaso, desesperanza y culpa.
Objetivos	Facilitar un aumento de la concienciación. Promover una (auto) evaluación personal (de la conducta) y ambiental.		Encaminar hacia medidas de (auto) liberación de la conducta problemática.	Ayudar en el manejo de contingencias ambientales. Facilitar una relación de confianza. Promover un contracondicionamiento de una nueva conducta. Enseñar el control de
Técnicas	Generar dudas a favor de la interrupción de la conducta. Brindar información sobre las ventajas inmediatas del abandono de la conducta. Incrementar la percepción del riesgo. Fortalecer su actitud y capacidad de cambio.	Inclinar la balanza (riesgos de no cambiar). Fortalecer la autoeficacia. Persuasión. Biblioterapia (ofrecer apoyo y material de ayuda). «Ayudar a pensar». Práctica de buena capacidad de escucha. Ayudar a desarrollar habilidades para un cambio de conducta. Juego de roles.	Separar los hechos de los sentimientos. Técnicas de percepción de habilidades: hacerle notar las capacidades y habilidades que posee para tratar y prevenir el consumo. Técnicas de autocontrol. Técnicas para el realce de propósitos y autoinstrucciones.	Entrenar al paciente ante situaciones de alto riesgo. Técnicas de autocontrol. Entrenar al cliente en la recaída. Alianza terapéutica. Grupos de autoayuda. Relajación. Desensibilización sistemática. Asertividad.

Las técnicas que se describirán para promover cambios de hábitos en las personas serán dos: la entrevista motivacional y las técnicas de autocontrol.

Entrevista motivacional (Rollnick y Miller, 1999)

La entrevista motivacional es una intervención breve indicada para provocar el cambio autoinducido, es decir, promover la motivación del usuario animándole a explorar las razones y valores propios que puedan provocar cambios en su conducta.

Pensemos que la mayoría de personas consigue estos cambios por sí mismas, por tanto, hay que tener en cuenta que una persona no cambia si no quiere y que aun teniendo este convencimiento, no sabe por dónde empezar, como conseguirlo y/o como mantenerlo. De hecho, la primera idea es que el cambio lo debe producir la persona, en primer lugar, a base de motivación y, en segundo, de insistencia.

El máximo obstáculo que se encuentra frente al cambio es la ambivalencia («quiero pero no puedo», «quiero y puedo dejarlo cuando quiera»), es decir, aquel proceso de autoconvencimiento de que no es tal el problema o que puedo controlarlo. Por tanto, la segunda idea a instaurar será la del cambio necesario (desapegarse de la conducta) y la de la ayuda necesaria. Frente a la ambivalencia recomiendan señalizarla, no caer en la trampa de la confrontación y/o la negación y, por tanto, básicamente mantener unas ideas claras frente a la conducta problema y disponibilidad para acompañar en el cambio.

Los *cinco principios generales* en los que se basa esta intervención son (Miller, 1983):

- ⇒ **Expresar empatía**, a través de la aceptación sin juicio —la cual promueve el acercamiento y el cambio—, la escucha reflexiva adecuada y la comprensión del tipo de conductas y las características de la misma.
- ⇒ **Crear la discrepancia**, lo que supone la toma de conciencia de las consecuencias, la distancia entre la situación actual y los objetivos futuros (más importantes) y crear el espacio para que la persona genere sus propias razones para el cambio.
- ⇒ **Evitar la discusión**, puesto que ésta es altamente contraproducente y simplemente alimenta la ambivalencia. Frente a las resistencias que irán apareciendo, promover cambios de estrategias y alternativas y no usar etiquetas.
- ⇒ **Darle un giro a la resistencia**, lo que supondrá reflexionar acerca del mayor beneficio posible, el cambio en las percepciones acerca de la conducta y del cambio posible (y necesario) y la creación de otras soluciones.
- ⇒ **Fomentar la autoeficacia**, estableciendo la creencia en la posibilidad de cambiar, asumir las propias responsabilidades y mantener el grado de esperanza.

Cada uno de estos principios se establecerá como fases del tratamiento, siendo éstas la construcción de la motivación para el cambio (fase 1) y el fortalecimiento del compromiso para el cambio (fase 2), las cuales generarán una serie de técnicas específicas a aplicar.

Técnicas de autocontrol (Kanfer, 1970, 1977)

El autocontrol se refiere a la capacidad que tenemos los sujetos de contener nuestra conducta, es decir, de tomar la decisión de parar o de iniciar la conducta, de no volverla a realizar o de repetirla.

El objetivo final de los programas de autocontrol es que la persona asuma progresiva y gradualmente su responsabilidad en el proceso de cambio y cree las estrategias necesarias para la contención de las conductas, manteniendo así el cambio conseguido.

F. H. Kanfer (1970, 1977) destaca que la importancia de *los programas de autocontrol* radica en los siguientes puntos (adaptado de Díaz, Comeche y Vallejo, 1993):

- ⇒ La existencia de muchas conductas que sólo resultan accesibles al propio sujeto.

- ⇒ Las conductas problemáticas suelen estar relacionadas con respuestas y pensamientos que no se observan de forma directa.
- ⇒ Los cambios se establecen como meta, pero se perciben como un punto lejano y casi inasumible en el futuro.
- ⇒ La intervención debe centrarse no sólo en la conducta o hábito presente, sino también en estrategias futuras.

Como en el caso de la técnica anterior, trata de superar las gratificaciones a corto plazo que nos producen este tipo de conductas, lo que se denomina *conflicto de preferencias temporales* —preferimos gratificación a corto plazo que a largo plazo, aun siendo conscientes de lo que ésta puede perjudicarnos—.

EJERCICIOS

Las técnicas que se proponen desde la entrevista motivacional, en una primera sesión, son (Rollnick y Miller, 1999): a) *No caer en la trampa de preguntas-respuestas.*

- b) *No confrontar ni negar la información que da la persona.*
- c) *No mantener la actitud de experto.*
- d) *No etiquetar.*
- e) *No poner énfasis en aspectos para los que la persona puede no estar preparada o en la culpa.*

Por tanto, centrar la sesión en la explicación del rol del profesional y los objetivos, de lo que se espera de la persona (rol del paciente) y de los aspectos que se tratarán.

Las cinco primeras estrategias que seguirán a esta primera sesión, aún en la primera fase de construcción de la motivación, serán (adaptado de Rollnick y Miller, 1999):

1. *Realizar preguntas abiertas*, como las que se presentarán a continuación, con la idea de ir tomando conciencia de los diferentes aspectos de interés para promover la motivación hacia el cambio:
 - ¿Cómo puedo ayudarle? ¿Qué percibe usted como problema en su vida? ¿Qué cosas le hacen pensar que tiene un problema? (percepción de conducta problema).
 - ¿De qué forma puede cambiar su vida? (percepción del posible cambio de conducta).
 - ¿Qué cosas buenas tiene su estilo de vida actual? (conducta positiva actual). ¿Qué cosas no tan buenas o negativas tiene su estilo de vida actual? (conducta negativa actual).

- ¿Qué soluciones trató de realizar en el pasado? (soluciones intentadas).
- ¿Cuál es su próximo paso hacia el cambio? (compromiso).
- ¿Cuáles son los problemas que ha tenido debido a su problema? (conductas subyacentes a la conducta problemática).
- ¿Cuáles son las cosas que preocupan a su familia o sus amigos de su estilo de vida? (posición del entorno respecto al problema).
- ¿Cuáles serían los siguientes pasos si decidiera hacer este cambio? Si decide hacer este cambio, ¿qué haría para tener éxito? (definición de los pasos para la solución).
- ¿Por qué quiere hacer este cambio? (intención o motivación para el cambio).
- ¿Cuáles son las cosas positivas de quedarse en la situación actual? ¿Cuáles son las cosas no tan buenas de quedarse en la situación actual? (valoración de pros y contras de la conducta problema).
- ¿Qué cree que le ha llevado hasta esta situación personal? ¿Alguien más en su familia ha tenido este problema o lo tuvo usted con anterioridad? (origen de la conducta problema).
- ¿Qué le lleva a pensar que podría cambiar si lo desea? (percepción de control sobre la conducta).
- ¿Cuáles serían las ventajas de llevar a cabo un cambio? (beneficios sobre el cambio).
- ¿Qué quiere hacer? ¿Cuáles son las razones para este cambio que propone? ¿Cómo piensa conseguir los objetivos que propone? ¿Cómo y cuándo llevará a cabo estas acciones por el cambio? ¿Pedirá ayuda a alguien? ¿A quién? ¿Cómo? (intención y planificación del cambio).
- ¿Qué es lo que cree que debe cambiar? ¿Los cambios que quiere hacer son? ¿Qué tareas hará para llevar a cabo estos cambios? ¿Qué espera como resultado del cambio? ¿Qué puede salir mal del cambio propuesto? ¿Qué hará si el plan no funciona? (propuestas de cambio).

2. *La escucha reflexiva* de la que se hablaba anteriormente. Thomas Coordon (1970) señala que para ello son contraproducentes las siguientes pautas, como son ordenar o dirigir, alertar o amenazar, dar consejos o sugerir soluciones, persuadir, discutir, moralizar, criticar, juzgar, culpabilizar, rogar, aprobar, etiquetar, interpretar, simpatizar, consolar, cuestionar, distraerse, hacer broma o cambiar de tema. En este punto simplemente escuchar...
3. *Afirmar*, lo que supondrá apoyar y reforzar los progresos.
4. *Resumir y actuar como recordatorio* de lo anterior u otra información que pueda ser útil al proceso.
5. *Provocar afirmaciones automotivadoras y evocadoras*, de reconocimiento del problema, de preocupación, de intención de cambio u optimismo.

Por tanto, una intervención claramente comunicativa. Los autores recomiendan el uso de *la metáfora de la balanza o del columpio* (Janis y Mann, 1977), que plantea la necesidad de analizar los beneficios y costes del cambio y del no cambio para ver hacia qué lado se decanta la balanza. Por tanto, una técnica de balance decisional.

En relación a la segunda fase, la de *fortalecimiento del compromiso*, hay que considerar los imprevistos a partir de la sobreprescripción (prescribir diferentes opciones para observar los resultados que se obtienen), la recapitulación (acerca de conductas-resultados, informaciones y progresos), las preguntas claves (evocadoras y provocadoras) y la negociación de plan y compromiso. Se realizará un contrato terapéutico en el que se señalarán los objetivos y el plan de acción a seguir, así como el compromiso de la persona a implicarse activamente en el proceso —pues es su responsabilidad y motivación, así como el cambio, lo que está en juego—.

Los pasos a seguir a partir de las técnicas de autocontrol, siguiendo la analogía de aprender a conducir y lo que esto supone, serían (adaptado de Díaz, Comeche y Vallejo, 1993):

Paso 1. Para facilitar el cambio: momento en que la persona necesitará estar convencida y desear que el cambio se materialice.

- a) Autoobservación: debemos identificar las situaciones problemáticas y fijarnos en cuándo ocurren. «¿Qué tipo de coche tengo, qué velocidades coge, como van de finas las marchas, si tiene un buen reprise, hasta cuánto lo puedo apurar...».
- b) Contratos conductuales: debemos llegar a un compromiso (se puede establecer entre la persona y el/la psicólogo/a o con uno/a mismo/a). Se dará en forma de contrato terapéutico verbal o escrito. «Sería el momento de recordar que cuando nos sacamos el carné de conducir nos comprometimos a respetar la normativa de circulación».
- c) Programación de tareas: tareas concretas que se van a llevar a cabo. «La revisión y la puesta a punto de nuestro coche».

Paso 2. Planificación ambiental: ésta supone adaptar nuestro contexto, cambiando los estímulos que puedan suponer una tentación o resultar perjudiciales:

- a) Eliminar estímulos, aquellos que puedan suponer un problema, como, por ejemplo, no entrar en lugares donde podemos caer en la tentación. Se trata de evitar y eliminar todo lo que nos pueda hacer volver a la conducta. «Si no puedo conducir a 300km/h, no quiero un coche que pueda llegar a esas velocidades. No voy a ir por las carreteras abandonadas, que puedan producir la tentación de acelerar demasiado mi coche».
- b) Cambio del medio social, lo que supone dejar atrás aquellas relaciones o

situaciones que puedan ser un problema. Supone cambiar de vida para que ésta esté a la altura de deseos y objetivos. «No voy a quedar con los amigos con los que hacía carreras de coches; no voy a ir a Alemania para poder conducir sin límite de velocidad. Voy a hacer lo que le conviene a mi coche para poder conducirlo durante muchos años».

- c) Modificación de las condiciones físicas o fisiológicas explica que actuemos sobre nuestro organismo para facilitar el cambio, por ejemplo, ir a comprar habiendo comido para evitar comprar ciertos alimentos tentadores. «Facilitar que nuestro coche mantenga los niveles de líquido adecuados».

Paso 3. Programación conductual: se trata de programar las consecuencias de nuestras acciones futuras para potenciar el cambio:

- a) Autorrefuerzo: lo que serían las *bonificaciones del seguro por buen conductor*. Pactaremos los reforzadores que conseguiremos tras los retos conseguidos.
- b) Autocastigo, lo que serían *las multas o la retirada de puntos*, es decir, los castigos que implementaremos en el caso de fracasar en alguno de los puntos.

Podemos ayudarnos también con autoinstrucciones o establecimiento —y, por tanto, aprendizaje— de conductas alternativas.

Ante una situación de duda, de nerviosismo, de tentación o posible recaída, debemos recordar pensamientos y acciones que nos sirvan para volver a nuestros objetivos.

Ámbitos de aplicación

Las técnicas para el cambio de hábito deben aplicarse sobre conductas que son o pueden ser problemáticas para nosotros a medio y largo plazos (o que ya lo son en la actualidad). Esas conductas que deben cambiar, por tanto, habitualmente, se han utilizado en conductas adictivas, tanto químicas como sociales.

Para ampliar la formación

Para entender la teoría de conducta planificada (TCP) se puede consultar la siguiente bibliografía:

- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Conner, M., Sheeran, P., Norman, P. y Armitage, C. J. (2000). Temporal stability as a moderator of relationships in the theory of planned behaviour. *British Journal of Social Psychology*, 39, 469-493.

- Pieters, R. J. y Verplaken, B. (1995). Intention- behavior consistency: Effects of consideration set size, involvement and need for cognition. *European Journal of social psychology*, 531-543.
- Schifter, D. y Ajzen, I. (1985). Intention, perceived control, and weight loss: An application of the theory of planned behavior. *Journal of Personality and Social Behavior*, 49, 843-851.
- Sheeran, P. (2002). Intention-behavior relations: A conceptual and empirical review. En W. Stroebe y M. Hewstone (eds.), *European review of social psychology*, vol. 12 (pp. 1-36). Chichester, UK: Wiley.
- Smith, B. y Stasson, M. (2000). A comparison of health behavior constructs: Social psychological predictors of AIDS-preventive behavioral intentions. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 443-462.

Para ampliar la información

- Bosch, J. M., Cebriá, J., Massons, J. y Casals, R. (1994). *Estrategias para modificar actitudes en el marco de la entrevista clínica. La motivación para el cambio*. Madrid: Libro de ponencias del XIV Congreso Nacional de la SEMFYC, 285-294.
- Cebriá, J. y Bosch, J. M. (1999). Querer y no querer. El dilema de la ambivalencia. *FMC*, 6, 393-395.
- Davidson, R. (1994). Can psychology make sense of change? En G. Edwards, M. Lader (eds.), *Addiction: Processes of Change*. Society for the Study of Addiction Monograph, n.o 3. Nueva York: Oxford University Press, 51-78.
- Díaz, M. I., Comeche, M. I. y Vallejo, M. A. (1993). Técnicas de autocontrol. En F. Labrador, *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Kanfer, F. H. (1970). Self-regulation: Research, issues and speculation. En C. Neuringer y J. L. Michael (comps.), *Behaviour modification in clinical psychology*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Kanfer, F. H. (1977). Self-regulation and self-control. En H. Zeir (ed.), *The psychology of the 20th century*. Zurich: Kindler Verlag.
- López, E., Fuentes-Pila, J. M., Calatayud, P. y Marset, M. (2003). La entrevista motivacional. Llave del proceso de cambio. *Comunicación. Prev Tab.*, 5, 73.
- Mayor, J. y Labrador, P. (1984). *Manual de técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (coords.) (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Miller, W. R., Leckman, A. L., Delaney, H. D. y Tinckcom, M. (1992). Long-term follow-up of behavioural self-control training. *J Stud Alcohol*, 55, 249-261.
- Prochaska, J. O. y Diclemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative modelo of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practique*, 19, 276-278.
- Prochaska, J. O. y Diclemente, C. (1983). Stages and procesos of self-change of smoking: Toward and integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.*, 51, 390-395.

Rimm, D. y Master, J. (1982). *Terapia de la conducta*. México: Trillas.

NOTAS

[41](#) Goleman, D. (1995). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.

[52](#) Greenberg, L. y Paivio, S. (1999). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

4. TÉCNICAS DE MEJORA CONDUCTUAL Y NEUROCIENTÍFICAS

En este capítulo se aborda en primer lugar una técnica para mejorar nuestras conductas. La escuela conductual ya propuso en su momento que el cambio vendrá de la capacidad para manejar nuestras conductas, aumentando las positivas —nuestras fortalezas— y disminuyendo aquellas que nos perjudican —nuestras debilidades—. En este sentido, se centran en dos conceptos básicos, la conducta objetiva y nuestro proceso de aprendizaje. Desde este modelo se realiza un estudio pormenorizado de estas conductas. Posteriormente, se definirán las terapias de tercera generación, éstas serían las de primera y segunda generación.

Las *terapias de primera generación* son las terapias de conducta de análisis funcional y aplicación de contingencias, es decir, aquellas que entienden que se debe describir pormenorizadamente la conducta, así como las variables asociadas a ésta, para aplicar refuerzos y castigos según convenga aumentar o disminuir la conducta descrita.

Las *terapias de segunda generación* son aquellas que consideran la cognición como una variable que media entre los estímulos que nos presenta el ambiente y las conductas que realizamos como respuesta a éstos. Serán terapias que analizarán el pensamiento y de qué manera éste influye en nuestro organismo y conductas. Así se crearon las terapias cognitivo-conductuales, relacionando estas variables. Como las anteriores, descritas y de comprobada eficacia.

Ambas amplían sus aportaciones, de ahí que se hayan incluido varias propuestas conductuales y cognitivas.

La *técnica centrada en la solución de problemas* (TCS) centra su foco de atención en el paso siguiente, que es el resultado de nuestras conductas. Es decir, es un paso más allá de lo planteado desde modelos conductuales (E-R). La idea de la que parten es que en realidad lo que interesa a la persona son los resultados, los cambios, las mejoras..., de ahí el cambio del problema (conducta objetivable y aprendida) hacia la solución (resultado). En este sentido, si encontramos el resultado o solución óptima, se producirá automáticamente una mejora conductual.

Sigmund Freud ya indicó en su momento que mientras esperábamos a conocer el cerebro en su totalidad, lo único que podíamos hacer frente a los fenómenos psicológicos eran suposiciones. Desde las escuelas de pensamiento cognitivo-conductual nos invitan a objetivar cada vez más la información con la que contamos de nuestro mundo intrapsíquico.

Las *neurociencias* estudian los posibles correlatos biológicos entre nuestro cerebro y los procesos cognitivos-conductuales-emocionales que éste produce. Existe cada vez un mayor conocimiento acerca del cerebro en su máxima complejidad, así como aportaciones que intentan explicar estas relaciones. En relación a este campo de conocimiento se recoge una propuesta específica educativa (*neuropsicoeducación*) y otra de tratamiento (*mindsight*).

TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES (TCS)

Como terapeutas, tenemos un deber muy claro. Primero, conseguir claridad en nosotros mismos; y buscar luego cualquier señal de claridad en los demás y apoyarles y reforzarles en todo lo que haya de sano en ellos.

GREGORY BATESON, 1972

Definición

La *terapia centrada en la solución de problemas (TCS)* es aquella intervención cuyo foco de atención son las soluciones, más allá de los propios problemas. Así, se basa en el estudio de las soluciones que se han utilizado hasta el momento frente a una determinada problemática, para acabar en probar nuevas soluciones y, por tanto, obtener resultados novedosos.

Así, se define como *el arte de hallar soluciones a problemas irresolubles mediante una lógica ordinaria, utilizando recursos que van en contra del sentido común y que ofrecen posibilidades antes inaccesibles porque estaban encerradas en rígidos esquemas* (Nardone, 2010).

La TCS afirma que *no hay que saber mucho sobre la naturaleza de los problemas para resolverlos, que los clientes realmente quieren cambiar, y que tienen recursos propios para hacerlo* (de Shazer, 1999).

Objetivos

Los objetivos de esta terapia son buscar una nueva solución para un problema que se tiene y/o se repite. La idea es utilizar el pensamiento racional, lógico y analítico en la resolución de problemas: definiendo metas terapéuticas explícitas, estudiando intentos de solución anteriores, buscando información sobre excepciones —aquellos momentos en los que el problema debería aparecer pero no lo hace—, buscando soluciones alternativas y aplicando soluciones nuevas.

Las premisas

Todos los problemas tienen una solución, esa es la primera premisa de este enfoque, aunque muchas veces nos centramos en aplicar la misma solución a un problema, siguiendo el refrán: «el hombre es el único animal que tropieza dos veces con la misma piedra». Y no nos damos cuenta de que a igual solución, igual resultado, y, por tanto, probablemente mantengamos el problema, ya que éste suele volver a aparecer. Al terapeuta de TCS no le interesa el problema, no hará un diagnóstico, directamente se centrará en las soluciones.

Si se pregunta a un grupo de personas la solución a un determinado problema, seguramente

tendremos *tantas soluciones como personas*, lo cual denota la variabilidad que existe en forma de respuesta. Y en ocasiones puede que éstas no sean del todo ortodoxas, formales e incluso, en ocasiones, no tienen que ver con el problema de forma directa. Por tanto, personas con un problema similar pueden plantear diferentes soluciones, de ahí que el interés no sea el problema, sino la solución.

El énfasis se pone en identificar lo que funciona a fin de identificar y amplificar estas secuencias de solución (De Shazer, 1982, 1985). Por tanto, el eje de atención del proceso terapéutico serán las soluciones intentadas, así como las excepciones —momentos en los que se espera que ocurra el problema pero no ocurre—.

La TCS *se centra en los problemas actuales*, no del pasado o del futuro, aunque probablemente los problemas del presente conlleven el análisis de las pautas del pasado. El análisis se realiza a partir de los problemas que experimentamos ahora. No se trata de buscar por qué se realiza una conducta (su origen), sino de cómo se va a solucionar. *El foco de atención no es el problema, sino su solución*.

Asimismo, se considera, desde esta perspectiva, que *cada persona tiene los elementos y habilidades necesarios para solucionar su problema*, es decir, no se pide a la persona nada con lo que no cuente ya. *Cualquier solución que se haya intentado y haya fallado no se considera un error, sino una posibilidad de aprendizaje* y, por tanto, de mejora, de seguir camino adelante.

Las soluciones las aplica la persona que tiene el problema y es, por tanto, su responsabilidad realizar los diferentes intentos requeridos hasta llegar a la solución óptima. Nosotros no cambiaremos la realidad de la persona, sino que será ella misma quien cambiará su propia situación.

Se debe analizar la situación en *un contexto de interacciones* determinado; así, un cambio en una persona movilizará al resto de miembros del sistema, de ahí que es necesario el contacto con los diferentes miembros implicados en la problemática.

La relación terapéutica será de respeto e igualdad, así *los terapeutas adoptan una postura de expectación, o «ir por detrás»* (Berg, 1994). Respeto en el sentido de observar y analizar las soluciones al problema e igualdad, considerando la importancia de este acompañamiento y del uso de un lenguaje común en una relación basada en el diálogo. Es importante remarcar que el terapeuta no mantendrá la posición de experto que debe dar la solución, sino de acompañante del proceso.

La terapia se establecerá como proceso comunicativo o *juego de lenguaje*, como un diálogo en el que cliente y terapeuta exploran sobre las soluciones de un problema y como un *juego de construcciones de significado*, ya que tanto uno como otro, son partícipes de un proceso continuo de construcción de significados.

Descripción técnica

La *terapia centrada a la solución de problemas* se aplica a la problemática con la que la persona acuda a la terapia siguiendo un determinado proceso.

La orientación hacia el problema será aquella fase en la que la persona exponga su percepción acerca del mismo: cómo lo ve, quién o quiénes considera que están implicados y qué valoraciones hace al respecto. Asimismo, debe asumir que la responsabilidad sobre el problema es suya y que debe adquirir un compromiso de tiempo y esfuerzo para resolverlo.

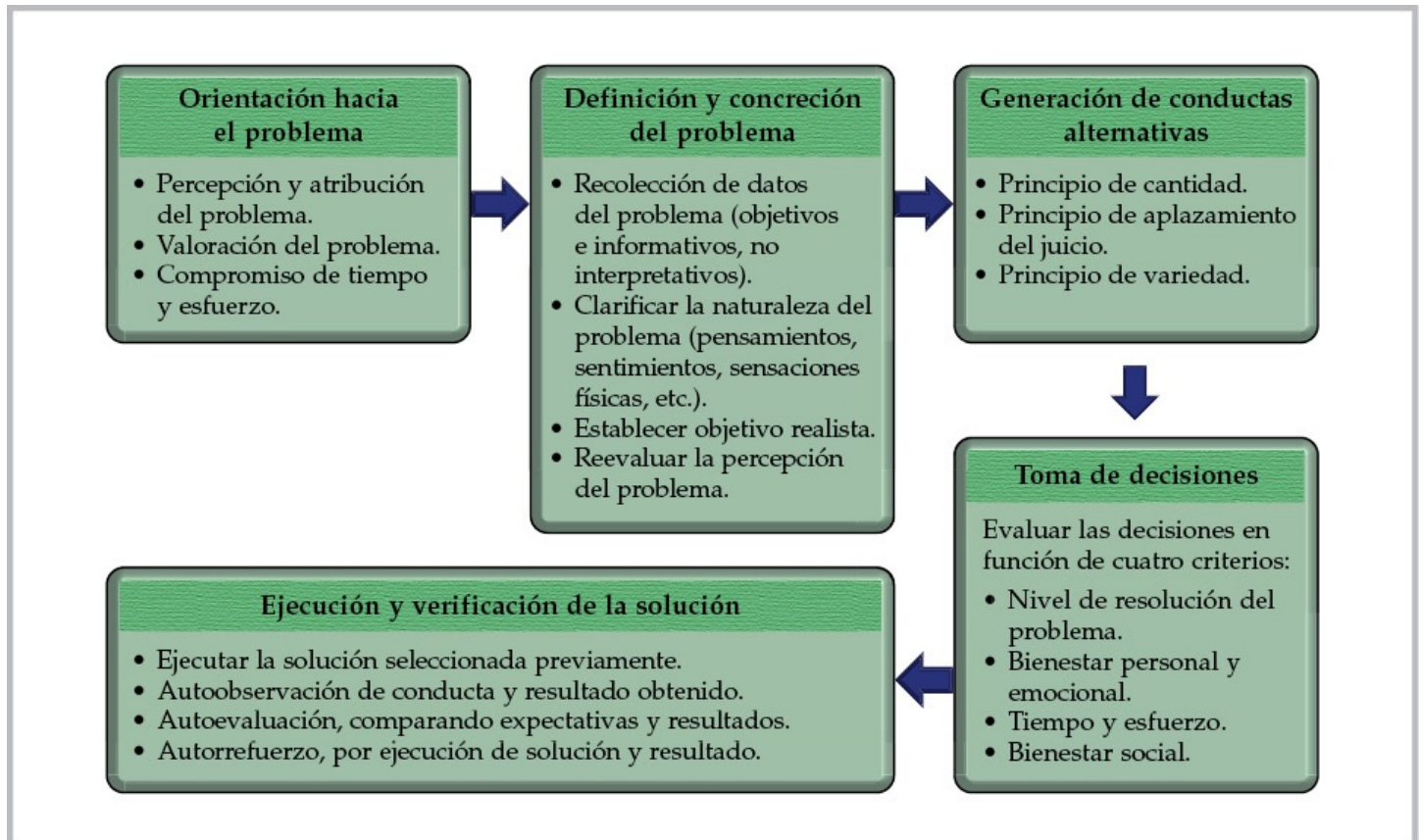


Figura 4.1. Fases de la Terapia Centrada en la Solución de problemas (TCS) (adaptado de Nardone, 2010, 2013).

La definición del problema debe ser extensa, en la línea de lo que se propone desde el análisis funcional, es decir, registrar todas las variables implicadas, las consecuencias y las soluciones que se han intentado hasta el momento. También será el momento de decidir cuál es el objetivo concreto frente a este problema.

La generación de conductas alternativas es el momento de buscar formas de actuar diferentes respecto a las que ya se han practicado hasta el momento. Para propiciar este paso se deben generar todas las alternativas que surjan, incluso implicando a terceras personas que puedan ayudar con su imaginación y creatividad (principio de cantidad). Se debe evitar juzgar estas soluciones por complicadas o poco ortodoxas que parezcan (principio de aplazamiento del juicio). Por último, se buscarán soluciones alternativas de todos tipos, por ejemplo, corporales, relacionales, emocionales, etc. (principio de variedad).

La toma de decisiones se realizará en función de las cuatro variables básicas señaladas,

aunque pueden incluirse aquellas que se crean necesarias para decidir sobre las soluciones recogidas.

Por último, se ponen en práctica las soluciones y se verifican los resultados obtenidos de estas nuevas conductas.

EJERCICIOS

Las técnicas básicas que se utilizan en la TCS son cuatro (Beyebach, 2006): a) la negociación de los objetivos; b) el trabajo con las excepciones; c) la pregunta de escala, y d) elogios y tareas:

a) *Negociación de los objetivos*: se acompaña a la persona en la proyección de su futuro y se invita al cliente a reflexionar sobre cómo sería su futuro sin que el problema actual existiera. Para ello se utiliza lo que se denomina *técnica de la pregunta milagro*. La formulación de la pregunta milagro sería (Beyebach, 2006):

Imagine/n que esta noche, mientras estaba/n durmiendo, sucede una especie de milagro y los problemas que le/s han traído aquí se resuelven. No ocurre como suele en la vida real, poco a poco y con mucho esfuerzo por nuestra parte, sino de un día para otro, de forma milagrosa. Como ocurre por la noche, mientras está/n durmiendo, no se da/n cuenta hasta la mañana siguiente de que el milagro ha ocurrido. ¿Qué cosas cree/n que notaría/n diferentes por la mañana que le/s hiciera/n dar cuenta del milagro producido?

Esta técnica ayuda a cliente y terapeuta a formular objetivos y se acompañará de una serie de cuestionamientos o preguntas complementarias, como (Beyebach, 2006):

- ⇒ Si el cliente habla en términos de queja, el terapeuta preguntará ¿cómo va a cambiar eso?
- ⇒ Si el cliente habla en términos negativos, el terapeuta preguntará ¿qué es lo que harán en vez de...?
- ⇒ Si el cliente habla en términos poco concretos, el terapeuta preguntará ¿en qué va a notar que...?, o ¿cuál será la primera cosa que...?
- ⇒ Si el cliente habla en términos individuales, el terapeuta preguntará ¿cómo va a reaccionar usted cuando él/ ella...?, o ¿cómo va a responder él/ella cuando usted...?
- ⇒ Si el cliente cierra rápidamente un tema, el terapeuta le preguntará ¿qué más va a cambiar?

El propósito es obtener una definición correcta de los objetivos personales orientada a las soluciones.

b) *Trabajo con las excepciones*: las excepciones se definen como aquellas situaciones en las que se debería experimentar la problemática pero no se manifiesta. Destacar

que ya se dan excepciones en el momento previo al inicio del tratamiento, lo que se denominan *cambios pre-tratamiento* (Weiner-Davis, de Shazer y Gingerich, 1987). En la primera entrevista se pueden recoger los cambios experimentados entre el momento de contactar para pedir hora y el de la entrevista (por ejemplo, se suele señalar que en este tiempo ha empeorado el estado de ánimo, o lo contrario). Se explicará el concepto de excepciones y se elicitará al paciente a seguir un proceso de asociación libre para poderlas recoger.

- c) *La pregunta de escala*: se utilizan escalas del 1 al 10 para señalar los avances que se van consiguiendo. Así, se considera el 1 como el momento en que las cosas han estado peor y el 10 el momento en el cual todo está solucionado. La persona debe ir señalando en qué momento se encuentra a lo largo del proceso terapéutico.
- d) *Elogios y tareas*: al finalizar la sesión se ofrece al cliente un mensaje final que resuma las aportaciones realizadas y destaque aspectos positivos y resolutivos y se ofrece nueva información para reflexionar (tareas para casa).

Las cuatro técnicas presentadas serían básicas y casi ineludibles en la terapia; otros ejercicios o propuestas que se aplican en la TCS serían:

⇒ *Las tres perspectivas* (O'Hanlon, 2003): explicar el problema según tres perspectivas diferentes:

- a) Perspectiva vivencial (explicarlo en primera persona, lo que es y lo que supone el problema).
- b) Perspectiva del observador (pensar y explicar el problema como si fuera un/a amigo/a el que lo está padeciendo).
- c) Perspectiva del consejero (lo que nos diríamos si fuésemos consejeros: críticos, realistas y pragmáticos y, por último, soñadores).

⇒ *Cambio de patrones* (O'Hanlon, 2003): romper el patrón del problema, es decir, hacer algo nuevo, un pequeño cambio. Una de las propuestas que se podrían utilizar es el uso de la paradoja, lo que significa indicar que se debe dejar de intentar resolver el problema o bien intentar empeorarlo para recoger resultados y poder analizar nuevas variables que aparezcan —ya que seguramente no se habrá tratado de implementar ninguna de estas dos soluciones—. Asimismo, se puede plantear vincular el problema a nuevas acciones o experimentos, encontrando algo que implique una carga o sea una tortura para nosotros cada vez que surja o hagamos el problema (por ejemplo, vinculando la conducta de picar entre horas con la de planchar después —siendo esta segunda una conducta que nos desagrada—).

⇒ *Orientarse hacia las soluciones* (O'Hanlon, 2003): es decir, hacer lo que funciona. Pregúntese «¿Cuándo no se ha presentado el problema aunque yo lo esperara?». Fijarse en lo que sucede cuando el problema desaparece o empieza a desaparecer.

También podemos importar soluciones de otras situaciones en las que se sienta competente (contexto competencial) o imitar a alguien que lo haya solucionado antes. Para orientarse hacia las soluciones se puede tratar de responder a las siguientes preguntas:

- ¿Por qué no es peor el problema?
- ¿Qué es lo que puedo ver y oír de esta situación y qué conclusiones he extraído de estos hechos?
- Si voy a tener que pasar de todos modos, ¿qué puedo sacar de ello?
- ¿Qué tengo que hacer para que las cosas se parezcan más a como yo quiero que sean?
- ¿Qué estoy dispuesto a dejar de hacer para que las cosas se parezcan más a como yo quiero que sean?
- ¿Quiero invertir mi energía y atención en esto? Si no es así, ¿a qué sería mejor que las dedicará?
- ¿Hay algo que pueda hacer ahora mismo al respecto? Si es así, ¿cuál es el primer paso que puedo dar? Si no, ¿cómo puedo aceptar y estar en paz con lo que no puedo cambiar?
- ¿En qué momento o lugar he hecho elecciones en esta situación?
- ¿Cuál es la mejor manera que he tenido de afrontar esta situación antes?

Y para elaborar un plan de acción:

- ¿Qué cosas puede hacer en el futuro para avanzar hacia sus sueños?
- ¿Qué podría hacer al salir de aquí o esta misma noche?
- ¿Qué sensación física tendría cuando diera estos pasos?
- ¿Qué cosas podría pensar para que le fuera más fácil darlos?
- ¿Qué imágenes o metáforas le serían de ayuda para darlos?
- ¿Qué es lo primero que pensaría o haría cuando estuvieran en el buen camino?
- ¿Ha hecho ya alguna cosa que le indique que está en el buen camino?

⇒ *Cuestionamiento positivo* (André, 2014): trata de relativizar el problema preguntando sobre sus posibles consecuencias con el objetivo de alcanzar una respuesta constructiva. Así, escoge una dificultad específica y la persona deberá hacerse la pregunta «¿Y qué?», hasta obtener una respuesta constructiva. La idea es seguir la siguiente formulación:

Mi problema:

¿Y qué? _____

¿Y qué? _____

¿Y qué? _____

Resultado: _____

- ⇒ *Técnica del empeorar al máximo* (Nardone, 2010), planteando qué es lo peor que podría ocurrir que no suele ser lo ocurrido hasta el momento. El sentido es que la persona pueda observar que siempre hay posibilidades peores a las experimentadas.
- ⇒ *Técnica de Emile Coué* (Coué, 1913, publicado en 1994), el cual recomendaba repetirse a uno mismo «Día tras día, en todos los aspectos, me va mejor y mejor», para autoconvencernos que estamos haciendo lo mejor que podemos hacer.
- ⇒ *Técnica del escenario más allá del problema* (Nardone, 2010). Imaginar el escenario ideal más allá del problema. Es decir, preguntarse cómo serían las cosas una vez la situación hubiera cambiado y el problema estuviera resuelto. La realización de cualquier cambio activa una reacción en cadena de acontecimientos posteriores (efecto mariposa).
- ⇒ *Táctica de los pequeños pasos*. «Hasta el viaje más largo empieza por un primer paso», señala G. Nardone (2010). Esta técnica trata de incitar a la acción, pues cierto es que todo empieza por un primer paso, como cualquier edificio se construye poniendo una primera piedra. Se trata de plantear un proceso de planificación de los pasos necesarios hasta llegar a la solución deseada.
- ⇒ *Técnica del escalador* (Nardone, 2010). Los guías alpinistas expertos, a la hora de planificar una escalada, estudian el camino a seguir empezando por la cima de la montaña y trazan las rutas hacia abajo, hacia la base. En este caso, partiríamos de la solución e iríamos pensando los pasos que debemos recorrer hacia atrás. En ocasiones, es más fácil analizarlo de esta manera.

Pensemos finalmente que hay tantas visiones y soluciones para un problema como personas que miren y traten de resolver el mismo.

Ámbitos de aplicación

La TCS se ha aplicado en diferentes ámbitos, todos aquellos en que se mantengan patrones de conducta repetitivos y que supongan un problema para la persona, o aquellos que presenten un problema puntual y específico. Se ha aplicado en ámbitos como el del tratamiento de adicciones, de violencia familiar, en personas con esquizofrenia, en personas que han padecido abuso sexual, aunque siguiendo las propias premisas del modelo, se podría aplicar en cualquier contexto clínico o subclínico en que la persona presente un problema que perciba como irresoluble o, como mínimo, que le sea difícil encontrar una solución que se mantenga en el tiempo.

Para ampliar la información

- Almada, A. A. (2011). *Los cerezos en diciembre: cada problema esconde siempre una oportunidad maravillosa*. Barcelona: Comanegra.
- André, C. (2014). *Y no te olvides de ser feliz*. Barcelona: Kairós.
- Berg, I. K. (1994). *Family-based services: a solution-focused approach*. Nueva York: Norton.
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- Beyebach, M. y Herrero, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Coué, E. (1994). *Afirmaciones y autosugestión*. Barcelona: Obelisco.
- De Shazer, S. (1999). *En un origen la palabras eran magia*. Barcelona: Gedisa.
- De Shazer, S., Dolan, Y. y otros (2007). *More than Miracles. The state of the art of solution-focused brief therapy*. Binghampton, NY: Haworth Press.
- Fisch, R. y cols. (1994). *La táctica del cambio: cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Lipchik, E. (1999). *Terapia centrada en la solución. Más allá de la técnica: trabajo con las emociones y la relación terapéutica*. Barcelona: Amorrortu.
- Nardone, G. (2010). *Problem Solving Estratégico*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2013). *El arte de la estratagema: cómo resolver problemas difíciles mediante soluciones simples*. Barcelona: Herder.
- Nezu, A., Maguth, C. y D’Zurilla, T. (2014). *Terapia de solución de problemas. Manual de tratamiento*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- O’Hanlon, B. (2003). *Pequeños grandes cambios: Diez maneras sencillas de transformar tu vida*. Barcelona: Paidós.
- O’Hanlon, B. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Prior, M. (2009). *Minimáximas. 15 intervenciones mínimas de efecto máximo para la terapia y el asesoramiento*. Barcelona: Herder.
- Weiner-Davis, M., De Shazer, S. y Gingerich, W. J. (1987). Building on pretreatment change to construct the therapeutic solution: An exploratory study. *Journal of marital and family therapy*, vol. 13., issue 4, pp. 359-363, octubre.

Para ampliar la formación

A continuación se señalan las diferentes plataformas, internacionales, europeas y españolas, que contienen la información necesaria sobre cómo formarse en esta técnica, además de ofrecer recursos y artículos que puedan ser de interés para iniciarse en la misma.

International Association of Solution-Focused Teaching Institutes

<http://www.iasti.org>

Asociación Europea de Terapia Breve (EBTA): <http://www.ebta.nu>

Alianza Española de Terapia Sistémica Breve: <http://www.aetsb.org>

NEUROPSICOEDUCACIÓN

Definición

La neuropsicoeducación es una técnica destinada a promover los conocimientos que ofrecen las neurociencias en población general, aunque también puede ser de utilidad en el entorno clínico.

Objetivos

El objetivo principal de la neuropsicoeducación es, como su nombre indica, trasladar conocimientos de las neurociencias y la neuropsicología para educar en diferentes aspectos que puedan ser saludables y/o adaptativos para la persona —saludables en el sentido de promover su calidad de vida, y adaptativos, de mejorar las relaciones de ésta con el entorno—. A nivel más específico, esta técnica pretende:

- ⇒ Adaptar los conocimientos científicos a la comprensión de la población general y de la clínica.
- ⇒ Poner los conocimientos de las neurociencias al servicio de la mejora de las personas.

Las premisas

Las neurociencias avanzan rápidamente ofreciéndonos cada vez una mayor información de cómo funciona nuestro cerebro, nuestra mente. Ésta cuenta con diversas áreas de estudio: la neuroanatomía y la neurohistología, la neuroquímica, la neuroendocrinología, la neuropatología, la neurofarmacología, la neurofisiología, la neuropsicología, la psicología fisiológica, la neurociencia cognitiva y la psicología comparada. Es decir, diferentes ramas que abarcan diferentes temas de interés.

La transmisión de este tipo de conocimientos, muchas veces, se ofrece en un lenguaje incomprensible para el que no es investigador o persona directamente relacionada con el ámbito, y es en este sentido que información que podría ser de gran utilidad se queda almacenada en el universo de la ciencia —y no más allá—.

La neuropsicoeducación parte de estos conocimientos para promover una línea de cambio en el sentido de *unidad cuerpo-cerebro-mente (UCCM)*. Es decir, el ser humano es una unidad, un todo formado por partes indivisibles a su vez, como son el cuerpo, el cerebro y la mente, todos ellos interrelacionados. El cuerpo estaría formado por todos los órganos que nos conforman, el cerebro, por el órgano que los controla, y la mente por los productos derivados en el sí del cerebro. Asimismo, se debería añadir el medio de la persona como otra variable de interés dentro de este modelo.

La función principal de la UCCM es interpretar la realidad compleja que se nos presenta, tanto la del mundo exterior como la de nuestro interior. Es, por tanto, un enorme procesador de información que puede verse influenciado —provocando distorsiones en nuestras interpretaciones— por el estado de ánimo, los problemas en las relaciones, los conflictos con el medio y los déficits en cualquiera de estas variables (por ejemplo, los déficits cognitivos).

Dentro de la UCCM, en tanto que neuropsicoeducación, ésta se centrará en los procesos psicológicos. Ésto son las capacidades del individuo que ayudan a procesar la información que nos llega desde el interior y el exterior, así como en la construcción de nuestra propia versión de la realidad. Existen procesos psicológicos básicos o complejos, distribuyéndose de la manera expuesta en la tabla 4.1.

La base de la técnica es promover conocimientos e información acerca de estos procesos para una mayor comprensión de lo que le ocurre a la persona.

TABLA 4.1
Procesos psicológicos básicos y superiores

TIPOLOGÍA	PROCESOS
Básicos o simples	Percepción. Atención. Emoción. Motivación. Aprendizaje. Memoria.
Superiores o complejos	Pensamiento. Inteligencia. Lenguaje.

La neuropsicoeducación no es una terapia, es una técnica educativa para aumentar el autoconocimiento desde una perspectiva científica y biológica. Se diferencia de la neuropsicología en que ésta sí es una propuesta terapéutica y, por tanto, de intervención frente a estos procesos psicológicos básicos o superiores.

Descripción técnica

La neuropsicoeducación se desarrolla en varias fases, como son (Asociación Educar, 2015):

- ⇒ *Fase 1:* recepción de la persona y evaluación de la problemática y/o dificultades que presenta.
- ⇒ *Fase 2:* ampliación del nivel de información que interrelaciona la problemática con correlatos psicobiológicos. Así, se trata de explicar el modelo de la UCCM y su

funcionamiento a partir de procesos psicológicos básicos y fomentar capacidades personales y funcionamiento óptimo.

- ⇒ *Fase 3: transformar la visión del hacer-tener-ser hacia la de ser-hacer-tener, lo que significa primero ser, luego actuar y por último, poseer —en contra de lo que promueve la sociedad actual, que sería el modelo de actuar, poseer y, por último, ser uno/a mismo/a—.*

Existe una serie de terapias que se han desarrollado para superar situaciones traumáticas y/o adversas para las personas. Este tipo de terapias mantienen que existe correlato entre ciertas manifestaciones y/o elementos neurobiológicos y el mantenimiento del problema. En este sentido buscan y ofrecen una serie de herramientas que ponen énfasis en esta relación de cuerpo-mente-cerebro:

- a) El **EMDR**, descrito en el capítulo anterior, creada por Francine Shapiro, que promueve el procesamiento de la información traumática a través de estimulación ocular —o de otros sentidos— bilateral.
- b) La **Somatic Experience**, creada por el doctor Peter Levine a partir de sus propias observaciones en la naturaleza, recogidas en su obra *Walking The Tiger*, en la que plantea que ciertas reacciones (y resoluciones) de mamíferos superiores frente a situaciones adversas podrían trasladarse a los seres humanos.
- c) La **psicoterapia sensoriomotriz** de Pat Ogden focaliza su atención en el procesamiento cerebral ascendente de la información a partir de ciertas sensaciones y movimientos corporales.
- d) El **Brainspotting**, descubierto por el doctor David Grand, que se define como *un abordaje que facilita el procesamiento de las experiencias traumáticas que han quedado fijadas y enquistadas en nuestro sistema neurobiológico a través de la localización de la red neuronal que registra el recuerdo doloroso o el recurso positivo empleando la posición ocular relevante que correlaciona con el área cerebral activada* (Salvador, 2010).

Desde esta perspectiva neurobiológica surgen terapias que promueven la armonía del sistema nervioso autónomo y central, favoreciendo así el procesamiento de la información compleja y traumática.

Ámbitos de aplicación

En tanto que una propuesta educativa, se podrá aplicar a aquellas personas en las que valoremos que ésta puede ser una información útil. Por tanto, se podrá aplicar en aquellos casos en los que se detecte falta de conocimientos o conocimientos erróneos al respecto y cuya adquisición pueda producir una mejora personal.

Para ampliar la información

- Cozzolino, L. (2002). *The Neuroscience of Psychotherapy: Building and Rebuilding the human brain*. Nueva York: Norton.
- Eagleman, D. (2013). *Incógnito. Las vidas secretas del cerebro*. Madrid: Anagrama.
- Grand, D. (2014). *Brainspotting: la técnica revolucionaria que logra un cambio rápido y efectivo*. Madrid: Sirio.
- Levine, P. (2013). *Sanar el trauma. Un programa pionero para restaurar la sabiduría del cuerpo*. Madrid: Neo Person.
- Mora, F. (2013). *Neuroeducación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Morgado, I. (2012). *Cómo percibimos el mundo: una exploración de la mente y los sentidos*. Barcelona: Ariel.
- Ogden, P., Minton, K. y Pain, C. (2009). *El trauma y el cuerpo. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Punset, E. (2010). *El viaje al poder de la mente: los enigmas más fascinantes de nuestro cerebro*. Madrid: Destino.
- Salvador, M. (2010). El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Revista de psicoterapia*, época II, vol. XVIII, n.º 80, 4.º trimestre, 5-16.
- Salvador, M. (2010). Presencia terapéutica, Mindfulness y Brainspotting. *Revista electrónica bonding*.
- Shapiro, F. y cols. (2013). *Supera tu pasado*. Barcelona: Kairós.
- Yoshor, D. y Mizrahi, M. (2009). *Clinical brain mapping*. Madrid: McGraw-Hill.

Para ampliar la formación

La información básica de esta propuesta, las principales premisas y la descripción técnica se recogen de la **Asociación Educar. Ciencias y neurociencias aplicadas al desarrollo humano** (<http://asociacioneducar.com>), que, asimismo, presenta diversos programas de formación al respecto.

Para las terapias citadas se pueden consultar las siguientes webs:

Asociación Española de EMDR <http://www.emdr-es.org>

Somatic Experiencing España <http://somatic.experiencing.es>

Asociación Iberoamericana Brainspotting <http://www.brainspotting.com.br>

MINDSIGHT

Definición

El *mindsight* es la habilidad entrenable de percibir mente y cerebro. Se considera que ésta se desarrolla mientras hablamos o experimentamos la inteligencia emocional y social. Estas interacciones con el mundo interno y/o externo pueden suponer una modificación en nuestras estructuras cerebrales.

El *mindsight* es una fórmula para promocionar el conocimiento que se haya podido adquirir a partir de la neuropsicoeducación e implementar éste en nuestro entorno relacional.

Objetivos

El objetivo principal de esta técnica es el uso de nuestra capacidad para observar nuestra mente y utilizar esta habilidad a nuestro favor para mejorarnos, y con ello nuestras relaciones con los demás.

Las premisas

100.000.000.000 de neuronas conectadas entre sí y cada neurona tiene una media de 10.000 conexiones que la unen a otra neurona. El cerebro ofrece a la mente unas opciones prácticamente infinitas, tal como se señalaba en la introducción al capítulo.

El doctor Dan Siegel introdujo el término de neurobiología interpersonal en su libro *El desarrollo del cerebro* (1999), afirmando que nuestro yo —y, por tanto, nuestra biología— se desarrolla a partir de nuestras relaciones internas y externas, y es sobre éstas estructuras que podemos producir cambios que favorezcan nuestra propia evolución.

Mindsight es la capacidad de la mente humana para contemplarse a sí misma. Es una lente poderosa mediante la cual podemos comprender nuestra vida interior con una mayor claridad; transformar nuestro cerebro y mejorar nuestras relaciones con los demás (Siegel, 2011).

Una estupenda metáfora que nos ayuda a comprender esta técnica es la de imaginar el cerebro como un mar tranquilo y con múltiples maravillas como sueños, recuerdos, deseos, etc. No obstante, nuestro día a día —con las preocupaciones que nos invaden y la vivencia que hacemos de las mismas— consigue remover este mar en calma. Si nos mantenemos en el caos, nuestra realidad se volverá desorganizada y poco adaptada al medio. Así, podemos hacer que nuestro cerebro actúe a nuestro favor, por ejemplo, generando pensamientos positivos, lo cual mejora nuestro estado de ánimo y nuestras relaciones. Debemos plantearnos: *¿qué pasaría si pudiéramos decidir el canal que queremos ver en nuestra mente?*

Nuestro cerebro, gracias a la *neuroplasticidad*, es capaz de generar nuevas neuronas y conexiones. Somos capaces de superarnos, crecer y evolucionar a lo largo de toda nuestra vida debido a esta capacidad. La plasticidad neuronal es *la capacidad de las áreas cerebrales o de grupos neuronales de responder funcional y neurológicamente supliendo las deficiencias funcionales correspondientes a lesiones* (Siegel, 2011). La neuroplasticidad supone que unas neuronas pueden asumir el papel de otra dañada y reorganizarse junto al grupo del que forman parte —lo que se conoce como *reorganización sináptica*—. Así, contamos con un sistema que es capaz de reestructurarse y regenerarse según las necesidades del individuo. Podemos hablar de organización estructural y funcional debido a desencadenantes endógenos y/o exógenos. La neuroplasticidad nos ofrece ilimitadas opciones de cambio y transformación.

Otro de los argumentos que se esgrime en la propuesta de *mindsight* es el fenómeno de las *neuronas espejo*, es decir, aquellas neuronas que se activan cuando una persona (o ser vivo) realiza una acción y se copia y representa tal acción. Lo que estas neuronas revelan es que nuestro funcionamiento cerebral, al menos en parte, se ve influenciado por los demás, por sus acciones, de ahí el énfasis en el componente relacional de nuestro cerebro.

Cuando la mente actúa correctamente, el cerebro funciona como un todo integrado y nuestras relaciones están llenas; sin embargo, hay veces en que se nos cruzan los cables y actuamos de maneras que no hemos elegido. Este caos del que se hablaba anteriormente, genera un mecanismo irreflexivo que activa funciones prefrontales que a su vez pueden afectar a la regulación corporal (respiración, ritmo cardíaco y digestión), la comunicación sintónica (sensación de sentirse entendido y «sentido»), el equilibrio emocional (sentirnos vivos y a gusto), la flexibilidad de respuesta (hacer una pausa antes de responder), la modulación del miedo, la empatía, el autoconocimiento, la conciencia moral y la intuición. Por tanto, un cerebro en caos es un cerebro poco adaptado que a su vez puede generar caos en nuestro cuerpo y nuestra realidad interna y externa.

Para poder intervenir hay que generar lo que se denomina *el trípode de la reflexión*, formado por:

- a) Apertura y flexibilidad, es decir, el no engancharnos a como creemos que deben ser las cosas o como queremos que sean.
- b) Observación, la capacidad para observar nuestro interior y exterior.
- c) Objetividad, tratando de definir estos aspectos citados sin juzgar o interpretar (en la medida en que nos sea posible).

Estamos descubriendo que centrar atención voluntariamente amplifica la neuroplasticidad porque estimula la liberación de sustancias químicas que refuerzan el crecimiento estructural de las sinapsis entre las neuronas activadas (Siegel, 2011).

El triángulo del bienestar revela que para sentirnos bien debemos manejar tres aspectos de nuestra vida, como son: las relaciones, la mente y el cerebro, aspectos que influyen

mutuamente.

Con lo anteriormente expuesto, D. Siegel defiende que en realidad la mente humana se rige a partir de un proceso relacional entre variables internas y externas, generando flujos de energía e información de forma continuada. La integración cerebral consistiría en adaptar esta energía e información de forma coherente y armoniosa.

Descripción técnica

El *mindsight* considera que nuestro sistema se integra por **FACES**, lo que significa (Siegel, 2011): flexibilidad, adaptabilidad, coherencia, energía y estabilidad. Los componentes que distorsionan este proceso son el caos y la rigidez (por ejemplo, el miedo y la ira pueden distorsionar nuestra armonía de tal manera que produzcan pensamientos inflexibles y poco adaptados). El autor habla de integrarse para conseguir un sistema FACES. La **integración cerebral** se llevará a cabo trabajando sobre ocho áreas que determinarán nuestro funcionamiento (Siegel, 2011):

- ⇒ *Integración de conciencia*: prestar atención a los procesos propios y los diferentes estados de conciencia. Por ejemplo, una nueva variable sería poder registrar los sueños de los que nos acordamos, pues son una información —en ocasiones— de gran utilidad.
- ⇒ *Integración horizontal*: desarrollar tareas de reequilibrar el cuerpo calloso para aumentar la comunicación hemisférica, lo que ya se señala desde la programación neurolingüística. Esto supone conocer las diferentes funciones hemisféricas e ir potenciando aquellas en las que nos veamos más limitados/as, para aumentar así la comunicación entre ambos lados de nuestro cerebro.
- ⇒ *Integración vertical*: estaría en la línea del *focusing*, atendiendo lo que nuestro organismo nos traslada desde la cabeza a los pies —de ahí la denominación de vertical—.
- ⇒ *Integración de recuerdos*: procesar y codificar nuestras experiencias, es decir, organizar el puzle de la memoria.
- ⇒ *Integración narrativa*: crear nuestra historia de forma coherente.
- ⇒ *Integración de estados*: equilibrar nuestras necesidades e impulsos básicos y los estados relacionales y de autonomía e independencia.
- ⇒ *Integración interpersonal*: promocionar nuestros estados de resonancia interna, aquellos estados que irían desde la armonía y la paz interna a la alegría y la felicidad. Lo que definimos como sentirnos bien, lo cual sería el objetivo terapéutico más común.
- ⇒ *Integración temporal*: dar sentido al tiempo y la capacidad, la incertidumbre, la transitoriedad y la mortalidad. Es la integración transpiracional, que experimentamos cuando nos sentimos conectados con algo más grande.

Aunque esta integración supone cierto grado de abstracción, de ésta surgirá una serie de

estrategias que se pueden completar para conseguir armonizar nuestra mente y nuestro cerebro.

EJERCICIOS

Los ejercicios que componen el *mindsight* y promueven esta integración serían (Siegel, 2011):

- ⇒ *Reforzar el centro de la conciencia*: podemos dirigir nuestra atención y energía hacia aquellos aspectos que realmente merecen este esfuerzo. En este punto la integración supondría:
 - a) Atención consciente a lo sentido, lo que significa observar nuestro estado interno y centrar la atención en el momento presente, sin juicios ni opiniones, aplicando, por ejemplo, las técnicas presentadas en el primer capítulo, y especialmente el *mindfulness*.
 - b) *Modificar el flujo de energía y de información*, lo que supone dirigir nuestra energía y esfuerzos hacia aquellas tareas realmente importantes, y por ello aplicar las técnicas del capítulo anterior, tanto de regulación emocional, como las motivacionales.
- ⇒ *Equilibrar izquierda y derecha*: se trata de la integración hemisférica, es decir, conocer nuestra preferencia hemisférica e intentar desarrollar aquellas habilidades que desarrollamos con un peor resultado; se trataría de promocionar el hemisferio que esté menos activo, así como la conexión con el cuerpo calloso.
- ⇒ *Reconectar mente y cuerpo*: hablaríamos de adaptarse al dolor, no huir de éste; por mucho que sea desagradable, debemos entender que es inevitable en la vida. Podemos elegir si luchar, huir o paralizarnos. En este sentido, se nos invita a reconocer las señales del cuerpo (lo que se reconocía en la técnica del *focusing* como sensación sentida), así como crear nuevos recursos internos (técnicas de ayuda rápida, por ejemplo, a través de la respiración, las intuiciones o las imágenes de curación).
- ⇒ *Salir de la prisión del pasado*: conocer la impronta que nos han dejado ciertos recuerdos a nuestro hipocampo (zona que relaciona cerebro emocional y cortex) y aplicar técnicas de curación emocional como las citadas (por ejemplo, el EMDR).
- ⇒ *Mejorar las narraciones personales*: nuestra narración comienza por la información que nos ofrecieron nuestros padres, nuestra historia familiar —la de diferentes generaciones— y todo lo que hayamos recogido experiencialmente. Por tanto, se trataría de crear una historia coherente de la propia vida (*¿en qué tipo de película quiero vivir, en un drama, en una de miedo?, etc.*) y cambiar la narración de despectiva, preocupada, no resuelta o despreocupada a una segura.

- ⇒ *Establecer contacto con nuestro centro de múltiples yoes*: en este punto se trata de reconocer nuestras necesidades e impulsos —mantenidos en nuestro cortex prefrontal, por ejemplo: de exploración, de dominio, de juego, de reproducción y/o sexual, de asignación de recursos, de control ejecutivo o de afiliación— y buscar la manera de llevarlas a cabo, así como reconocer las diferentes partes que nos conforman (los diferentes yoes) para poder integrarlos en un yo unitario.
- ⇒ *Neurobiología del nosotros*: se dice que es más importante escuchar que actuar, y que, así, ganan nuestras relaciones, transformándose éstas en relaciones que nos aportan seguridad, receptividad y no reactividad, es decir, relaciones en paz. Debemos tener en cuenta que el ser humano es un ser eminentemente social y que nuestras relaciones nutren nuestro cerebro, no sólo para la supervivencia, sino para fines más elevados. Así, se trata de crear un espacio para el —nosotros—, tanto en cerebro como en mente.
- ⇒ *Afrontar la incertidumbre y la mortalidad*: la incertidumbre rodea nuestra existencia, así como la mortalidad será nuestro fin. Algo que no queremos pensar y menos vivir. Deberíamos poder crear representaciones que lleven a considerar el futuro y nuestro legado, alimentando nuestro *cortex humanitatis*. No sólo manejar una imagen, sino también crear estrategias para afrontar esta realidad.

El *mindsight* trata de generar una armonía interna que nos propicie bienestar interno y externo, transformando nuestro cerebro y mente en un poderoso aliado.

Ámbitos de aplicación

El *mindsight* es una propuesta que se podría aplicar con aquellas personas que tengan un interés manifiesto en el desarrollo del cerebro y de la mente humana, por tanto, con una preferencia hemisférica izquierda. Es una herramienta de autoconocimiento y mejora personal a aplicar en personas con este objetivo.

Para ampliar la información

Siegel, D. (2011). *Mindsight. La nueva ciencia de la transformación personal*. Barcelona: Paidós.

5. TÉCNICAS NARRATIVAS Y LINGÜÍSTICAS

El lenguaje es el vehículo mediante el cual nos comunicamos con nuestro mundo interno y el externo. Es determinante, junto con la capacidad de pensar, a la hora de diferenciarnos de otros seres vivos.

Pensamiento y lenguaje nos ofrecen un mundo infinito de posibilidades de crear nuestra visión del mundo. En primer lugar, generamos una forma de hablar con nosotros mismos (diálogo interno), una forma de retener esta visión del mundo (narrativa personal) y, por último, una manera de relacionarnos con los demás (comunicación interpersonal). Por tanto, las capacidades lingüísticas y narrativas determinan nuestra posición en el mundo.

Nuestro diálogo interno y narrativa personal tienen un tono bastante estable a lo largo de nuestra evolución. Si creamos nuestro mundo interno a partir de un tono crítico y despectivo, obviamente las vivencias que tengamos serán aversivas, inseguras o, como mínimo, con un sentimiento de inferioridad. Es, por tanto, una parte del lenguaje que determinará nuestras vivencias, pensamientos, sentimientos y conductas. *Las técnicas narrativas, la PNL o la terapia interpersonal* ayudan a generar nuevas maneras de comunicarnos con nosotros/as mismos/as.

La sociedad está cambiando, y con ella cambian las formas de procesar la información, así como nuestras estrategias de relación. En una sociedad en la que se pone énfasis en las nuevas tecnologías, las relaciones se ven afectadas por éstas. Por ejemplo, en procesos de ruptura de pareja contamos con la posibilidad del cara a cara, pero también el decirlo de forma indirecta, siendo la primera una fórmula de alto contenido emocional y tensión y la segunda con posibilidad de retraso en la comunicación, así como de evitar cierta tensión; ¿cuál elegiremos de forma lógica? Esto nos expone a beneficios a corto plazo, pero genera relaciones más superficiales a largo plazo. Es en este sentido que se debe trabajar en pro de crear las herramientas necesarias para tener relaciones saludables en este mundo individualizado que tiende a la comunicación indirecta. En este sentido debemos encontrar nuevas fórmulas de *comunicación interpersonal*, e incluso recuperar algunas antiguas...

Por tanto, las variables que se trabajan en este capítulo se basan en mejorar los medios de comunicación internos y externos, así como las relaciones sociales que establecemos, pues, finalmente, *el lenguaje es una forma de relación con el mundo y con los demás*.

TÉCNICAS NARRATIVAS

El lenguaje es un fiel indicador de cómo nos vemos como personas.

STEPHEN R. COVEY

Definición

Las técnicas narrativas son aquellas que utilizan el modo narrativo con objetivos terapéuticos. El modo narrativo es aquel que utiliza un punto de vista y una voz narrativa para la presentación de una historia literaria o teatral, entre otros. Éste se establecerá como *un enfoque respetuoso y no culpabilizador que sitúa a las personas como expertas de sus propias vidas* (Morgan, 2004).

Objetivos

La terapia narrativa tiene como objetivo principal ofrecer a la persona el espacio para definir su propia vida según un modo narrativo adaptativo. Los objetivos secundarios que se derivarían de éste inicial serían:

- ⇒ Incorporar nuevos elementos a la narrativa del cliente.
- ⇒ Lograr que la persona pueda construir un proyecto de futuro mejor.
- ⇒ Poder compartir estos nuevos significados con nuestro entorno, facilitando así una nueva dimensión relacional.

Las premisas

Todos los seres humanos somos narradores de cuentos, ya nacemos con un impulso narrativo. Así, nos socializamos y creamos el desarrollo del yo y establecemos una memoria autobiográfica que determina nuestro camino. La narrativa personal es lo que explicamos (y nos explicamos) sobre nuestra vida. Somos nosotros mismos los que creamos nuestro mundo y, por tanto, somos responsables de la lectura que hacemos.

La persona que pide ayuda realiza una autonarración, es decir, *una explicación que presenta un individuo de la relación entre acontecimientos autorrelevantes a través del tiempo* (Gergen, 1996). Esto ofrece la oportunidad de marcar la primera diferenciación entre la problemática y la persona, lo que supone una oportunidad para la persona de valorar sus propios recursos y analizar el problema desde otra perspectiva.

La historia de la persona se presentará mediante sucesos encadenados con la correspondiente interpretación que realizamos de los mismos, de ahí que se establecerá una

voz narrativa y un hilo argumental sobre el que intervenir. Asimismo, en la propia narrativa se decide qué consideramos y qué desechamos en nuestra historia, aspecto que también es necesario considerar. Nuestra historia personal se verá influida por factores socioculturales, así como los propios educativos y personales.

El lenguaje es el medio mediante el cual nos creamos y presentamos, así como definimos nuestro mundo interior de pensamientos y sentimientos, de ahí la importancia del análisis de este lenguaje.

Si creamos nuestra realidad a partir de las explicaciones que nos damos acerca de la misma, esta narrativa definirá lo que se denominan *efectos de la historia dominante*. Estos efectos son los que se derivan del tono o voz que tenga nuestra historia más global o general. Por ejemplo, si la nuestra es una historia contada por nosotros mismos de abandono y pérdida, los efectos de esta historia dominante será la melancolía.

La posición del terapeuta en este modelo cambiará de experto a acompañante de la persona que pide ayuda, siendo éste coautor del proceso terapéutico y no cliente o paciente (White, 2004).

La idea del proceso terapéutico utilizando técnicas narrativas es básicamente poder encontrar una historia alternativa, una deconstrucción de la historia narrativa dominante a favor de una historia renovada y diferente. La reflexión se pone a favor de esta nueva narrativa buscando lo que denominamos logros aislados, que son aquellos que nos dan la oportunidad de introducir nueva información y/o enfoque y, por tanto, la posibilidad de una nueva historia y/o identidad.

Descripción técnica

La vida es como si; damos por supuesto que nuestra vida es como es, pero siempre podemos replantearla de otro modo (...); en el fondo cada persona puede reescribir su historia como desee (García-Martínez, 2012).

Hay tres dimensiones en torno a la matriz narrativa que posibilitan una narrativa coherente, compleja y múltiple (Gonçalves, 2002):

1. *Estructura narrativa*: construcción de un significado de las propias experiencias mediante un proceso de conexión a través de los diferentes episodios narrativos de nuestras vidas. La estructura está constituida por:
 - a) Un inicio, que es el punto desde donde iniciamos nuestra historia. Podemos tomar el ejemplo de un cliente que viene a la consulta en una primera sesión y señala que no sabe por dónde empezar. Una de las respuestas del terapeuta podría ser «desde el principio» o «desde donde te sea más fácil empezar a explicar tu historia» (éste será el inicio).
 - b) Un desarrollo de la historia, el cual incluirá aquellos acontecimientos concretos, las

respuestas internas, los objetivos de los protagonistas, las acciones que se convierten, la causa y efecto y, por último, el contexto.

c) Un final, que se considera al obtener unos determinados resultados y/o el cierre de la narrativa.

2. *Proceso narrativo*: tiene que ver con el modo en que explicamos nuestras vidas, es decir, qué tono le ponemos (por ejemplo, de compromiso dramático).
3. *Contenido narrativo*: se refiere a la diversidad y multiplicidad de la producción narrativa, los temas o tramas que contamos, cayendo a veces en el «disco rayado» o las recurrencias de viejos temas poco resueltos.

El proceso que se seguirá en la terapia narrativa será el siguiente (adaptado de Gonçalves, 2002; Morgan, 2004):

- ⇒ *Recoger las quejas o problemática actual*, así como su funcionamiento general. No se trata sólo de contextualizar el problema, sino también de conocer de qué forma lo relata la persona.
- ⇒ *Trabajar con los recuerdos*. Entre estos recuerdos se consideran las narrativas diarias, las de vida o los recuerdos episódicos. Recordando y relatando nuestro día a día, aspectos que hemos vivido, relevantes o no, ofrecen una fotografía de nuestra narrativa prototípica de funcionamiento. Por ejemplo, una persona con un historial de pérdidas planteará los problemas de pareja actuales con miedo al abandono. Los recuerdos serán la puerta de entrada hacia ese universo narrativo que se pretende modificar.
- ⇒ *Modelar el trabajo de objetivación*, lo que significa añadir detalles sensoriales y explorarlos a nuestra narrativa diaria. Añadimos elementos que no consideramos anteriormente y que no sólo amplían la visión, sino que pueden modificarla, de ahí la expresión de modelado; cual plastilina, iremos dando forma al recuerdo y progresivamente a la narrativa vital.
- ⇒ *Trabajo de subjetivación emocional*, que es aquel en el que se toma conciencia de lo que sentimos y lo que pensamos. El modelado debe integrarse progresivamente, pues si lo consideramos incongruente, se desechará el cambio. El primer objetivo será tomar conciencia del contenido subjetivo de nuestros recuerdos, así como del elemento objetivado.
- ⇒ *Trabajo de metaforización de las narrativas y la identificación de narrativas alternativas*. Lo importante es encontrar otra manera de explicarlo. Sería el punto en el que se integra el material anterior en una narrativa adaptativa.

El objetivo de la terapia será construir una realidad múltiple de experiencias sensoriales, emocionales, cognitivas y de significado.

EJERCICIOS

Primeros pasos para cambiar nuestro diálogo interno

El diálogo interno se interrumpe como ha comenzado, por un acto de voluntad (...), eres como te llamas que eres, pero podrías cambiarte si empiezas a hablarte diferente (Castaneda, 1994).

Se presenta a continuación una serie de ejercicios para trabajar con el diálogo interior, aquella voz que continuamente nos habla y traduce la realidad:

- ⇒ *Conoce tu diálogo interno:* dedicar atención a la forma y el contenido de nuestro diálogo interno. Pensar si éste es un diálogo destructivo o constructivo, intranquilo o sereno, en definitiva, negativo o positivo. Para cambiarlo, primero hay que conocer su contenido, los pensamientos más frecuentes que nos dedicamos.
- ⇒ *Formula las preguntas correctas:* analizar la situación que se presente cambiando las preguntas que uno/a se hace a sí mismo/a, por ejemplo, en vez de preguntar «¿por qué me ha pasado esto a mí?» (la que en la mayoría de situaciones no tiene respuesta), podemos preguntarnos «¿qué puedo aprender de esta situación?, ¿cómo puedo utilizar esto para tener una mejor vida?, ¿en qué puedo mejorar yo?». Un cambio tan nimio puede ser trascendental para el tono de nuestro diálogo interno.
- ⇒ *Cambia el enfoque:* se puede cambiar la manera que tenemos de hablarnos. Puede ayudar empezar a hablarnos cómo habla una madre cariñosa a un hijo/a. Piensa las palabras e incluso un vocabulario que utilizaremos y considera que éste no es simplemente descriptivo, sino también generativo y constructivo. Por ejemplo, palabras de desprecio, humillantes, insultos, despectivas y/o negativas estarían en la columna de elementos a destituir. Las palabras afectuosas y amables formarían la columna de vocablos a incorporar.

Herramientas personales narrativas: metáforas, cuentos, cartas terapéuticas y otros

Existen múltiples recursos para poder explorar aspectos de nuestra narrativa, como son las metáforas, los cuentos o las cartas terapéuticas, entre otros. A continuación se incluye una serie de ejercicios narrativos.

Recursos para conocerse a uno/a mismo/a (Adorna, 2013)

En este manual se nos ofrecen múltiples propuestas en este sentido; aquí se recogen algunas de las señaladas por la autora:

- ⇒ *Historias de vida*, relatos destinados a dar sentido o justificar una cierta visión de

los acontecimientos. El formato que se le puede dar a éstas es, a título de ejemplo:

0. Visión general de mi vida, una presentación o resumen de la historia que se presentará a continuación.
1. Definir los capítulos o períodos de la vida que hemos vivido.
2. Señalar los acontecimientos más significativos de nuestra vida, tanto los críticos como los positivos, así como aquellos asuntos pendientes inconclusos (recursos autodefinitorios) que desencadenen emociones o patrones repetitivos.
3. Reflexionar acerca de los retos u objetivos principales de nuestras vidas.
4. Hacernos conscientes de las influencias culturales, educativas o personales recibidas.
5. Establecer un punto en el camino hacia donde avanzamos, un futuro alternativo y positivo.
6. Plantear qué valores personales tintan esta historia.
7. Concluir cuál es el tema vital de esta historia.

Cada uno de los puntos establece una línea de trabajo que puede ayudar a crear alternativas. Se pueden trabajar en conjunto, o individualmente según las circunstancias que presente la persona.

- ⇒ *Pequeño recorrido sobre un mismo:* se trata de imaginar y escribir una carta a una persona con la que hace tiempo no tenemos contacto —sea familiar o amigo/a— y se le contará un breve resumen sobre cómo ha sido y cómo es tu vida.
- ⇒ *Diez años después:* se realiza una descripción de cómo te visualizas con diez años más, físicamente, internamente, en el trabajo o estudios, relaciones personas y aficiones.
- ⇒ *Preferencias:* pensar y escribir acerca de cuáles son las preferencias que uno/a mantiene en la vida, para reafirmarse y concederse el placer de expresar la libertad con las propias elecciones.
- ⇒ *Espacios:* dividir una cuadrícula en los diferentes espacios que dedicar a las personas importantes de tu vida, los lugares más significativos, los acontecimientos más felices, las sensaciones más placenteras que recuerdes, los sueños más bonitos, los dolores y tristezas, las pruebas superadas, las reflexiones más importantes y los amores que te han hecho madurar y crecer.
- ⇒ *Me acuerdo de...:* se invita a la persona a acabar esta frase sin pensar demasiado en la respuesta. Se puede utilizar tantas frases incompletas como queramos explorar y trabajar.
- ⇒ *Amar el misterio:* se trata de buscar en nuestro interior aquellas preguntas que no tienen respuesta.

Una metáfora es una forma lingüística que hace una comparación implícita entre dos entidades diferentes, un recurso dramático que captura la atención y provee un marco alterado a través del cual el cliente puede considerar una experiencia nueva (Lankton y Lankton, 1983).

Se habla de tres tipos de metáforas a utilizar en el proceso terapéutico, como son (Hammond, 1990): *las que hacen referencia a experiencias personales del terapeuta, las verdades obvias y las historias adaptadas a las circunstancias de la persona.* Las metáforas terapéuticas dentro del proceso pueden utilizarse para (Zeig, 1983; Combs y Freedman, 1990): *formular o ejemplificar una opinión, sugerir soluciones, acceso y utilización de recursos, conocimiento personal, sembrar ideas específicas, insertar directivas, esquivar defensas o bloqueos, redefinir la problemática o facilitar nuevos patrones de conducta, pensamiento o emocionales.*

Los cuentos son expresiones de verdades filosóficas esenciales, explicaciones de la naturaleza o relatos de sueños. *Los cuentos son terapéuticos debido a que el paciente encuentra su propia solución a través de la contemplación de lo que parece implicar la historia respecto a él y sus conflictos internos en ese momento de su vida. El contenido del cuento escogido, generalmente, no tiene relación con la vida externa del paciente, sino con sus problemas internos, los cuales parecen incomprensibles y, por tanto, insolubles. El cuento no se refiere al mundo exterior, aunque puede ser lo suficientemente realista y tener rasgos cotidianos entretejidos en él. La naturaleza irreal de esos cuentos (los cuales objetan los racionalistas de mente estrecha) es un recurso importante, pues hace obvio que el interés de los cuentos no es la información útil sobre el mundo externo, sino los procesos internos que ocurren en el individuo (Gordon, 1978).*

Ambos recursos deben crearse en el contexto terapéutico, aunque pueden encontrarse libros completos con ejemplos para trabajar diferentes temas (Ortín y Ballester, 2013).

Cartas terapéuticas (Linares, Pubill y Ramos, 2005)

Las palabras escritas son aquellas que quedan y que, por ello, resultan más difíciles de ignorar y de mal interpretar. Las cartas se utilizan para intentar crear cambios a través de la palabra escrita y facilitar el contacto con nosotros/as mismos/as (por ejemplo, con nuestras emociones), o con otras personas con las que pueda costarnos expresarnos o hablar (por ejemplo, aquel padre que no escucha, alguien con quien ya no se tiene una relación, etc.). Los pasos a seguir serán los siguientes: ➡ *Preparación:* se debe contar con un espacio y un tiempo, sin interrupciones, para poder dedicarse a su redacción de forma adecuada.

➡ *Primer momento:* en el que se definirá *el objetivo de la carta*, pactando previamente a qué se destinará la carta, por ejemplo, si se le escribe alguien o a

algún aspecto de nosotros/as mismos/as (por ejemplo, una emoción).

- ⇒ Segundo momento: en el que se realizará una *presentación de la carta*, a partir de un título, una fecha y el lugar desde donde se escribe, así como a qué o a quién nos dirigimos.
- ⇒ Tercer momento: será el de *asociación libre*, aquel en que nos dejemos llevar por lo que acontezca en nuestro interior y expresemos libremente y sin juzgar los pensamientos, los sentimientos o las acciones que vayan surgiendo. Se recomienda escribir toda la carta seguida y luego revisarla, en caso necesario.
- ⇒ Cuarto momento: el de *la despedida*, en el que se finalizará la carta mediante una conclusión positiva que puede ser un mensaje, un propósito o una lectura diferente.

Posteriormente, se puede decidir qué se hará con la carta, si se guarda en sobre —abierto o cerrado—, o si se envía. Las cartas terapéuticas son especialmente útiles con aquellos aspectos inconclusos o en relaciones en las que se vive cierto bloqueo a la hora de expresarnos.

Los aforismos

Los aforismos (del griego ἀφορίζειν, «definir») son declaraciones u oraciones que expresan un principio de manera concreta y coherente. En el entorno terapéutico, poder utilizar aforismos creados por personajes célebres ayuda a enmarcar el problema en palabras de personas que atribuyen especificidad y credibilidad a la idea presentada.

Otros recursos creativos

Existen más recursos creativos a utilizar en función de las habilidades de la persona, por ejemplo: escribir un poema, el uso de imágenes u otros recursos audiovisuales, las tiras cómicas, los titulares de periódicos, los certificados o las narrativas teatrales o musicales. La idea es utilizar nuestras habilidades personales para explicar una historia y cambiar el ritmo de la misma.

Ámbitos de aplicación

La terapia narrativa se puede aplicar a cualquier problemática que requiera un proceso de cambio, facilitando que la persona pueda deconstruir para construir posteriormente una nueva realidad. No existen contraindicaciones, pues se puede utilizar para problemáticas traumáticas, así como en casos de enfermedad mental grave. Igualmente, cabe destacar que no son necesarias dotes literarias específicas, sino que el proceso se adaptará a las posibilidades y/o habilidades de la persona. Se señala que en algunos casos de diversidad funcional intelectual se está estudiando su viabilidad.

Para ampliar la información

- Adorna, R. (2013). *Practicando la escritura terapéutica. 79 ejercicios*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Castaneda, C. (1994). *El fuego interno*. Madrid: Gaia.
- Combs, G. y Freedman, J. (1990). *Symbol, Story, and Ceremony. Using Metaphor in Individual and Family Therapy*. Nueva York: Norton.
- García Martínez, J. (2012). *Técnicas narrativas en psicoterapia*. Madrid: Síntesis.
- Gergen, K. J. (1996). *Realidades y relaciones, aproximaciones a la construcción social*. Buenos Aires: Paidós.
- Gonçalves, O. F. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa. Manual de terapia breve*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gordon, D. (1978). *Therapeutic Metaphors*. Cupertino, CA: Meta Publications.
- Hammond, D. (ed.) (1990). *Handbook of Hypnotic Suggestion and Metaphors*. Nueva York: Norton.
- Kohan, S. (2013). *La escritura terapéutica*. Madrid: Alba.
- Lankton, S. y Lankton, R. (1983). *The Answer Within*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Linares, J. L., Pubill, M. J. y Ramos, R. (2005). *Las cartas terapéuticas. Una técnica narrativa en terapia familiar*. Barcelona: Herder.
- Morgan, A. (2004). *What is narrative therapy? An easy-to-read introduction*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
- Ortín, B. y Ballester, T. (2013). *Cuentos que curan. Conocernos mejor con el poder terapéutico de los cuentos*. Madrid: Océano Ámbar.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2004). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Young, J. E. y First, M. (1996). *Schema mode listing*. Nueva York: Cognitive Therapy Center.
- Zeig, J. (comp.) (1983). *Un seminario didáctico con Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.

Para ampliar la formación

Asociación Española de Psicoterapia Narrativa (AETEN)

Ronda del Carmen, 35, bajo H

10002, Cáceres

email: aetensec@gmail.com

Página web: <http://www.aeten.es>

PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA (PNL)

Definición

La PNL es una propuesta terapéutica que parte de la existencia de *una conexión entre los procesos neurológicos («neuro»), el lenguaje («lingüística») y los patrones de comportamiento («programación»)*, pudiendo realizar cambios en las tres entidades para un mayor bienestar personal (Tosey y Mathison, 2006; Grinder, Bandler y cols., 1980). Es decir, se establece una relación pensamiento-lenguaje-conducta planteando cambios en cada uno de éstos para una mayor optimización de nuestro funcionamiento.

Objetivos

El objetivo principal de la PNL es ofrecer un marco de autoconocimiento acerca de nuestra forma de funcionar en estos tres niveles, así como ofrecer alternativas a este funcionamiento predeterminado.

Los objetivos específicos serían poder potenciar las capacidades y los recursos personales; mejorar nuestras formas de comunicación y relación, tanto con nosotros/as mismos/as, como con los demás y aumentar estrategias creativas y motivacionales, así como disminuir bloqueos cognitivos o emocionales que puedan interferir en nuestro desarrollo y crecimiento personal.

Las premisas

La PNL es una meta-modelo porque va más allá de una simple comunicación. Esta meta-modelo adopta como una de sus estrategias preguntas claves para averiguar qué significan las palabras para las personas. Se centra en la estructura de la experiencia más que en el contenido de ella. Se presenta como el estudio del «cómo» de las experiencias de cada quien, el estudio del mundo subjetivo de las personas y de las formas como se estructura la experiencia subjetiva y se comunica a otros mediante el lenguaje (González, 1996). La PNL considera las siguientes estructuras:

- a) *Programación*, entendiendo que todo lo que hacemos viene determinado por un programa dentro de nuestro sistema nervioso, lo que genera un aprendizaje o patrón de conducta.
- b) *Neuro*, lo que hace referencia a que todo comportamiento es el resultado de una serie de procesos neurológicos.
- c) *Lingüística*, es la expresión o el eco de lo que ocurre en nuestro sistema nervioso.

Los *pilares sobre los que se asienta la PNL* es el establecimiento de un rapaport o compenetración con la persona —que debería estar dispuesta a indagar en sus propios procesos—, la conciencia sensorial, pensar acerca de los resultados conseguidos y mantener un comportamiento o conducta flexible.

Los *presupuestos básicos del PNL*, que se definirán a continuación, son (Bandler y Grinder, 1980):

- El mapa no es el territorio (Korzybsky, 1933); así, lo que observamos no es una realidad objetiva, sino una elaboración propia.
- Todas las percepciones pasan por nuestro filtro, el mental, con todo lo que ello implica.
- Viajamos de un mapa personal al mapa de los otros (o el mapa que los otros nos muestran). Elaboramos nuestra realidad a partir de los diferentes mapas que recibimos.
- La gente reacciona según su mapa del mundo.
- El fracaso no existe, simplemente se da una serie de resultados de los cuales podemos extraer un determinado aprendizaje.
- El significado de toda comunicación es la respuesta que suscita.
- Si lo que estás haciendo no funciona, haz algo de forma diferente.
- Todo individuo dispone de todos los recursos necesarios para lograr los resultados que quiere.
- Toda conducta conlleva una intención positiva y la gente es mucho más que su comportamiento.

Figura 5.1. *Presupuestos básicos de la programación neurolingüística (Bandler y Grinder, 1980).*

Los individuos creamos nuestra propia realidad, por tanto, el mundo es una interpretación subjetiva o un mapa que nos creamos. Desde la PNL se señala que *este mapa no es el territorio*, y, por tanto, existirán tantas visiones diferentes como personas. Construimos nuestros mapas a partir de varios canales, como son el visual, el auditivo, el cinestésico, el olfativo, el gustativo y la memoria (experiencias anteriores), lo que generará a su vez mapas lingüísticos.

Las personas estamos capacitadas con los recursos necesarios para afrontar las dificultades que puedan surgir en nuestras vidas. Además, si una persona tiene una capacidad específica con la que nosotros no contamos, afirman que ésta podría entrenarse. Es decir, si queremos, podemos hacerlo.

Las personas *hacemos lo mejor que podemos hacer en un momento determinado*, a partir de las capacidades con las que contamos. Si actuamos como lo hacemos, es porque no conocemos otros comportamientos alternativos y, por tanto, escogemos la mejor conducta de las existentes en nuestro repertorio.

Cada persona organiza y procesa la información de una forma específica, es decir, a su manera. Nuestros pensamientos y formas de comunicarnos son únicos y de la misma manera lo son nuestros problemas, que se derivan de estas formas específicas de pensar y hablar.

Estos pensamientos y formas de comunicar nos propician experiencias y aprendizajes útiles, tal vez no en ese momento concreto, pero sí en el futuro. Por tanto, las situaciones nos ayudan a aumentar nuestro repertorio, y a más variedad, más posibilidades de éxito. Un

determinante de este éxito será la flexibilidad, entendida como la capacidad de adaptarnos al cambio y al medio.

Los problemas no son tales, así como los fracasos, simplemente son situaciones experimentales que nos ofrecen un determinado aprendizaje. En este sentido, si frente a una situación no logramos esa adaptación de la que hablábamos, debemos cambiar de estrategia. A nuevas opciones, nuevos resultados.

Dicho esto, se dice PNL para que toda conducta viene de un determinado programa que creamos individualmente (programación), con un soporte biológico (neuro) y con un lenguaje determinado —característica distintiva del ser humano— (lingüística).

Descripción técnica

LA PNL no cambia nuestro mundo, sí nuestra forma de observar y percibirlo. Así, según Sambrano (1997), se caracteriza por:

- a) *Facilitar el crecimiento del ser humano y una mejora en su calidad de vida.*
- b) *Presentar un enfoque pragmático para conseguir cambios personales debido a que posee una serie de técnicas que se asocian entre sí para lograr una conducta que se quiere adquirir.*
- c) *Establecerse como una herramienta de comunicación, influencia y persuasión.*
- d) *Basarse esencialmente en el modelado, es decir, en reproducir la fórmula de la excelencia.*

La PNL se establece como una técnica de comprensión y modificación de nuestra percepción y códigos cerebrales, así como de nuestra forma de comunicarnos.

Nuestra percepción

Percibimos el mundo a partir de nuestros canales sensoriales (los sentidos), lo cual genera una forma de verlo —que podrá ser más o menos consciente—. Tras recibir esta información, fijamos nuestra atención y guardamos la información trascendente en nuestra memoria —a corto, medio y/o largo plazos—. No podemos cambiar la manera en que filtramos la información en el pasado, pero sí en el futuro, por ejemplo, interpretándola de otra manera, buscando nuevas fórmulas de entender el mundo.

Códigos cerebrales

Nuestro sistema nervioso autónomo, es decir, nuestro cuerpo, órganos y sentidos, son dirigidos desde el cerebro y éste se ve influido por el inconsciente. La mente inconsciente es aquella que no puede interpretar los patrones negativos, depósito de recuerdos —que

generalmente se reprimen— en continuo proceso de aprendizaje y que tiene una base profundamente moral. La mente inconsciente y consciente genera dos formas de funcionar muy diferenciadas en los siguientes aspectos.

TABLA 5.1
Diferencias en el funcionamiento de mente consciente e inconsciente (Ready y Burton, 2012)

LA MENTE CONSCIENTE SE CARACTERIZA POR...	LA MENTE INCONSCIENTE SE CARACTERIZA POR...
• Trabajar linealmente. • Procesar información según secuencias. • Seguir una lógica racional. • Expresarse a partir del lenguaje verbal. • Preferir conocimientos matemáticos. • Entender la realidad a partir del análisis.	• Trabajar de forma holística o global. • Dejarse llevar por la intuición. • Generar conocimiento a partir de la creatividad. • Regular las funciones corporales y las emociones. • Almacenar los recuerdos.

El sistema de activación reticular (SRA)

El SRA es el sistema que filtra la información sensorial que nos llega y sólo traslada un porcentaje de esta información hacia el cerebro. La información que traslada al cerebro es aquella que puede ser útil para nuestra supervivencia, la que supone una novedad para nosotros y, por último, la de alto contenido emocional. Es necesario, pues recibimos demasiada información diaria, y es necesario un proceso de filtraje.

El componente de programación neurológica dentro de la PNL se centrará en la comprensión y la intervención sobre los sistemas descritos.

Nuestro sistema comunicativo

El modelo de comunicación que presenta la PNL comprende los siguientes aspectos (Bandler y Grinder, 1982, 1980):

- a) Una persona se comporta de una determinada manera y genera lo que denominan *comportamiento externo*.
- b) Éste generará a su vez una reacción en el interior de esa persona, su *respuesta interna*.
- c) Lo que a su vez genera una respuesta de cara al exterior, un *comportamiento externo*.
- d) Una reacción interna en la persona que está frente a nosotros en esta situación, su *propia respuesta interna*, que generará en la otra persona el ciclo anterior.

Por tanto, nuestra forma de relacionarnos interna y externamente es, según este ciclo y lo que la PNL propone, el cambio de estos estados internos para mejorar los resultados de los comportamientos externos.

Asimismo, considerando nuevamente estos procesos internos, debemos tener en cuenta que

nuestro cerebro percibe el mundo a partir de los sentidos y del proceso de filtraje SRA. Este proceso incluye diferentes estrategias de filtraje, como son la generalización, la distorsión y la eliminación.

J. Grinder y R. Bander (1982, 1980) señalan que las personas que dominan su capacidad comunicativa tienen claros sus necesidades y objetivos; mantienen un buen nivel de percepción de respuestas y comportamientos y, por último, desarrollan un alto grado de flexibilidad y cambio de comportamientos hasta conseguir el resultado perseguido.

Relacionando ambos aspectos, el funcionamiento de nuestro cerebro y nuestras formas de comunicación, el primer paso de la técnica será determinar nuestras *modalidades sensoriales*. La PNL considera que existen tres categorías básicas o modalidades de organización perceptual, como son *las VAC o VAK* (visual, auditiva y kinestésica, asumiendo que esta última engloba la táctil, olfativa y gustativa). Estas modalidades generarán un determinado estado interno y, por tanto, una forma de pensar, procesar, sentir, etc., de ahí la importancia de considerar las modalidades y su funcionamiento en nosotros mismos para, así, conseguir un cambio en las mismas. Cada persona utiliza de forma más frecuente una u otra modalidad sensorial; por tanto, el primer análisis a realizar es qué modalidad sensorial funciona de forma preferencial en nuestro sistema perceptivo. Existen diferentes opciones para determinar esta preferencia, como son: a) el lenguaje utilizado; b) los movimientos oculares, y c) el test de sistema representacional o de preferencia de VAC.

En primer lugar, *el lenguaje* contribuye a guiarnos sobre el funcionamiento de nuestro sistema representacional.

TABLA 5.2
Ejemplos del lenguaje de las diferentes modalidades (O'Connor y Seymour, 1992)

VARIABLES LINGÜÍSTICAS	MODALIDAD VISUAL	MODALIDAD AUDITIVA	MODALIDAD CINESTÉSICA
Predicados	Ver, mirar, observar, imaginar, aclarar, reconocer, enfocar, vislumbrar, esclarecer e ilustrar. Uso de verbos que denotan visión.	Escuchar, oír, poner atención, atender, decir, gritar, desafinar, hacer ruido y mencionar. Uso de verbos que manifiestan sonido, cómo se genera y se recibe.	Sentir, hacer, digerir, tocar, saborear, mover, oler, planear y actuar. Uso de verbos que hagan referencia a la acción o el movimiento, el tacto, el olfato y el gusto.
Comunicación no verbal	• Tono de voz alto y agudo. • Tensión muscular alta. • Respiración alta y rápida. • Gestos de señalar a los ojos. • Manos móviles. • Conducta ordenada. • Emociones que se reflejan en la cara.	• Tono medio y modulando timbre de voz. • Tensión muscular moderada. • Respiración regular. • Gestos de tocar los labios. • Manos en contacto con labios. • Conducta distraída. • Emociones que expresa	• Tono bajo. • Tensión muscular baja. • Respiración abdominal. • Gestos de mover y tocar el cuerpo. • Manos en movimiento. • Conducta de tocar y moverse. • Emociones expresadas con movimiento.

verbalmente.

Tipos de expresiones que utiliza

- Ya veo lo que quieres decir...
- Esto dará algo de luz a la cuestión.
- Dar una visión.
- El futuro parece brillante...
- *En la misma honda...*
- *Me suena a chino...*
- *Música celestial para mis oídos...*
- *Palabra por palabra...*
- *Una forma de hablar...*
- *Dar la nota...*
- *Arañar la superficie...*
- *Poner el dedo en la llaga...*
- *Contrólate...*
- *No seguir la discusión...*
- *Tener la carne de gallina...*
- *Pisar fuerte...*
- *Quitarse un peso...*

Los movimientos oculares nos ofrecen una nueva vía de acceso a estas modalidades. Si estamos procesando una información, una forma de saber la preferencia sensorial es fijar nuestra atención en el punto en que fijamos la vista siguiendo la figura que se representa a continuación.

Por último, existen diferentes tests aplicados a ámbitos diversos para detectar las modalidades y el grado en que utilizamos las mismas.

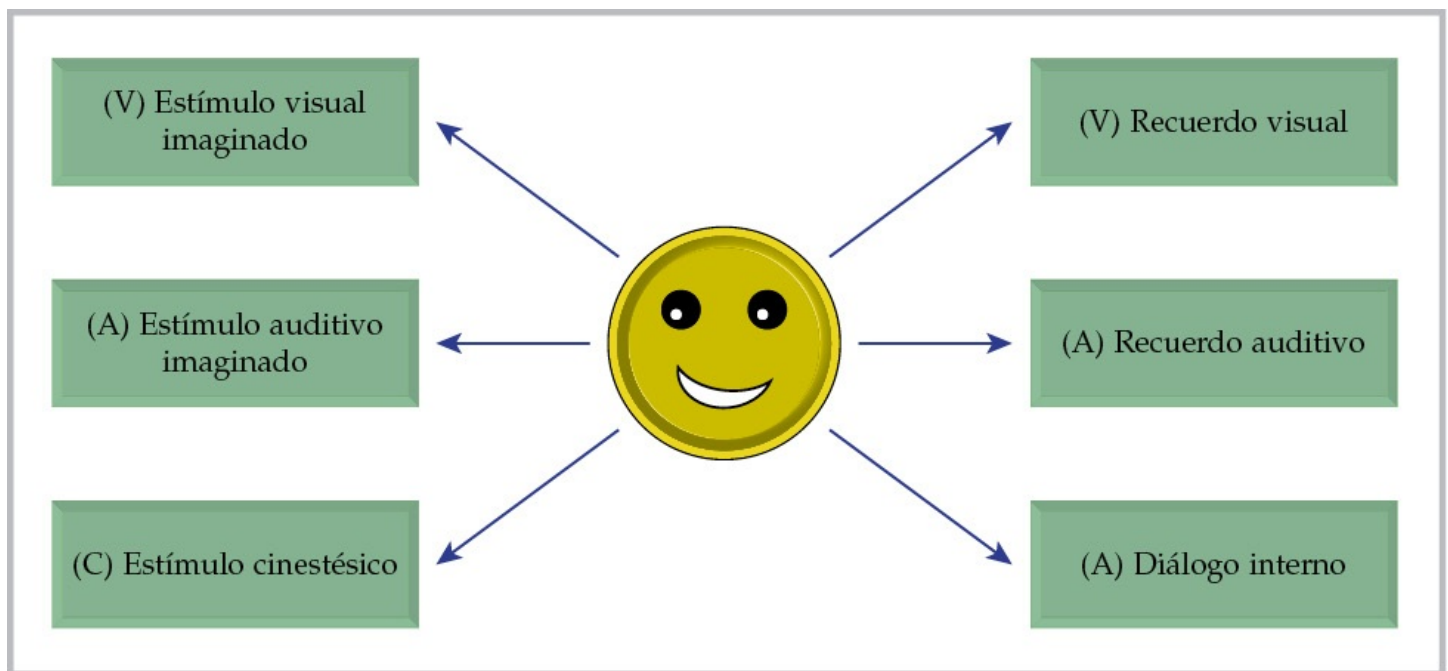


Figura 5.2. Submodalidades sensoriales según movimientos oculares (Mohl, 1992).

La comunicación es un medio para relacionarnos y la PNL también pone énfasis en los medios a partir de los cuales nos relacionamos, pues nos modifican en sí mismos. Un ejemplo lo encontramos en las neuronas espejo que se comportan y copian los comportamientos de la persona que tenemos enfrente para facilitarnos un mejor resultado o adaptación al ambiente. En este sentido, no sólo funcionar como espejos, sino también *generar compenetración*. Es esa sensación de congeniar absolutamente, en formas de comunicar, verbales y no verbales, y de entenderse a la perfección.

Por último, señalan la necesidad de **cambiar los metaprogramas**, que son las creencias y

valores que hemos ido creando a base de estímulos y reacciones educativas y culturales y que pueden comportarnos un *software* y un *hardware* interno perjudicial. Es lo que nos da una explicación interna de quiénes somos, si extrovertidos o introvertidos, que procesan la globalidad o el detalle, proactivos o reactivos, idealistas o pragmáticos, etc. Estos metaprogramas establecerán una serie de patrones de conducta y reacciones internas que podemos cambiar si escogemos y creamos un nuevo metaprograma.

EJERCICIOS

Existen multitud de ejercicios de PNL, por lo que se ha recogido una muestra de los presentados en el nivel de menor formación (*practitioner*). Las técnicas más comunes en PNL son (adaptado de Carrión, 2003; Mohl, 1992):

1. El *rapaport*, o aquellos contactos con personas que funcionan con un mapa mental parecido al nuestro, lo que generará en nosotros y en la otra persona determinados estados y conductas. La idea es crear relaciones de conexión en las que no haya juicio, ni crítica, sino el máximo respeto. A este tipo de comunicación se la llama *comunicación de centro a centro*, la cual se genera de inconsciente a inconsciente y, por tanto, no se da sólo a partir del mensaje (que tiene un 7% de impacto sobre la persona), sino también del lenguaje corporal (un 55% de impacto) y del tono de voz (un 38% de impacto). El rapaport se trabaja en tres fases:
 - *Calibrado*: se trata de entrar a conocer el mapa mental de la otra persona; por tanto, mantener en escucha y recepción, más que desde la acción. Así, cuando nos relacionamos con otras personas, el primer paso será escuchar y observar, más que intervenir. Pensemos, por ejemplo, en relaciones con personas a las que apreciamos y, posteriormente, en personas con las que mantenemos o hemos mantenido un conflicto. Podemos observar dos tipos de información: cómo se comportan y cómo reaccionamos nosotros/as. La idea básica del calibrado sería encontrar claves para adaptar mejor nuestro comportamiento.
 - *Acompasamiento*: se modela nuestra conducta para acompañar la de la persona con la que nos relacionamos. Escuchamos lo que la persona nos dice y contestamos con palabras iguales o similares, reflejando asimismo una postura y un tono de voz afín. Se trata de adoptar ciertas fórmulas de la otra persona para provocar proximidad, aquello que se conoce como «mimetización con el ambiente» (en este caso con las relaciones que establezcamos).
 - *Liderar*: dirigimos la comunicación y la relación hacia un objetivo o interés que nos hayamos marcado, el cual puede ser mantener una buena relación —por ejemplo, buscando intereses comunes— o conseguir que esa persona haga algo por nosotros/as. No se trata de una estrategia de manipulación o seducción, sino

de una mejora de nuestras relaciones personales.

El *rapaport* es una fórmula de aproximación entre las personas, buscando los mejores recursos. Pensemos si no nos sentimos más comprendidos por aquellos que escuchan que por las personas que no paran de hablar y aconsejar. Observar, escuchar, acercarnos y proponer los cuatro procesos para mejorar nuestras relaciones mediante esta técnica.

2. *El anclaje*: es la capacidad que tenemos de relacionar un estímulo con un determinado estado mental, por ejemplo, una canción puede provocarnos melancolía de forma automática. Olores, canciones e imágenes que nos evocan una situación —nos vienen a la mente como si la hubiéramos vivido ayer— y desencadenan pensamientos y emociones, así como un estado corporal. Se inicia el anclaje pensando en un momento en el que teníamos un estado positivo, y según lo que trabajemos, podemos aplicarlo a momentos en los que nos sentimos seguros, alegres, exitosos, merecedores, etc. Creamos una imagen detallada de esa situación, incluyendo estímulos de diferentes modalidades y tomando conciencia de éstos. Se trata de generar un recuerdo vívido, detallado y cada vez más potente y evocador. Una vez que tengamos la imagen, se traslada, como si pudiera moverse, por todo el cuerpo, se fija y se toma un momento de descanso para romper el estado. Se puede asociar esta imagen y sensación a un movimiento como tocarse el dedo índice u oprimir el lóbulo de la oreja.
3. *La línea de tiempo*: es un excelente ejercicio de autoconocimiento, así como de revisión y transformación personal, en el que a partir de una línea (tanto horizontal como vertical) se recogen los sucesos —positivos y negativos— más significativos que hemos vivido. Se puede señalar más o menos información según el objetivo que persigamos, así como el tono del suceso (+/-). La primera información que quedará plasmada es el tono general que pinta la línea, así como el tipo de sucesos que registramos como más significativos (por ejemplo, algunas personas señalan en la línea de tiempo el historial de relaciones, de pérdidas, los viajes, los estudios, las parejas, etc.).
4. *Las submodalidades*: en este punto es útil la metáfora del televisor. Se puede cambiar la estructura o el contenido de la televisión. Cambiar la estructura del televisor supondría cambiar el brillo de la pantalla, el nivel del color, el contraste, la velocidad de las imágenes, etc. El contenido del televisor se cambia a partir de las imágenes que se proyectan. Pensemos que cada modalidad sensorial cuenta con diferentes submodalidades; así la visual cuenta con brillo, color, saturación, etcétera. Primero imagina una imagen positiva y realiza cambios de estructura conscientes, por ejemplo, la ubicación, el tamaño o el brillo. Puedes realizar los siguientes cambios de estructura en la imagen.

Asimismo, frente a una imagen determinada, podemos trabajar añadiendo

detalles, por ejemplo, objetos en los que no nos fijamos o atender a sonidos. Para que el cambio de la estructura o el contenido sea más o menos permanente se debe realizar un aprendizaje que se inicia con la repetición.

TABLA 5.3
Submodalidades de las diferentes modalidades VAC

MODALIDAD	ESTRUCTURAS	TIPOS
Visual	Brillo	Imagen oscura/clara.
	Distancia	Imagen lejos/cerca.
	Color	Imagen blanco y negro/colorida.
	Enfoque	Imagen borrosa/nítida.
	Tamaño	Imagen pequeña/grande.
	Posición	Imagen desde arriba, abajo, izquierda o derecha.
	Movimiento	Imagen estática/hay movimiento en la imagen.
	Marco	Imagen enfocada en una sola área/imagen panorámica (se observa todo de una vez).
	Asociación	Imagen «a través de sus ojos»/imagen «afuera de su cuerpo».
Auditiva	Volumen	Volumen de los sonidos alto/bajo.
	Ritmo	Ritmo de los sonidos bajo (como una persona hablando en cámara lenta)/acelerado (como una persona hablando diez veces más rápido de lo normal).
	Dirección	¿De qué posición en el espacio vienen los sonidos? Se puede escuchar adelante, atrás, izquierda, derecha, etc.
Cinestésica	Posición en el cuerpo	¿En qué lugar del cuerpo se concentra la sensación?
	Peso	¿Se siente ligero o pesado?
	Presión	¿Se siente tenso o relajado?
	Tensión	El sentimiento, ¿es intenso o despreocupado?

5. *El control de los recuerdos:* se habla de control en este punto teniendo en cuenta que esto es posible porque el cerebro no tiene la capacidad de diferenciar entre lo ocurrido y lo experimentado en nuestro interior. Por tanto, no todos los recuerdos

que tenemos son reales, ya que filtramos la información a partir de nuestra percepción y creencias. La técnica básica para cambiar representaciones mentales es devolver el recuerdo a nuestra memoria e ir introduciendo pequeños cambios, por ejemplo, en el entorno, en la cara de la persona con la que hablábamos, en los sonidos, etc. Los recuerdos son subjetivos, de ahí que podamos modificar cierta parte de los mismos.

6. *El cambio de los metaprogramas*: los metaprogramas nos ofrecen una explicación de cómo somos y de por qué actuamos como lo hacemos. Hay dos formas de cambiarlos, a partir de un evento emocional significativo (por ejemplo, vivir una situación traumática) o mediante un esfuerzo consciente e intencional. Se trata de información arraigada en nosotros y, por tanto, el esfuerzo consciente deberá darse a partir del análisis del mismo, así como de crear interferencias o sabotajes que propicien cambios mayores. Los principales metaprogramas son: a) el programa de placer *versus* dolor; b) el de marco de referencia externo o interno; c) el de priorizar en uno mismo o en los demás; d) el de semejanzas *versus* diferencias, y e) el de posibilidades o necesidades, entre otros. Se trata de polaridades en las que solemos posicionarnos y que en ocasiones no son beneficiosas para nosotros/as. Por ejemplo, si priorizamos en exceso hacia los demás y olvidamos cuidarnos y cumplir con nuestras necesidades, probablemente iremos generando una alta sensación de insatisfacción. La intervención sobre los metaprogramas deberá ser personalizada según cómo se represente éste. La idea básica es, conociendo el concepto de metaprogramas, observar cómo se manifiestan en nuestra realidad e intentar buscar estrategias de cambio.

Otros ejercicios que se utilizan en PNL son (Álvarez, 2000):

- ⇒ *Desprogramar conductas indeseables*: se trata de modificar aquellas conductas que sabemos nos perjudican. Suelen ser conductas que hacemos pero no sabemos, porque, aun así, nos desagradan profundamente de nosotros/as mismos/as. Serían aquellas conductas de las que, aunque no seamos conscientes, nos generan sensación de malestar. En este caso debemos buscar un modelo ajeno que realice la conducta saludable, observándola atentamente y tratando de ponerlo en marcha en nosotros/as mismos/as, es decir, un modelado saludable.
- ⇒ *Reencuadre (o reframing)*: trata de ampliar el campo de visión, ver más allá de la conducta, ver alternativas y buscar interpretaciones complementarias, y mejor si son positivas. Supongamos que nuestro problema tiene un marco que lo delimita y en este caso tratamos de buscar un nuevo marco, así como nuevos elementos que lo definan.
- ⇒ *Mapas históricos*: se refiere a aquella información del pasado que recogemos y almacenamos en nuestra memoria, según nuestros propios criterios (por ejemplo,

podríamos hablar de criterios de priorización, selección, interés, experiencia, etc.). Los mapas históricos son un recurso mediante el cual plasmaríamos en una hoja (o sesión) aquellos eventos más significativos de nuestra historia para poder aplicar nuevos criterios de consideración. No podemos cambiar el pasado, pero sí aprender de lo mismo, no repetir los errores y ser mejores personas, por ejemplo, marcándonos objetivos más positivos.

Éstas son algunas de las propuestas de PNL, siendo éste un modelo que nos ofrece muchas más técnicas de promoción y superación personal.

Ámbitos de aplicación

El Instituto Español de PNL (IE PNL) señala tres ámbitos básicos de aplicación:

- a) El personal o profesional.
- b) El de la mejora de salud.
- c) El educativo.

En relación al ámbito personal, se trata de favorecer un proceso de crecimiento y desarrollo de las diferentes áreas de la vida de una persona, por ejemplo, la familia, el trabajo, las relaciones con amigos, el ocio, etc. Asimismo, refieren que *las técnicas de PNL representan un modelo terapéutico altamente eficaz para el restablecimiento del equilibrio cuerpo-mente, pudiendo así recuperar y mantener un estado saludable*. Señalan que la PNL es eficaz en el tratamiento de fobias, traumas y otros problemas de ansiedad, así como adictivos, del estado de ánimo, de la conducta alimentaria, sexuales y/o relacionales. Por último, a nivel educativo, destacan la posibilidad que ésta brinda a la hora de superar el miedo de hablar en público, de encontrar modalidades pedagógicas más adaptadas al alumnado y de manejo de dificultades en el aula.

Para ampliar la información

- Álvarez, R. J. (2000). *Manual práctico de PNL*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Andreas, C. y Andreas, S. (1980). *Corazón de la mente*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Bandler, R. y Grinder, J. (1980). *La estructura de la magia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Bandler, R. y Grinder, J. (1982). *De sapos a príncipes*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Carrión, S. A. (2003). *Curso de practitioner en PNL*. Barcelona: Obelisco.
- Cudicio, C. (1992). *Cómo comprender la PNL. Introducción a la programación neurolingüística*. España: Granica.

- Dilts, R. (1999). *El poder de la palabra*. Barcelona: Urano.
- Harry, A. (1994). *Programación neurolingüística*. Madrid: EDAF.
- González, L. G. (1996). *PNL. Comunicación y diálogo*. México: Font.
- González, L. G. (1999). *Excelencia personal: valores. Programación neurolingüística*. Buenos Aires: Lumen.
- Mohl, A. (1992). *El aprendiz de brujo. Manual de ejercicios prácticos de programación neurolingüística*. Barcelona: Sirio.
- Mounier, V. (2014). *Ayudar a los niños a través del PNL*. Barcelona: Alas.
- O'Connor, J. y Seymour, J. (1992). *Introducción a la programación neurolingüística*. Barcelona: Urano.
- Ready, R. y Burton, K. (2012). *PNL para dummies*. Barcelona: Planeta.
- Sambrano, J. (1997). *PNL para todos. El modelo de la excelencia*. Caracas: Alfa.
- Santos, A. y Lladó, E. (2012). *El libro grande de la PNL*. Vol 1. Ridgen Institute Gestalt.
- Stahl, T. (2012). *PNL. Introducción a la programación neurolingüística: para qué sirve, cómo funciona y quién puede beneficiarse*. Madrid: Paidós.

Para ampliar la formación

Para la adquisición del modelo y la técnica de PNL se presentan tres niveles de formación: el *practitioner*, o practicante en PNL; el de *master-practitioner*, o experto en PNL, y el de *trainer's training*, o entrenamiento de formadores, cada uno de no menos de 90 horas de formación.

Los conceptos y la técnica descritos en el presente capítulo se recogen en el primer nivel de formación en su mayoría —el de *practitioner*—; por tanto, la PNL ofrece muchas más posibilidades de las expuestas:

Asociación Española de PNL (AEPNL)

C/ Convento Santa Clara, 6, 5.º-9

46002 Valencia

Teléfono de contacto: 96 351 10 12

Mail: aepnl@aepnl.com

Página web: <http://aepnl.com/>

Instituto Español de PNL (IE PNL)

C/ La Safor, 12, puerta 84

46015 Valencia

Teléfono de contacto: 96 135 54 10

Móvil: 685 88 35 32

Mail: pnlspain@pnlspain.com

Página web: <http://www.pnlspain.com/>

TERAPIA INTERPERSONAL (TIP)

Definición

La terapia interpersonal (TIP) es un modelo de psicoterapia breve, inicialmente creada para el tratamiento de la depresión —y posteriormente ampliada a otros ámbitos de aplicación—, que entiende que *detrás de cualquier problema psicológico hay dos factores influyentes, como son los síntomas que van apareciendo (y que se escapan de nuestras posibilidades de control) y los problemas interpersonales o de relación. Ésta tiene dos objetivos: reducir los síntomas y tratar los problemas sociales e interpersonales asociados con el inicio de los síntomas* (Klerman, Weissman y Markwitz, 2000).

Afirman los autores que definieron la TIP que *nuestra intención no fue desarrollar una nueva psicoterapia en pacientes depresivos, sino describir lo que consideramos razonable y de práctica habitual (...), un enfoque pluralista, no doctrinario, y empírico, construido sobre la experiencia clínica y la evidencia experimental* (Klerman y Weissman, 1993).

Objetivos

El objetivo principal de la TIP es que el paciente asimile el síntoma y supere formas de relacionarse que puedan resultar poco adaptativas. Así, se trata específicamente de tomar conciencia y comprensión de la problemática física actual —síntoma, síndrome o trastorno— y de cómo ésta se ve influenciada por factores psicosociales; e, igualmente, intervenir para aliviar la sintomatología y mejorar las estrategias de afrontamiento.

Las premisas

La TIP se caracteriza básicamente por contemplar variables biopsicosociales implicadas en la situación de las personas que acuden a terapia, así como su capacidad para adaptarse o manejar el estrés intra e interpersonal. Por tanto, es un nuevo foco de atención hacia los problemas sociales y/o las dificultades en las relaciones interpersonales, concomitantes con los síntomas actuales.

La TIP estudia e interviene sobre *la relación entre patología y contexto psicosocial* del momento actual. Respecto a la variable patología, realizan el estudio del síntoma. En relación al contexto psicosocial, se centran en los roles que desarrolla la persona en su vida y las relaciones interpersonales que establecerá a partir de estos roles.

Plantea que estos roles y relaciones interpersonales generan un estrés, una sobrecarga emocional o proceso de duelo que empeorará la patología existente e incluso la desencadenará.

Los síntomas

La vida es bastante complicada para generarnos síntomas físicos y/o psíquicos. Esta situación nos otorga un rol de enfermo (Parsons, 1951) que no es sólo médico, sino también social, y que supone:

- a) Que la persona puede estar eximida de determinadas obligaciones sociales y responsabilidades.
- b) La persona sufre una situación no deseable de la que quiere salir cuanto antes (y puede necesitar ayuda externa).
- c) Genera obligaciones, como, por ejemplo, cooperar con el entorno y los cuidadores.

En este sentido, una primera propuesta es realizar una revisión de los síntomas, dar nombre al síntoma, definir la evolución y el tratamiento del mismo y la necesidad de medicación.

Nuestras relaciones interpersonales

Las relaciones interpersonales que establecemos tienen un papel determinante en lo que nos ocurre —cómo pensamos y sentimos—, así como en la forma de resolver nuestros problemas. Por tanto, muchos de nuestros problemas se derivan del tipo de relaciones que establecemos. Los problemas más frecuentes en nuestras relaciones son (Heerlein, 2002):

- a) Duelos, pérdidas por separación o muerte de personas significativas del presente o del pasado reciente.
- b) Disputas interpersonales, que tienen que ver con expectativas no recíprocas con personas significativas en el presente.
- c) Transiciones de rol o cambios vitales importantes deseados o accidentales.
- d) Déficits interpersonales o dificultades para establecer o mantener relaciones de intimidad que provocan soledad y aislamiento social.

La TIP se desarrolla en varios niveles de intervención, los que determinarán los objetivos del abordaje terapéutico (Diéguez, 2014):

- ⇒ Primer nivel de intervención: los síntomas actuales que experimenta la persona que acude en busca de ayuda. El objetivo terapéutico será aliviar la sintomatología presente.
- ⇒ Segundo nivel de intervención: las relaciones y roles interpersonales que establece la persona, con sus características y patrones. El objetivo terapéutico será mejorar las relaciones interpersonales.
- ⇒ Tercer nivel de intervención: los conflictos explícitos que se generan. El objetivo terapéutico será resolver los conflictos derivados de *a* y *b*.

El terapeuta TIP mantendrá un rol activo y de apoyo esperanzador frente a la problemática.

Descripción técnica

La terapia se desarrolla en sesiones semanales individuales, con una duración total de entre 12 a 20 sesiones.

La TIP sigue una serie de fases, como son (Klerman, Rousanville, Chevron, Neu y Weissman, 1984):

a) **Fase inicial o diagnóstica** (1.a a 3.a sesiones): es el momento de definir la sintomatología presente y de aliviar la misma. Al proceso diagnóstico le sigue la psicoeducación acerca de qué tiene la persona, qué evolución seguirá, qué pronóstico tiene y la terapéutica —si incluye sólo psicoterapia o se sugiere tratamiento médico farmacológico—. En este momento se otorga a la persona el rol de enfermo, que le dará la posibilidad de sentirse comprendido, a la vez que aliviado, y se señala la posibilidad de cambio y superación del problema. Asimismo, se realiza un estudio pormenorizado del funcionamiento social de la persona, lo que incluirá:

- Determinar las relaciones sociales más y menos cercanas.
- Definir las características de interrelación con las diferentes personas del entorno.
- Delimitar las expectativas de la persona y su entorno.
- Examinar cambios o conflictos en estas relaciones.

El terapeuta presentará las relaciones existentes entre síntomas y relaciones interpersonales identificando las cuatro áreas de problemáticas descritas, como son: duelo, disputas interpersonales de rol, transiciones de rol y déficits interpersonales.

b) **Fase intermedia o focalizada** (4.a a 10.a sesiones): se centra en el trabajo sobre el área más afectada en la vida de la persona, intentando crear conjuntamente nuevas estrategias de afrontamiento y comportamientos alternativos. Éste es el momento de activar la persona e ir progresivamente facilitando que ésta deje atrás el rol de enfermo.

c) **Fase concluyente** (11.a a 12.a sesiones): se prepara a la persona para la finalización del tratamiento resumiendo el desarrollo del proceso, así como ofreciendo una visión general de lo trabajado. Se pone énfasis en los logros adquiridos, así como en las estrategias propias de la persona.

TABLA5.4
Objetivos de la TIP según áreas problemáticas (adaptado de Diéguez, 2014)

ÁREA	OBJETIVO(S)
Procesos de duelo	Ayudar a la persona en la aceptación de la pérdida, los sentimientos que se desprenden del proceso,

y pérdida	reorganizarse y aprender a vivir sin ello. Compensar la pérdida con nuevas actividades y relaciones.
Disputas interpersonales	Explorar las relaciones y la naturaleza del conflicto desencadenado, así como opciones para resolverlo (por ejemplo, comunicativas).
Transiciones de rol	Ayudar a asumir la necesidad de cambio (transición) y revisar aspectos positivos y negativos de este nuevo rol, adaptándolos a su realidad.
Déficits interpersonales	Trabajar para la mejora de estos déficits de inicio o mantenimiento de relaciones interpersonales.

La TIP se desarrollará a partir de la psicoeducación de la persona, marcar un *setting* determinado y estrategias creadas conjuntamente entre el terapeuta y la persona.

EJERCICIOS

Las técnicas que se proponen desde la TIP son una guía de los objetivos que debe perseguir el terapeuta. No obstante, los ejercicios concretos se negocian y establecen junto al paciente, con la idea de otorgar a éste/a un papel activo en su proceso de recuperación. Las técnicas que se proponen son (Klerman, Rousanville, Chevron, Neu y Weissman, 1984):

TABLA 5.5
Técnicas de la TIP (Klerman, Rousanville, Chevron, Neu y Weissman, 1984)

TÉCNICAS	DEFINICIÓN
Exploración	Recogida de información sistemática sobre las tres variables intervinientes: síntomas, relaciones y conflictos.
Apoyo afectivo	• Aceptación y reconocimiento de bloqueos emocionales. • Manejo positivo de las emociones. • Facilitar la expresión de emociones suprimidas o bloqueadas.
Clarificación	Facilitar información acerca del funcionamiento de las diferentes áreas.
Análisis comunicacional	• Identificar pautas comunicacionales disfuncionales. • Promover pautas de comunicación eficaz.
Uso de la relación terapéutica	Posibilitar el uso de la relación terapéutica como escenario que revela patrones cognitivos, afectivos y comportamentales.
Fomento de cambios de conducta	Promover que la persona cree sus propias estrategias de afrontamiento y las ponga en funcionamiento inicialmente mediante técnicas como el modelaje o el <i>role playing</i> .

La *técnica de exploración* será la de recogida de la información actualizada que pueda ser de interés para la comprensión e intervención sobre la problemática, e incluirá

(Diéguez, 2014):

- ⇒ *Definir y clarificar el motivo de consulta (poniendo nombre al síntoma).*
- ⇒ *Completar un inventario interpersonal para evaluar el contexto relacional del paciente.*
- ⇒ *Identificar las áreas problemáticas y el grado en que éstas lo son.*
- ⇒ *Explicar las premisas y conceptos de este modelo teórico, así como establecer los objetivos de la TIP.*
- ⇒ *Evaluación de la necesidad de medicación y, en caso necesario, indicación de la necesidad de tratamiento médico.*
- ⇒ *Establecer el nivel de motivación para el cambio del paciente.*
- ⇒ *Formalizar un contrato con el paciente que incluya los objetivos anteriores, los síntomas detectados y las estrategias inicialmente propuestas.* El contrato terapéutico debe incluir el foco y los objetivos del tratamiento, así como los detalles del *setting*, que serían: el lugar de las sesiones, la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones y, por último, las actuaciones a seguir en caso de no acudir a una sesión.

En este momento inicial, y en relación a los síntomas, se deberá confirmar el diagnóstico, tranquilizar al paciente a partir de la comprensión de los síntomas y centrar la visión en el síntoma o trastorno actual: los episodios anteriores responden a otros patrones de funcionamiento. Las técnicas de exploración se materializan en: *a)* dar nombre al síntoma; *b)* psicoeducación del síntoma (características), y *c)* ecología del síntoma (beneficios y pérdidas que se obtienen del síntoma, y muy especialmente las interpersonales). En relación a este último punto, se recogerá información del *Inventario Interpersonal* para conocer la relación existente entre síntomas (o situación actual del paciente) y el entorno relacional de la persona (relaciones que mantiene y características de las mismas).

La *técnica de apoyo emocional* sería la expuesta en el primer capítulo en relación a cómo crear una relación asistencial óptima, haciendo que la persona la perciba como un entorno seguro y de confianza. En este entorno, el terapeuta tendrá la posibilidad de señalar las emociones que se derivan del síntoma y facilitar que la persona pueda liberar esas emociones. Posteriormente, el paciente deberá aprender cómo realizar este mismo ejercicio en su vida. El uso de las emociones en nuestras relaciones personales pasará por que el paciente aprenda a manejar las emociones, proceso que incluye la comprensión y la expresión emocional óptima, señaladas en capítulos anteriores.

Las *técnicas de clarificación* son las dedicadas a que la persona identifique sus áreas problemáticas. Por tanto, se trata de:

- ⇒ Identificar con qué persona se tiene qué problema (persona-problemática).
- ⇒ Definir las características del problema, por ejemplo: cómo se desarrolla, cuándo,

qué tipo de reacciones desencadena, etc.

- ⇒ Valorar las alternativas de actuación frente a la problemática, creando así un plan de actuación diferencial al que se ha puesto en marcha hasta el momento.

Con cada una de las áreas problema se realizará una exploración pormenorizada, así como intentar llegar a formas alternativas de afrontamiento y comportamiento.

Las *técnicas de análisis comunicacional* parten de la comprensión de las dificultades comunicacionales-relacionales, como, por ejemplo, la comunicación ambigua, la contradictoria, la confusa, la superflua o la interpretación de contenido incorrecta, entre otras. La comunicación eficaz se trabajará en el punto a continuación, dedicado exclusivamente a la mejora de la comunicación interpersonal.

Las *técnicas de uso de la relación terapéutica* serán aquellas que sirvan para señalar de qué manera el paciente repite patrones relacionales dentro de la misma relación asistencial; por tanto, más que una técnica o ejercicio específico se trataría de captar patrones y poder señalarlos, así como permitir que surjan emociones negativas y/o de bloqueo frente a la relación asistencial. En definitiva, un ejercicio de señalar paralelismos entre situaciones terapéuticas e interpersonales.

Por último, las *técnicas para modificar la conducta* serían las dirigidas a observar qué hacemos, de qué manera esto nos afecta y cómo cambiar la conducta que pueda ser más desadaptativa. En este punto, desde la TIP se analiza la conducta presente y sus consecuencias, y en la línea más conductual se facilitará un modelado de la conducta.

Ámbitos de aplicación

La TIP ha demostrado su eficacia en diferentes áreas (Diéguez, 2014): en depresión aguda (Elkin y cols., 1989; Weissman, 1979), en prevención de recaídas (Frank y cols., 1990; Klerman y cols., 1974), con pacientes ancianos (Reynolds y cols., 1992), pacientes con distimia (Markowitz y cols., 1998), adolescentes deprimidos (Mufson y Moreau, 1996) y pacientes deprimidos con problemas maritales (Weissman y cols., 1993; Foley y cols., 1990). En un metaanálisis presentado por Grawe, Donati y Bernauer (1994), afirman que la TIP se muestra eficaz comparada con otros tratamientos para la depresión, calificando éste dentro de los más eficaces para el trastorno —superior a la terapia cognitiva e igual que la farmacoterapia—. Asimismo, se ha mostrado eficaz en pacientes con drogodependencias (Rounseville y Carroll, 1993) y pacientes con bulimia (Fairburn, 1991), entre otros.

Para ampliar la información

Cherry, S. y Markowitz, J. C. (1996). Interpersonal psychotherapy. En J. S. Kantor (ed.), *Clinical depression during addiction recovery: Process, diagnosis and treatment*. Nueva

York: Marcel Dekker.

Diéguez, M. (2014). Terapia interpersonal. En *VII Curso en actualización en psiquiatría. Sobre psicoterapias*. Fundación Castilla del Pino. <http://www.uco.es/informacion/webs/fundacioncastilla/documentos/archivos/cursos-actualizacion/viii-curso-actualizacion/presentaciones/dieguez-pres.pdf> (consultado el 26/02/2016).

Diéguez, M., González, F. y Fernández Liria, A. (2012). *Terapia interpersonal*. Madrid: Síntesis.

Gruttert, T., Huchzermeier, C. y Aldenhoff, J. (2002). Interpersonal psychotherapy (IPT) of depression: an overview of the psychiatric historical background and clinical practice of IPT. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 70, 155-163.

Heerlein, A. (2002). Psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40 (supl. 1), 63-76.

Klerman, G. L. y Weissman, M. M. (1993). *New applications of Interpersonal Psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.

Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. y Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. Nueva York: Basic Books.

Markowitz, J. C. (1999). Developments in interpersonal psychotherapy. *Can. J. Psychiatry*, 44(6), 556-561.

Solé Puig, J. (1995). Qué es y dónde está la psicoterapia interpersonal. *Revista de psicoterapia*, 6, 141-159.

Sullivan, H. S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Nueva York: Norton.

Weissman, M. M., Markowitz, J. C. y Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. Nueva York: Basic Books.

Una página web que cuenta con un extenso material para terapeutas y pacientes, es la de la psicóloga **Elia Roca**. Se pueden consultar el cuestionario inicial y la definición de áreas problemáticas de la TIP, de amplio interés para la aplicación de la TIP: <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/pagina5.htm>

Para ampliar la formación

Sociedad Española de Terapia Interpersonal (SETIP). C/ Sagasta 20, 4 planta. 28010 Madrid

COMUNICACIÓN INTERPERSONAL

Definición

La comunicación interpersonal es el intercambio comunicativo verbal y no verbal que se establece entre dos o más personas donde se produce un intercambio humano de ideas, actitudes y emociones (Vander, 1986; Gallar, 2006).

Objetivos

El objetivo de la comunicación interpersonal es establecer unas relaciones saludables. En la sociedad actual, la llamada sociedad de la comunicación, paradójicamente se ha visto perjudicado el desarrollo de las relaciones interpersonales sanas, y en este sentido se trata de:

- a) Conocer las características del proceso comunicativo, así como las dificultades que pueden surgir en su desarrollo.
- b) Evitar la manipulación cotidiana.
- c) Favorecer una comunicación emocional sana.
- d) Aprender otras habilidades sociales que faciliten la adaptación al medio relacional.

Las premisas

La sociedad del conocimiento es también la sociedad de la impaciencia y de la inmediatez (...). Cada vez se pierden más unos valores como la lealtad, la fidelidad, la confianza o la amistad, que piden una concepción de la vida y del mundo a largo plazo (Serrano, 2008). Es en esta sociedad en la que las relaciones se ven afectadas, y si no, sólo hace falta fijarse en un espacio donde haya gente pasando, todas mirando el móvil sin apenas alzar la cabeza, supuestamente comunicándose y al mismo tiempo alejándose del contacto interpersonal directo. En una sociedad donde todo tiene que ser «ya», los contactos se realizan de forma inmediata, indirecta y continua, afectando de manera inequívoca a cómo nos relacionamos.

La manera en que nos comunicamos se ha visto terriblemente reducida, disminuida y jibarizada, lo que ha supuesto la incapacidad para la profundización en los asuntos, la incapacidad autónoma de reflexión, la elaboración independiente de conclusiones y el análisis crítico de los acontecimientos (...). La clave de la comunicación contemporánea es la brevedad y el simplismo, el cualitativo del mensaje y de la información ha dejado de tener sentido (Serrano, 2013). La comunicación es nuestro vehículo para conectar con los demás. Contando que las relaciones personales son una parte de nosotros mismos y favorecen nuestra felicidad, es esencial cuidar esta comunicación.

Características y funciones del acto comunicativo

La comunicación tiene varios componentes que se deben contemplar a lo largo de la intervención terapéutica sobre la misma. Bien conocidos son el emisor (persona que emite la comunicación); el receptor (persona que recibe la comunicación); el mensaje (lo que se comunica, el contenido); el canal (elemento físico por el que pasa la comunicación), el contexto (medio en el que se expresa la comunicación), y, por último, el código (expresión de la comunicación).

La comunicación interpersonal se define como aquella interacción de dos o más personas que se da cara a cara, es decir, de forma directa entre personas próximas, en las que se recibe un *feedback* inmediato. Las características de este tipo de comunicación serán (Zayas, 2011):

- ⇒ Se dará interrelación de emisor y receptor.
- ⇒ Las personas participan activamente.
- ⇒ Se da un intercambio directo.
- ⇒ Tendrá un contenido verbal y no verbal.
- ⇒ Implica a dos o más personas.
- ⇒ Se desarrolla a partir de una secuencia de acción-reacción-acción, y así progresivamente.
- ⇒ Se reconoce al interlocutor y, por tanto, se le otorga un determinado rol.
- ⇒ Se creará un espacio de contenidos subjetivos que incluirá pensamiento, emociones, motivaciones, informaciones, deseos, necesidades y objetivos.
- ⇒ El grado de reglamentación es limitado y, por tanto, frecuencia, forma y contenidos se negocian.

La *teoría de la comunicación interpersonal* afirma que existe lo que denominan *respuestas complementarias*, que se generan en búsqueda de aproximarnos a las personas con las que interactuamos, especialmente aquellas que son significativas para nosotros (Carson, 1969; Kiesler, 1983). Estas respuestas provocarán una serie de reacciones en la persona con la que nos relacionamos dentro de un rango determinado de respuesta. Estas respuestas generan diferentes patrones definidos a partir del *círculo interpersonal bidimensional* (Carson, 1969; Kiesler, 1983):

1. Según la variable de reciprocidad: nos relacionamos en términos de control sobre la relación, pudiendo funcionar como dominantes o sumisos, atrayéndonos como polos (el dominante atraerá al sumiso y el sumiso al dominante).
2. Según la variable de correspondencia: nos relacionaremos con mayor o menor afiliación, es decir, amigable o cordialmente o, por el contrario, hostilmente. En este caso, amigable atraerá a amigable y hostil a hostil.

La importancia de este tipo de comunicación radica en que es el método a partir del cual nos relacionamos los seres humanos. En este sentido, desde la Escuela de Palo Alto se originó la teoría de la comunicación humana (Watzlawick, 1971). La teoría de la comunicación humana se estructura en cinco axiomas que se cumplirán indefectiblemente en los diferentes actos comunicativos, como son (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1971):

1. Es imposible no comunicarse, por lo que hasta el silencio es una forma de comunicación.
2. Toda comunicación tiene un *nivel de contenido* y un *nivel de relación*, de tal manera que el último clasifica al primero, y es, por tanto, una metacomunicación.
3. La naturaleza de una relación depende de la gradación que los participantes hagan de las secuencias comunicacionales entre ellos.
4. La comunicación humana implica dos modalidades: la digital y la analógica.
5. Los intercambios comunicacionales pueden ser tanto simétricos como complementarios.

Este modelo destaca por plantear la interrelación de comunicación y procesos de relación e interacción.

Tipos de comunicación interpersonal

Las funciones de la comunicación generan diferentes tipos de comunicación determinantes en nuestras relaciones. Cuando establecemos una comunicación con otra persona, ésta siempre tendrá una función determinada, como la afectiva (relacionarnos emocionalmente con los demás), la reguladora (regular la conducta de los demás) y la informativa (trasladar algún tipo de información), desprendiéndose de éstas funciones los tipos de comunicación interpersonal que se comentarán a lo largo del presente capítulo.

La *comunicación emocional* será aquella que pretende trasladar emociones positivas y/o negativas entre seres humanos.

La *comunicación de las relaciones sociales* puede dirigirse hacia la regulación de la conducta y el establecimiento de relaciones saludables.

La *comunicación informativa* sería la forma de trasladar información para que la persona que la reciba la entienda perfectamente.

Comunicación emocional

La comunicación emocional es aquella *capacidad y habilidad que tiene cada sujeto para comprender sus estados emocionales y los de los demás, así como para transmitirlos a través de una correcta expresión verbal (oral, escrita o simbólica) y no verbal (expresiones faciales, gestos, movimientos, posturas, etc.) con el fin de relacionarse apropiada y eficazmente con los demás y consigo mismo* (Etchevers Goijberg, 2004).

Los seres humanos tenemos la capacidad (a la hora que la necesidad) de trasladar nuestras emociones, así como de entender las emociones de los demás y poder hablar de ello. Las capacidades que estarían implicadas en la comunicación emocional, excluyendo la conciencia emocional —ya presentada en capítulos anteriores— serían (adaptado de Bisquerra, 2000):

- ⇒ Tener en cuenta la perspectiva de los demás y los diferentes puntos de vista.
- ⇒ Respeto por los demás, sus características y diferencias individuales y grupales.
- ⇒ Comunicación receptiva, es decir, la capacidad para atender las necesidades de los demás y comprender las emociones de éstos.
- ⇒ Comunicación expresiva, concretamente de dar a conocer nuestros sentimientos —lo que supondrá reconocer lo que nos ocurre—.
- ⇒ Cooperación, siendo ésta la capacidad para colaborar en diferentes momentos y tareas.
- ⇒ Negociación frente a conflictos y emociones negativas de los demás.
- ⇒ Negativa o la capacidad de decir que no.
- ⇒ Capacidad de búsqueda de ayuda cuando las circunstancias no nos permitan encontrar soluciones.

De hecho, si somos capaces de desarrollar estas habilidades, conseguiremos un alto grado de autoeficacia emocional en las transacciones sociales, lo que se conoce como *emotion-eliciting social transactions* (Saarni, 2000).

La comunicación emocional se desarrolla a partir de dos componentes, el verbal y el no verbal. En ésta, *tiene un peso relevante la comunicación no verbal* (Davis, 1979; Knapp, 1982), de hecho es tan importante que tiene un peso del 65% en el acto comunicativo frente al 35% de la comunicación verbal, según estos autores. A título recordatorio, hablaríamos de comunicación no verbal, incluyendo los criterios de la tabla 5.6.

Si consideramos que comunicación emocional nos remite directamente a las emociones, debemos considerar un aspecto fundamental, la diferencia entre la expresión de emociones positivas y de emociones negativas. Así, puede suponer un ejercicio altamente dificultoso trasladar emociones negativas, bien sea por tener que trasladar malas noticias o tener que decir no.

En resumen, la comunicación emocional implicará el desarrollo de la flexibilidad de pensamiento, el respeto por los demás, la escucha activa, la expresión emocional —positiva y/o negativa—, la cooperación y negociación frente a problemas y/o conflictos y, por último, la capacidad de decir no, un arduo trabajo, pues implica aspectos inconscientes o que se escapan de nuestro control inmediato, como la comunicación no verbal en la gran medida en que ésta se encuentra implicada en la misma.

Comunicación en las relaciones sociales

La comunicación que se da en el seno de las relaciones sociales se establecerá con el

objetivo de desarrollar una interacción recíproca de dos o más personas. La comunicación social —entendida en el contexto de esa interacción— parte de la habilidad para comunicarse de forma clara y directa, escuchar activamente, la resolución de conflictos y la expresión asertiva.

La comunicación en las relaciones sociales implica diferentes habilidades (tabla 5.7).

TABLA5.6
Componentes no verbales de la comunicación emocional (Bateson y cols., 1984)

CRITERIOS DE LA CNV	CARACTERÍSTICAS
Vocal	• Lingüístico. • Paralingüístico.
Kinésico	• Movimientos corporales y faciales. • Elementos del sistema neurovegetativo (coloración de la piel, dilatación de la pupila, actividad visceral, etc.). • Postura. • Ruidos corporales.
Táctil	• La capacidad de sentir y tocar.
Proxémico o territorial	• La relación con nuestro espacio.
Otros	• Emisión de olores. • Indumentaria, cosmética y ornamentación.

TABLA5.7
Habilidades implicadas en las relaciones interpersonales

HABILIDADES SOCIALES	HABILIDADES DE AUTOCONOCIMIENTO	HABILIDADES COMUNICATIVAS	HABILIDADES SOBRE LÍMITES
• Iniciación del contacto y comienzo del acto comunicativo. • Autoimagen positiva y confianza personal. • Asertividad. • Red de apoyo social.	• Autenticidad y espontaneidad. • Buena autoestima. • Integridad y coherencia. • Conocimiento y expresión emocional. • Percepción saludable de la realidad. • Sentido de identidad.	• Escucha activa. • Empatía. • Respuesta reflexiva. • Expresión y comprensión del lenguaje verbal y no verbal. • Claridad y capacidad comunicativa. • Negociación. • Capacidad de oratoria.	• Respeto por el otro. • Reconocer valores e intereses comunes. • Validación de la relación. • Regulación emocional. • Límites y distancia saludables. • Evitación patrones dependencia.

Las relaciones sociales saludables implican las habilidades anteriores y una serie de valores determinantes (la autenticidad, la confianza, el respeto mutuo, la compasión y la comprensión), así como una serie de comportamientos favorables, como serán dirigir la conducta hacia las soluciones, la descripción de problemas y circunstancias, la empatía y la igualdad. Asimismo, existen otras conductas que perjudican las relaciones: los juicios, el control y las actitudes de neutralidad-inferioridad-superioridad.

Las relaciones interpersonales se establecen sobre la base de la satisfacción de necesidades mutuas. Una relación saludable debe contemplar las necesidades de cada uno de los miembros de esta relación, así como de los cambios que van sufriendo indefectiblemente.

Una primera pauta para una convivencia saludable es el uso de lo que se denominan *palabras mágicas*, como son: buenos días, buenas tardes, buenas noches, muchas gracias, por favor, perdón, hola y adiós.

Comunicación informativa efectiva

La palabra es mitad de quien la pronuncia y mitad de quien la escucha.

MICHEL DE MONTAIGNE

La información se traslada de forma efectiva cuando el receptor la recibe y la comprende perfectamente, lo que supone:

- ⇒ Comunicar la información de forma clara y comprensible.
- ⇒ Asegurar la comprensión del mensaje a trasladar o *feedback*.
- ⇒ Adaptar la comunicación a intereses, características y desarrollo de interlocutor y acto comunicativo.
- ⇒ Comunicar en público de forma efectiva.

La esencia en la comunicación eficaz es el receptor, en tanto que es el que recibirá el mensaje y al que le tiene que quedar claro el mismo. Para trasladar este **mensaje de forma efectiva** debemos hacernos cuatro preguntas: ¿por qué? (objetivo del mensaje), ¿a quién? (receptor o auditorio), ¿qué (mensaje y/o guion) y, ¿cómo? (los medios o recursos con los que cuento). Además, este mensaje se desarrolla, como otras creaciones narrativas, en: inicio-desarrollo-finalización, lo que supone una introducción al mensaje, el desarrollo del tema que se quiere trasladar y el cierre.

En el acto comunicativo existe lo que se denomina *acto de distorsión*, es decir, todo lo que está implicado en el mismo y puede complicarse. En este sentido, hay una distancia entre lo que quiero decir y lo que acabo diciendo que pasa por lo que pienso que quiero decir, lo que pienso que siento y lo que siento en realidad. Por tanto, la comprensión del mensaje estará en función de lo que se dice (el mensaje), así como de lo que pienso y siento mientras recibo el mensaje. Para **recibir el feedback** adecuado el emisor debe ofrecer el espacio para recibirlo,

que éste sea descriptivo y concreto, inmediato y en momento y espacio adecuados, y que tenga en cuenta necesidades mutuas.

La **adaptación al/los receptor/es** parte del conocimiento de los mismos, de las expectativas que mantenga/n, del uso de un lenguaje adecuado y la predisposición para el acto comunicativo y el análisis del mismo en caso que fuera necesario (metacomunicación). Se trata de facilitar el acto comunicativo el máximo posible, y para ello el indicador más fácil es la respuesta que recibimos del receptor.

Hablar en público o el arte de la oratoria es una habilidad social costosa para un tanto por ciento de la población elevada. Hablar en público responde a tres objetivos, el de enseñar, el de conmover y el de agradecer. En el acto de hablar en público se puede perseguir uno o más de los objetivos señalados (adaptado de Ramón, 2005):

- ⇒ *Enseñar* supone seleccionar una serie de hechos o ideas para instruir a un grupo o auditorio.
- ⇒ *Conmover* se realiza a partir de un discurso dirigido a emociones, con la idea de influir en las emociones de los oyentes.
- ⇒ *Agradar* supone obtener reconocimiento y buena imagen de los oyentes.

Existen cuatro formas de trasladar un discurso o elocución en público, como son: el leído (el cual pierde el contacto visual), el memorizado (el cual pierde espontaneidad), el improvisado (el cual puede perder contenidos) y el que se desarrolla sobre guion (el cual intenta conjugar los tres anteriores).

Por tanto, hablar en público implica la voluntad o intención del orador y la planificación del discurso, así como humor, ironía y/o retórica u otros recursos que se pueden incluir para mejorar la oratoria.

Descripción técnica

Cada una de las comunicaciones expuestas, la emocional, la social y la informativa, generan técnicas específicas para facilitar su recepción y expresión. No obstante, a nivel general, éstas se pueden trabajar como cualquier otra habilidad social. En primer lugar, teniendo clara la habilidad que queramos trabajar y utilizando las principales técnicas para entrenar en conductas habilidosas socialmente (adaptado de Caballo, 1993):

TABLA5.8
Principales técnicas del entrenamiento en habilidades sociales (adaptado de Caballo, 1993)

TÉCNICAS	OBJETIVOS
Instrucciones y modelado	Informar y hacer demostraciones de las conductas adecuadas (mostrar).

Ensayo conductual	Reproducir y practicar las conductas que la persona quiere desarrollar (practicar).
Retroalimentación y refuerzo	Moldear y perfeccionar las conductas exhibidas por el sujeto (moldeamiento).
Mantenimiento y generalización	Facilitar el mantenimiento y la generalización de las conductas aprendidas.

a) *Instrucción o explicación verbal*: se trata de explicar en qué consiste dicha habilidad, su importancia, su uso adecuado, los beneficios que se obtienen y el contexto en el que aplicarla. Es decir, el qué y el cómo aplicar una determinada habilidad. La explicación puede incluir:

- Descripción y características de las habilidades a trabajar.
- Situaciones sociales y ejemplos de aplicación de estas habilidades.
- Motivos que justifiquen su aplicación.

b) *Utilización de modelos*: la habilidad a entrenar se realiza a partir de un modelo que represente los puntos anteriores. Se aprende mejor cuando las características del modelo son similares a las de los usuarios que forman parte del entrenamiento, características como: la edad, la pertenencia al mismo grupo, que sea una persona significativa, etc. Por tanto, después de describirla, escogeremos a la persona que mejor represente y desarrolle esta habilidad.

c) *Role play*: se pone en práctica la habilidad en situación de aprendizaje, realizando lo que denominamos experimentos. Se intentará aplicar la habilidad en diferentes situaciones, bajo supervisión del terapeuta. Así, se presentará el modelo, se definirán las situaciones experimentales, se llevarán a cabo y se evaluará como ha sido el resultado.

d) *Reforzamiento*: se determinará y otorgarán reforzadores al acabar los ensayos conductuales. Así, los reforzadores más potentes serán los sociales, pero se pueden pactar de diferentes tipos en función de la dificultad del ensayo.

e) *Retroalimentación*: consiste en proporcionar información acerca del desarrollo del ensayo conductual, así como de la adquisición de la habilidad. Si la práctica no ha resultado como se preveía, se motivará a intentarlo de nuevo, pues no es tan fácil adoptar nuevas conductas —y así debemos señalarlo—.

f) *Actividades para la generalización*: se puede realizar la indicación de practicar en casa, así como en situaciones diferentes a las ensayadas en el entorno terapéutico. La idea es ampliar nuestra actuación a diferentes escenarios y situaciones.

En realidad, si nos fijamos en esta técnicas, se trata de un proceso reflexivo acerca del proceso comunicativo y de acción, de poner en práctica, para adquirir desenvoltura en la misma.

EJERCICIOS

Los ejercicios que se presentan a continuación se clasifican en la siguiente tabla, más allá del entrenamiento en habilidades sociales que será la base para la adquisición de las mismas.

TABLA 5.9
Cuadro de técnicas de comunicación interpersonal (elaboración propia)

TIPO DE COMUNICACIÓN INTERPERSONAL	TÉCNICAS A UTILIZAR
Emocional	• Técnicas de escucha activa. • Técnicas para la flexibilidad de pensamiento. • Comunicación de malas noticias. • Comunicación OLACEE (Servan-Schreiber, 2003). • Técnica del bocadillo (Caballo, 1993).
Social	• Indagación-sintonía-implicación. • Técnicas de comunicación budistas. • Técnicas para aprender a decir no. • Técnicas para evitar manipuladores cotidianos. • Técnicas de negociación y resolución de conflictos.
Hablar en público	• Técnicas para hablar en público. • Diálogo socrático. • La buena comunicación... la de los faros (Ramón, 2005).

A continuación se expone la descripción de las técnicas señaladas, que podemos utilizar para mejorar la comunicación interpersonal.

Comunicación emocional

La comunicación emocional, una vez superada la psicoeducación y la regulación emocional, es la necesidad de trasladar emociones a los demás, para que nos comprendan, nos apoyen o respondan a determinadas necesidades:

⇒ *Técnicas de escucha activa: para comunicar, lo primero es escuchar. En la buena comunicación, escuchar quizá todo (...). Vivimos en un mundo ruidoso, rodeados de estímulos, un entorno donde nos cuesta crear espacios de silencio en los que nos podamos escuchar de verdad. Y nos cuesta también silenciar nuestro mundo interior: dejar de lado los pensamientos, preocupaciones y juicios que hacen difícil, por no decir imposible, escuchar de verdad a los demás. No escuchamos porque tenemos prisa, estamos demasiado ocupados preparando una respuesta, no tenemos paciencia, no nos interesa lo que nos dicen y difícilmente sabemos escucharnos a nosotros mismos (Ramón Cortés, 2011).*

La escucha activa empieza por la disposición psicológica o intención de escuchar. La intención conlleva una actitud que debe ver el receptor, como son el contacto visual que asociamos al interés en lo que nos están diciendo, así como un lenguaje corporal acorde con esta intención de escuchar (por ejemplo, cuerpo adelantado y dirigido hacia el emisor). Se debe evitar interrumpir, juzgar, infravalorar lo que esta persona siente y pensar en lo siguiente que vamos a decir o actuar desde *el síndrome del experto* («esto que me explicas, yo sé a qué te refieres...»).

Los pasos a seguir para establecer una escucha activa son (Ramón, 2011):

- Mostrar interés en lo que habla la otra persona, por ejemplo, mediante el uso de palabras neutras como «¿qué ocurrió?».
- Clarificar lo que se ha dicho, así como obtener más información, preguntando o pidiendo aclaraciones si lo necesitamos.
- Parafrasear para demostrar que comprendemos lo que nos dicen. Se pueden repetir ideas o expresiones para propiciar acercamiento y percepción de comprensión.
- Reflejar que entendemos los sentimientos de la otra persona, por tanto, mostrar empatía hacia la persona.

Escuchar activamente no es simplemente oír las palabras, sino conectar con lo que dice la otra persona.

⇒ *Técnicas para la flexibilidad de pensamiento*: la flexibilidad de pensamiento no es específicamente una técnica comunicativa, pero sí una actitud que nos ayudará en la comunicación emocional. La flexibilidad de pensamiento empieza cuando dejamos atrás tres hábitos que frecuentemente repetimos, como son (Riso, 2010):

- a) Dejar de mentirse a sí misma (realismo).
- b) Aprender a perder (humildad).
- c) Aprender a discriminar cuando se justifica actuar y cuando no (sabiduría).

Pensemos que nuestro cerebro tiende a lo contrario, a mantener las ideas hasta el final, hacia la testarudez y tener la razón. Por tanto, la primera idea es integrar el «no siempre tengo la razón» y «se puede ver de otra manera», moviéndonos del inmovilismo hacia las posibilidades y alternativas de pensamiento. Un pensamiento con mayor flexibilidad implica que tomemos conciencia de la necesidad de cambiar y, por tanto, conocer cómo funciona nuestro pensamiento (por ejemplo, a través de la autoobservación y el autorregistro). Es necesario en ese momento debatir y reordenar los pensamientos sobre los principios de evidencia empírica del pensamiento (buscar pruebas, pensamiento científico), la consistencia lógica

(racionalidad) y efectos pragmáticos, como con cualquier otro tipo de pensamiento. El pensamiento flexible es aquel que, a diferencia del rígido o del líquido, entiende que(Riso, 2010):

*No lo sabemos todo, ni somos perfectos
Nos equivocamos
Cambiamos de perspectiva (nos descentramos)
Apelamos a la razón
Sabemos reírnos de nosotros mismos
No enjuiciamos de buenas a primeras, ni catalogamos o etiquetamos sin más
No vemos la vida de color negro, sino de muchos colores
No nos conformamos, cuestionamos y cambiamos si hace falta
No aceptamos a los tiranos, ni la autocracia. Desobedecemos
Somos creativos y divergentes (vemos mil caminos posibles)
Somos complejos y sencillos, pero no simples*

⇒ **Comunicación de malas noticias:** éste es el tipo de comunicación más costoso que existe. Comunicar a una persona lo que probablemente sea la peor noticia de su vida es un acto que, pase el tiempo que pase y se tenga la experiencia que se tenga, es difícil. A continuación, las pautas para la comunicación de malas noticias de R. Buckman (1992).

TABLA 5.10
Protocolo de comunicación de malas noticias (Nomen, D., 2008, adaptado de Buckman, 1992)

OBJETIVO	ACCIONES
Iniciar la entrevista con buen pie	• Conseguir el mejor contexto físico y no verbal posible. • Elegir quiénes deben estar presentes y quiénes no.
Descubrir qué es lo que sabe el receptor	Plantear una batería combinada de preguntas cerradas y preguntas abiertas hasta conseguirlo. Un ejemplo de pregunta cerrada podría ser «¿el agente de policía le ha dicho por qué le trajo aquí?». Las abiertas, en cambio, serían del tipo: «¿qué sentimientos le despierta lo que he dicho?» o «¿cómo se encuentra en este momento?».
Descubrir qué es lo que quiere saber el receptor	• Invitar al paciente (esta fase del protocolo se reserva, de hecho, para entrevistas en el ámbito médico) a manifestar de la forma más explícita posible hasta dónde desea ser informado. • Dejar abierto el canal de comunicación (hablando, por ejemplo, sobre el tratamiento y dejando de lado determinados detalles del diagnóstico o la evolución previsible) para poder completar las informaciones pendientes si el paciente cambia de opinión.
Compartir la información	• Meditar sobre lo que debe decirse y sobre cómo debe decirse, a fin y efecto de preparar el discurso. • Dialogar con el receptor partiendo de su situación, de lo que ya conoce. • Ofrecer la información de una manera «educativa», es decir, a pequeñas dosis, en un lenguaje lo más claro posible, comprobando que somos escuchados, clarificando a menudo lo ya dicho, escuchando al receptor e intentando ligar nuestras palabras a las suyas.

[En el ámbito médico, se trata de decidir la propia agenda (diagnóstico, plan de tratamiento, pronóstico, seguimiento y apoyo); de situarse en el punto de partida del paciente y, después, de actuar como se ha descrito en el apartado de ofrecimiento de la información, con el objetivo final de intentar que la propia agenda y la del paciente acaben combinándose.]

Responder a los sentimientos del receptor	• Esforzarse por identificar los sentimientos que hay detrás de las manifestaciones verbales y no verbales del receptor para conseguir que puedan aflorar. • Mostrar reconocimiento y respeto por esos sentimientos para poder reflexionar conjuntamente con el receptor sobre ellos. • Guiar los sentimientos del receptor hacia los ámbitos donde haya alguna esperanza o, simplemente, donde pueda hallar argumentos para sentir que debe continuar adherido a la vida.
Realizar una planificación y establecer su seguimiento	• Planificar para el futuro, de manera tal que el receptor comprenda que hay una perspectiva posible, sea del tipo que sea, sin ocultar, no obstante, lo irresoluble. • Comprometerse con el receptor en el seguimiento de cuanto se haya planificado le proporcionará una gran seguridad: la de no ser abandonado a su suerte.

⇒ *Comunicación OLACEE* (Servan-Schreiber, 2003): es una fórmula sencilla presentada como un acrónimo para tener clara a la hora de comunicar emociones:

O ORIGEN. PROBLEMA. PERSONA
L LUGAR Y MOMENTO ADECUADOS
A APROXIMACIÓN AMISTOSA
C COMPORTAMIENTO OBJETIVO
E EMOCIÓN
E ESPERANZA FRUSTRADA

Comunicar emociones supone centrarse en el problema y/o la persona, escogiendo un lugar y momento adecuados. La aproximación debe ser amistosa y poniendo encima de la mesa el comportamiento objetivo o los hechos, posteriormente lo que hemos sentido y, por último, qué hubiéramos deseado que pasará o que la persona hiciera, y *preguntar e intentar comprender: ¿qué ha pasado?, ¿cómo se ha sentido la persona?, ¿qué fue lo más difícil en esta situación?* (Nomen, 2007).

⇒ *Técnica del bocadillo* (Caballo, 1993): se presenta primero una información positiva seguida de una negativa y, posteriormente, para suavizar, de nuevo una expresión positiva. Así, se puede trasladar un mensaje negativo con un impacto menor que si se hiciera de una forma más directa.

Comunicación en las relaciones sociales

Las propuestas que se presentan a continuación son ejemplo de cómo podemos fomentar relaciones sociales saludables en este mundo que cada vez nos pone más difícil relacionarnos. Se trata de ejercicios y/o técnicas con objetivos concretos, desde conectar

con otra persona a evitar las manipulaciones que aparecen en ciertos tipos de relación:

- ⇒ *Indagación-sintonía-implicación* (Erskine y Trautmann, 1993): es una propuesta de la *psicoterapia integrativa* para mejorar las relaciones en el entorno terapéutico que podría ser extrapolable a otro tipo de relaciones. En primer lugar, se trata de indagar o buscar juntos; en este caso, aplicado a relaciones, podríamos hablar de un compromiso u objetivo en la relación. La sintonía supone una conexión que sentimos cuando sentimos que encajamos perfectamente con la otra persona. Empieza con la empatía —entendiendo lo que le ocurre a los demás— y sigue con la comunicación acerca de lo que vayamos detectando, es decir, hablar con el corazón. Por último, la implicación incluye el reconocimiento de la persona, la validación de la relación, la normalización en la comunicación y la presencia en la interacción, lo que, traducido, sería admirar a la persona, definiendo, aceptando y nombrando el tipo de relación que se establece, hablando y comportándonos tal como somos y estando ahí, en tiempo, cabeza y emociones. Se recomienda fomentar este tipo de contactos, como mínimo de dos a cinco veces por semana.
- ⇒ *Técnicas para aprender a decir no* (Kellner, 2005; Riso, 2010): decir no es un derecho universal de las personas. Estamos en nuestro derecho a decir que no queremos hacer una cosa. Normalmente, cuando decimos que no, no nos falla tanto el mensaje como las formas, por ello tenemos que contemplar ambas variables. Mediante nuestra comunicación no verbal debemos intentar que la distancia sea la correcta y la postura tranquila y relajada en la medida de lo posible. En relación al contenido, debemos tener claro qué queremos decir e introducirlo, momento en el cual, si la persona nos señala que no es el momento, pactar otro que pueda ser adecuado para ambos. Podemos utilizar *la técnica del disco rayado*, que consiste en repetir una premisa cuando vemos que la persona intenta justificarse o cambiar nuestro argumento, de ahí que sea necesario que tengamos la idea clara. Por último, *el aplazamiento* es una técnica opcional que podemos aplicar cuando no nos vemos capaces de atender a una necesidad o de responder con un argumento adecuado, y se trata de aplazar la decisión o conversación hasta otro momento. Para que el mensaje quede adecuadamente instalado sería recomendable cerrar la conversación con algo positivo.
- ⇒ *Técnicas para evitar manipuladores cotidianos* (Vicente, 2008): los manipuladores cotidianos son aquellas personas que ponen sus necesidades por encima de todo, por egoísmo o por perversión. La manipulación se ejerce utilizando estrategias como el chantaje emocional, haciendo sentir a la persona miedo, culpa o vergüenza si no hace lo que se pretende que haga. Esta manipulación se puede llevar a cabo de forma más o menos sutil y supone un funcionamiento de cambio de pasivo a agresivo en un minuto, no sólo mediante el chantaje, sino también la crítica, la amenaza o inhibir a la otra persona. Detectar cuándo se nos está aplicando

manipulación se realiza localizando el malestar que éste nos genera, ése será el indicador inicial. La situación en la que se nos pone nos produce malestar. Para ello, recomienda el autor señalando:

- a) Reconocer métodos de manipulación, como los señalados.
- b) Reforzar los puntos débiles que utiliza el manipulador para atacarnos, por ejemplo, el miedo al abandono.
- c) Enfrentarse a la manipulación, por ejemplo, rebatiendo argumentos, cortando la comunicación o finalizando la relación con esa persona —dependiendo del grado de sufrimiento que ésta nos provoque—. Es útil en este punto contar con el apoyo de terceras personas.

A la hora de ejercer asertividad se intentará llegar a un compromiso viable, escuchando la información que se nos ofrece y dando información acerca de cómo te sientes. Frente a la *asertividad defensiva*, es decir, la reacción de defender un argumento a toda costa, servirá la técnica del disco rayado, presentada anteriormente. La *técnica del banco de niebla* es aquella que evita que te defiendas, pues a más defensa, más ataque; simplemente escucha, no contraataques y expón tu punto de vista.

Ante agresiones activas y directas es necesario manejarlo mediante una actitud lo más calmada posible, evitando confrontación directa.

⇒ *Técnicas de negociación y resolución de conflictos*: negociar significa encontrar una solución satisfactoria para dos partes enfrentadas o afectadas por un mismo problema. El arte de negociar implicará a dos o más personas y se verá condicionado por múltiples variables, lo cual complica este proceso. Las variables implicadas son las necesidades de ambos, las relaciones y los procesos de comunicación que se mantienen. Éste es un proceso voluntario, es decir, debemos estar de acuerdo en entrar en el mismo. El proceso que se seguirá será:

- El análisis de los elementos de la negociación, por ejemplo, las necesidades implicadas, las relaciones a modificar y los elementos comunicativos que se dan.
- Cuidar el marco o lugar de la negociación, que éste sea neutral.
- Recoger las diferentes propuestas de las partes, pues anteriormente ya hemos recogido el problema.
- Elaborar un plan de acción (estrategia) y las medidas concretas que se van a utilizar (técnicas).
- Crear un espacio de debate y finalizar con la firma de un contrato con las decisiones asumidas.

Existen diferentes tipos de negociadores, los centrados en los resultados y los centrados en las personas. Las estrategias de negociación intentan que cada parte consiga sus objetivos y, por tanto, que ambas partes ganen.

La resolución de conflictos será aquella técnica utilizada para resolver pacíficamente conflictos. La resolución de problemas es un método no jerárquico, ni directivo, en el que no se hacen juicios de valor acerca de las partes y se desarrolla a partir de la participación de las partes implicadas.

La idea clave está en el nombre, ya que se trata de pasar de conflicto o problema a resolución o transformación. El cambio deberá ser en las formas de comunicarse, en las percepciones acerca del problema y en cómo se habla de éste.

⇒ *El habla de los budistas* (Kyonin, 2012): los budistas definen, en lo que denominan el camino octubre, el habla como un acto que debe hacerse de forma correcta, sin mentir, con un habla suave, amable, propia y pura o auténtica. En este sentido, el habla del budista debe ser: honesto y sin manipulaciones; deteniéndose un segundo antes de hablar (pequeña pausa que nadie notará); siendo amables y cordiales; dejando de hablar si no es necesario (ya que el mundo ya nos propicia suficiente ruido); cuidando acento, palabras y dicción; leyendo para incrementar el vocabulario, y mirando de frente y a los ojos.

Comunicación informativa efectiva

En este punto se presentan técnicas aplicadas a trasladar información a otros, simples apuntes o ideas para promover un estudio mayor en caso necesario:⇒ *Técnicas para hablar en público*: en primer lugar, debemos tener la intención de comunicar y planificar el discurso. Para estructurar el discurso, podemos:

- Organizar las ideas que queremos trasladar en una argumentación lógica.
- Expresarnos con suficiente precisión.
- Tener presente que las otras personas nos deben entender, y podemos fomentar esa comprensión, por ejemplo, a través de ejemplos.
- No dar cosas por sabidas.
- Mostrar convicción en lo que se dice.

Asimismo, es necesario tomar decisiones en la forma en que trasladaremos este mensaje y, por último, practicarlo frente a personas de confianza, por ejemplo, la práctica frente al espejo, siendo nosotros nuestra persona de mayor confianza.

⇒ *Diálogo socrático o método de Elenchus*: es un método dialéctico para la indagación o generación de nuevas ideas. Éste fue descrito por Platón en los diálogos Socráticos que dedicaba su tiempo a la búsqueda de la verdad filosfal. El diálogo socrático consiste en preguntar y hacer reflexionar alrededor de un tema

central. Los pasos son: plantear una hipótesis o idea central; la persona no está de acuerdo con esta idea central y plantear sus argumentos en contra de la misma y, la persona que ha planteado el diálogo argumenta en función de lo expuesto.

Y así, progresivamente, siempre respetando los turnos de palabra, intentando responder al cuestionamiento socrático y llegando a conclusiones. ¿Qué quieres decir con esa afirmación?, ¿cómo llegas a esa conclusión?, ¿cómo sabes si lo que dices es verdad?, serían ejemplos de preguntas para el diálogo. Así, se debe trabajar la argumentación —preparándola—, con sencillez y actitud abierta, intentando expandir argumentos —no a fin de conseguir una mayor cantidad, sino un ejercicio de calidad—.

⇒ *La buena comunicación, la de los faros...* (Ramón Cortés, 2005): los faros nos enseñan un tipo de comunicación que funciona y puede ser extrapolable a muchos ámbitos diferentes, la que se caracteriza por un único gran mensaje; explicando las cosas de forma memorable —es decir, que se favorezca el recuerdo mediante historias, metáforas, ejemplos, personalizando, etcétera—; con un lenguaje que conecte con el interlocutor (en tono, tipo de vocabulario, por ejemplo); teniendo en cuenta que el mensaje que vale es el que capta la gente, el que tiene más sentimientos que palabras y, por último, invitando más que convenciendo.

La comunicación interpersonal incluye estas tres áreas o funciones, la emocional, la relacional y la informativa, todas ellas de enorme complejidad.

Ámbitos de aplicación

Las técnicas de este apartado se pueden aplicar en aquellos casos en que las habilidades que se describen no funcionan o lo hacen en menor medida de la que podrían desarrollarse.

La comunicación interpersonal es una clave en nuestras relaciones, en nuestras vidas, y puesto que es difícil dominarlas, siempre estamos a tiempo de mejorar cómo trasladamos nuestras emociones, cómo nos relacionamos y, por último, cómo trasladamos la información.

Para ampliar la información

Baena, G. (2002). Comunicación emocional. *Revista mexicana de comunicación*, 76, julio-agosto.

Bateson, G., Birdwhistell, R., Goffman, E., Hall, E. T., Jackson, D., Schefflen, A., Sigman, J. y Watzlawick, P. (1984). *La nueva comunicación*. Barcelona: Kairós.

Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Praxis.

Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.

- Carson, R. (1969). *Interaction Concepts of Personality*. Chicago: Aldine.
- Davis, F. (1976). *La comunicación no verbal*. Madrid: Alianza Editorial.
- Davitz, J. R. (1964). *The Communication of Emotional Meaning*. McGraw-Hill.
- Erskine, R. G. y Trautmann, R. L. (1996, 1997a). Methods of an integrative psychotherapy. En R. G. Erskine, *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles*. San Francisco: TA Press.
- Etchevers Goijberg, N. (2005). ¿Dónde están las emociones en el ciberespacio? Análisis de la situación actual. *Revista TEXTOS de la Cibersociedad*, 5. Temática variada.
- Etchevers Goijberg, N. (2006a). Los nuevos códigos de la comunicación emocional utilizados en Internet. *Revista electrónica teoría de la educación: educación y cultura en la sociedad de la información*. vol. 7, n.o 2. Universidad de Salamanca.
- Kellner, C. (2005) *El arte de decir no: un programa de ejercicios para aprender a decir no de forma convincente*. Madrid: Obelisco.
- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90, 185-214.
- Knapp, M. (1982). *La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno*. Barcelona: Paidós
- Kyonin (2012). 10 consejos para mejorar tu forma de hablar. En: <http://chocobuda.com/2012/02/15/10-consejos-para-mejorar-tu-forma-de-hablar/> (consultado el 26/02/2016).
- Nomen, D. (2008). Los procesos comunicativos. En L. Nomen (coord.), *Tratando... el proceso de duelo y de morir*. Madrid: Pirámide.
- Ramón Cortés, F. (2005). *La isla de los cinco faros*. Barcelona: RBA libros.
- Ramón Cortés, F. (2011). *Hablando la gente se ama*. Barcelona: Ara Llibres.
- Riso, W. (2010). *El arte de ser flexible*. Barcelona: Planeta.
- Riso, W. (2010). *El derecho a decir no: cómo ganas autoestima sin perder asertividad*. Barcelona: Planeta.
- Saarni, C. (2000). Emotional Competence. A Developmental Perspective. En R. Bar-On y J. D. A. Parker (eds.), *The Handbook of Emotional Intelligence. Theory, Development, Assessment, and Application at Home, School, and in the Workplace* (pp. 68-91). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Sebastián, C. (2001). *La comunicación emocional*. Madrid: Prentice-Hall.
- Serrano, P. (2013). *La comunicación gibaritzada. Cómo la tecnología ha cambiado nuestras mentes*. Barcelona: Península.
- Serrano, S. (2008). *El regalo de la comunicación*. Barcelona: Ara Llibres.
- Vicente, J.D. (2008). *Manipuladores cotidianos. Manual de supervivencia*. Bilbao: Desclée de Brouwer (Serendipity).
- Watzlawick, P., Helmick Beavin, J. y Jackson, D. (1971). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Zayas, P. M. (2011). *La comunicación interpersonal*. Madrid: Academia Española (EAE).

6. TÉCNICAS CORPORALES

El cerebro, ese órgano complejo que regula todo el resto del cuerpo. Si bien es cierto que no menos complejo es nuestro cuerpo. Cuerpo y cerebro se sintonizan para funcionar a lo largo de nuestra vida. Hablamos de átomos, células, agua, órganos, músculos, etc., un sinfín de capas que generan vida.

El cuerpo requiere un cuidado y una consideración que en ocasiones olvidamos. Damos por hecho que nuestra salud seguirá impertérrita por el resto de nuestros días y no es así, pues todo lo que hagamos se recoge de una u otra manera en nuestro cuerpo. Por ejemplo, consideremos el tiempo que tarda el alcohol en diluirse en nuestro cuerpo. Si el consumo es frecuente, éste dejará una huella irreversible en nuestra salud. Por tanto, ya en las técnicas atencionales se señalaba la importancia de focalizar la atención en nuestro cuerpo (mediante el *focusing*); en este caso se trata de ir un paso más allá.

El cuerpo requiere no sólo nuestra atención consciente, sino que podamos ver de qué manera se relaciona éste con las emociones y otros hechos de nuestras vidas. Anteriormente se citaba el término de huella o impronta corporal, y es así, todo lo que hacemos tiene una repercusión en un cuerpo que tratará de adaptarse a ello. Desde la decodificación biológica se nos señala la importancia de esta relación emoción y cuerpo.

El cuerpo genera energía, una energía que produce un determinado nivel de activación. Incluso la bioenergética relaciona conceptos como el carácter con determinadas características corporales y formas de moverse. Así, contempla la necesidad de ejercitarse para recuperar libertad de movimiento.

El cuerpo se ve moldeado por hábitos, movimientos que repetimos con frecuencia que nos producen un tipo de patrones disfuncionales, haciendo incluso que nuestra percepción nos engañe a favor de mantener este hábito. La técnica de Alexander pretende ofrecer un entorno educativo a partir del cual podamos aprender a «no hacer más» aquellos patrones poco funcionales, aprendiendo nuevas formas de hacer las cosas.

El cuerpo necesita que lo atendamos en diálogo con el resto de partes de nuestro organismo, como, por ejemplo, nuestro pensamiento o nuestra motivación. En este punto es donde se justifica que bailar pueda incluirse como una técnica expresiva que trabaje la motivación (siendo ésta una actividad que sea agradable y nos motive de practicar) y la libertad de movimiento, así como la autoestima, haciéndonos ganar confianza personal. En este sentido, y como punto final, la técnica psicocorporal integrativa ayuda a englobar todos estos aspectos y a sentirnos mejor con nuestro propio cuerpo.

DECODIFICACIÓN BIOLÓGICA

Definición

La decodificación biológica es una técnica de análisis de los síntomas, una manera de entender la enfermedad desde la perspectiva de que detrás de cada una de éstas existe un conflicto no resuelto.

Objetivos

El objetivo primordial es el descubrimiento de la relación entre procesos inconscientes y el síntoma o enfermedad experimentada por la persona. Los objetivos específicos serían los de ejercer de acompañantes en este proceso de descubrimiento de los procesos inconscientes (el resentir) en los síntomas físicos para mejorar estos últimos, así como establecer un nuevo paradigma de pensamiento que es: frente a la enfermedad, preguntarse: «¿qué es lo que me ha llevado hasta aquí?» y, «¿para qué me ocurre esto?». Estas preguntas corresponderían a tomar conciencia de qué variables interfieren en nuestro cuerpo, por ejemplo, los patrones educativos o los condicionamientos culturales.

Las premisas

La enfermedad es el esfuerzo que hace la naturaleza para curar al hombre.

CARL JUNG

La decodificación biológica (Flèche, 2005, 2010) es una nueva disciplina que afirma que cada enfermedad se considera un código, una transcripción de una historia. Esta historia se expresa en forma de síntoma y se convierte en un mensaje. Nuestra biología se desarrolla a partir de códigos que nos dan información, así las enfermedades serán códigos que debemos conocer y decodificar de tal manera que podamos generar nuevos códigos de salud.

Las enfermedades tienen su origen en componentes psíquicos, que pueden tener mayor o menor peso. La relación entre el factor biológico y el psíquico da lugar a los procesos psicosomáticos y enfermedades derivadas. Éste será el foco de atención de la decodificación biológica.

Todo es psicosomático, pues el cuerpo hace lo que nosotros le indicamos que haga; así pues, las enfermedades son procesos reversibles. No hay una sola célula del cuerpo que escape al control del cerebro. El ser vivo es una unidad que se compone de cuatro realidades, como son: la orgánica, la cerebral, la psíquica y la energética.

Un cambio en el orden físico (interior) es una respuesta a un cambio de situación (exterior)

en determinadas circunstancias. Por tanto, las enfermedades responden a una intención positiva o intento de solución y adaptación a un hecho exterior. Tengamos en cuenta que no existe ninguna enfermedad que haga aparecer en el cuerpo humano ningún órgano nuevo o desconocido.

Los *síntomas* pueden derivarse de diferentes resentires (emociones bloqueadas) o programas (conjuntos estructurados de lo anterior).

La *vida emocional* se recoge en tres estructuras elaboradas, como son:

- a) Las del nacimiento hasta la actualidad.
- b) El proyecto o el sentido de nuestra vida.
- c) La transgeneracional.

Las emociones que dan explicación a los síntomas son irracionales, involuntarias y viscerales. A partir de una emoción bloqueada se generará una función biológica no satisfecha, lo que se denomina resentir (una forma de volver a sentir aquello que queremos bloquear). El resentir se puede manifestar de diferentes maneras:

- ⇒ Resentir primario: se ejecuta justo después del momento conflictivo, siendo ésta una reacción al ambiente. Si es expresada, se sentirá alivio y sensación de resolución.
- ⇒ Resentir secundario: es aquella formada por tabúes y creencias que intenta esconder la primera y sin intención de cambio. A diferencia de la anterior, se considera que su expresión hará aumentar la sensación de malestar.
- ⇒ Resentir transgeneracional: proviene de pautas o programas educacionales familiares.
- ⇒ Resentir del ser: el cual tiene que ver con el incumplimiento de lo que percibimos como nuestro proyecto existencial.

Los *procesos mentales* que rigen toda nuestra estructura son un 90% inconscientes (frente a un 10% consciente). Estos procesos inconscientes generan lo que se denomina *inconsciente biológico*, es decir, aquellos aspectos que quedan recogidos en nuestro cuerpo. Este inconsciente contiene información del cerebro, del cuerpo y de la relación entre ambos. Existe una serie de leyes que rigen los procesos del inconsciente biológico, como son:

- ⇒ No se considera al otro, éste es un proceso de identificación (o proyección) individual.
- ⇒ El tiempo no tiene importancia, todo se considera desde el presente.
- ⇒ Todo es real, aunque cuando hablamos de interpretaciones, el cuerpo lo asume como real.
- ⇒ Es inocente y no intencional.

El camino hacia el inconsciente biológico se encuentra a partir de los actos (hechos objetivos del mundo externo), los pensamientos (creencias, juicios, ideas, etc.), los sentimientos y las emociones, las sensaciones físicas y el resentir (huella biológica).

La *adaptación biológica* será el mecanismo a partir del cual el cuerpo genera un proceso compensatorio. El síntoma se considera una adaptación biológica en pro de la supervivencia.

Así, se considera que las enfermedades tienen un sentido biológico y cada síntoma un significado particular. Por tanto, frente a cada síntoma, debemos preguntarnos: «¿cuál es el sentido biológico de este síntoma?» o «¿para qué el inconsciente se adapta con este síntoma o enfermedad?».

Se ha definido el *síndrome de Dirk Hamer* (DHS) como aquel efecto que se produce en el cuerpo tras un conflicto emocional. Por tanto, sería el impacto emocional de cierto conflicto que se manifiesta a través del cuerpo. Este *bioshock* sería: imprevisto, vívido aisladamente, sentido en lo más profundo de nuestro ser, sin solución (o percepción de no posibilidad de cambio), más o menos dramático (lo que supondrá un síntoma mayor o menor intensidad) y con un umbral de tolerancia individual.

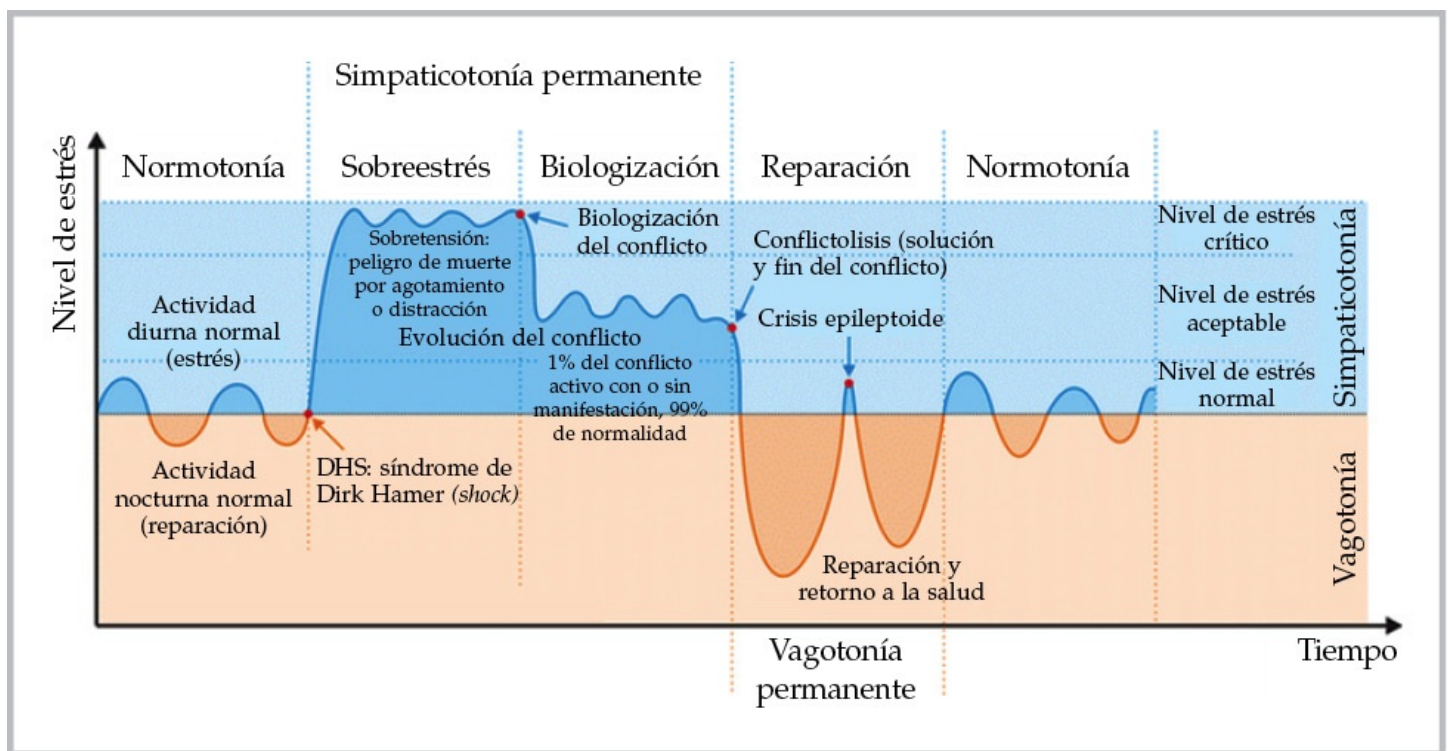


Figura. 6.1. Fases de la enfermedad (Alonso, 2016; adaptado de Flèche, 2005, 2010).

La enfermedad se desarrolla en una serie de fases que se desencadenan a partir de este *bioshock*.

La persona se encuentra inicialmente en un momento de normotonía durante el cual la actividad diurna y nocturna se desarrolla de forma normalizada. Se desarrolla el síndrome de Dirk Hamer o *shock* que hace aumentar el estrés provocando niveles elevados del mismo. Cuando éste se encuentra en el punto más álgido y pasado un tiempo determinado, el cuerpo recoge la información y empieza a generar la impronta biológica inconsciente. Esta fase se denomina simpaticotonía permanente. A partir de este momento, el conflicto disminuye, así

como el estrés, y el cuerpo inicia un proceso de reparación, lo que se conoce como vagotonía permanente. Finalmente, se vuelve al estado inicial de normotonía.

Atendiendo a las diferentes partes del cuerpo, encontramos distintos significados, entre los que se destacan los indicados en la tabla 6.1.

TABLA 6.1
Relaciones entre partes del cuerpo y significados que representan

PARTE DEL CUERPO		SIMBOLOGÍA
Inferior	Pies	Base del cuerpo, lo que permite que una persona esté o no equilibrada, o <i>grounded</i> (en estado de arraigo o de conexión con las cosas de la tierra), y una sensación de apoyo y estabilidad. Igualmente, hay teorías que sustentan que los pies derivan las terminaciones del cuerpo o que son las unidades energéticas esenciales del cuerpo. Son una proyección de todo lo que pasa hacia arriba: • Ejercicio 1. Quitarse los zapatos, como se hace en los templos sagrados, y conectarse con los pies en el suelo. • Ejercicio 2. Los pies nos designan una postura determinada, la más privilegiada del resto de seres vivos, la de estar de pie. Experimentamos abrimos al mundo.
	Rodillas	Las rodillas y las articulaciones nos abren el mundo, ofreciéndonos la posibilidad de experimentar múltiples posiciones. Las rodillas y tobillos nos dan estabilidad, contacto con la tierra y facilidad de movimientos y de hacer cambios. Doblar, doblar y someterse.
	Piernas	Capacidad de caminar, de la marcha y símbolo de las relaciones con el exterior, el mundo y los demás. Exploración y autonomía. Ejercicio. Aprender a mantenerse quieto en el lugar y desplazarse suavemente en las cuatro direcciones.
	Plexo urogenital	Son las primeras aperturas del cuerpo y de comunicación física entre el interior y el exterior. Estar y ser. Energía erótica.
	Pelvis	Apoyo para la parte superior del cuerpo. Liga las dos partes del cuerpo. Centro corporal, importante mantenerla relajada y semibasculada hacia delante para alinear vértebras lumbares y dorsales. Conectar uno mismo (parte superior) con el entorno (parte inferior).
	Ano	La región anal es donde dejamos ir los residuos del cuerpo. Centro de energía kundalini (tradición hinduista), que conecta la cabeza y el ano y divide el cuerpo en parte masculina (ida) y femenina (pingala), que suben hacia espalda y canal central. Actitudes y preocupaciones básicas e instintivas y materiales. Soltar y acumular.
	Matriz abdominal	Es la región más vulnerable y desprotegida de nuestro cuerpo. El estómago está expuesto en el mundo y en su interior se encuentran órganos vitales y vísceras. Radica el tercer chakra, el manipura en el ombligo, que tiene que ver con los centros de poder y sentimientos de control. Deseo y potencialidad de querer conquistar y dominar el mundo: • Ombligo: vínculo con la placenta materna, nuestro primer corte o herida.
	Matriz abdominal	• Riñones: filtran la sangre, separando excesos de agua, sales minerales y glucosa. Mantienen el equilibrio electrolítico y vuelven a la sangre los elementos purificados. Asociado con la fuerza (expansión) y el pánico o el miedo (contracción). • Estómago: hambre de alimentos, de conocimiento, de poder, etc. De hecho, para poder afrontar situaciones difíciles se pide que la persona tenga estómago. El mal humor también afecta al

estómago. Se debe entregar buen alimento al cuerpo.

- Páncreas: evoca transformación (los azúcares) y está relacionado con las energías que el cuerpo necesita para accionarse.
- Hígado: órgano de la gloria y la luz, órgano de reserva, almacenamiento y excreción. Es el laboratorio que detecta el nivel de acidez en el cuerpo y lo protege. Afectado en personas con tendencia iracunda, ya que la ira aumenta los niveles de acidez en sangre y hace trabajar más al hígado.

Superior	Matriz pectoral	• Pecho: donde se focalizan, amplían y se traducen las sensaciones y sentimientos. Pasión y vitalidad. • Pulmones: árbol gigante. Respiración —absorción de aire—, se traduce en energía. Para poder hablar debe poder respirar. • Corazón: doble movimiento de las aurículas y ventrículos en expansión y contracción continua. Si se mantiene en tensión para protegerlo de agresiones externas e impedir su entrada, no se podrá demostrar libre y espontáneamente los sentimientos, la ternura y, por tanto, no se conseguirá conectar. Los brazos y las manos son los canales de expresión y emociones de una persona. Crean y transmiten acciones, como, por ejemplo, tomar, tirar, acariciar, romper, dar, recibir, manipular, proteger, expandir, etc. • Las manos ejecutan nuestros pensamientos. • En los hombros se situarán también las cargas e historias congeladas.
	Columna vertebral	Siete vértebras cervicales y cinco lumbares. Son los vértices por donde pasa la energía ascendente y que dan estabilidad. La falta de postura interior ante las contradicciones del mundo exterior produce cargas y tensiones en la misma.
	Matriz craneal	• Cuello: puente por donde pasan los nervios más importantes del cuerpo. Sustenta cuatro kilogramos de cabeza y es conocida como la cruz dolorosa del cuerpo, junto con hombros y columna, donde se concentran males, miedos, tensiones y cansancio. También es donde se traducen los sentimientos o pensamientos en palabras (comunicación y expresión oral). • Cabeza: castillo que guarda y protege nuestro cerebro y tiene siete orificios asociados a los sentidos más elaborados (vista, oído, olor y sabor). • Mandíbula: parte inferior que retiene la capacidad de llorar. El bruxismo o trituración excesiva representan rabia contenida. La mandíbula retiene muchas emociones.
Superior	Matriz craneal	• Boca: donde entran y salen el aire, las palabras y el alimento. Habla sobre el poder creativo y expresión y también de retener y mantenerse en silencio. • Nariz: percibe lo invisible, lo que no se ve pero se siente. Capacidad intuitiva y de adivinación de asuntos, presentimientos y percepción de peligro. • Orejas: base de la verbalización y orientación. Contienen el sentido de la audición. Capacidad de escucha interior y exterior. • Ojos: frontal y tridimensional. Ventana cuerpo y alma. • Cráneo: caja de huesos que protege el cerebro. Dura y flexible a la vez, paradójicamente.

FUENTE: Fléche (2010).

Descripción técnica

La técnica de decodificación biológica se desarrolla inicialmente a partir de la atención a todos los síntomas mediante una introspección guiada donde se considera la emoción como la clave para resolver el conflicto y curar la enfermedad. La atención a los síntomas es un proceso psicoeducativo en el que se transmiten las premisas de la técnica y se intenta

encontrar la razón inconsciente para el síntoma.

Los objetivos de la DB serán (Fléche, 2010):

- ⇒ Comprender el sentido biológico del síntoma y/o de la enfermedad para que la persona pueda analizar la misma a partir de los procesos y características descritas anteriormente.
- ⇒ Reprogramar el cerebro emocional; así, en este sentido, se pueden utilizar las técnicas señaladas en el apartado anterior de regulación emocional. La idea es la de llegar a la emoción bloqueada que produce un resentir primario para, así, sentir alivio y curar la enfermedad.
- ⇒ Adquirir nuevas habilidades de escucha y comprensión biológica para favorecer estados de salud.

Tras este proceso de comprensión de la enfermedad, su desarrollo y el proceso curativo que se seguirá, se aplican diferentes técnicas de programación neurolingüística, de hipnosis eriksoniana, de intervención transgeneracional y de atención a los ciclos biológicos memorizados.

EJERCICIOS

Los ejercicios que se presentan a continuación contemplan las diferentes disciplinas que se aplican en la DB (Fléche, 2005, 2010, 2014, 2015):

- ⇒ *Análisis y comprensión del síntoma y la enfermedad*: en primer lugar, se debe llevar a cabo una tarea educativa a partir de las premisas descritas para adoptar así una nueva actitud frente a la enfermedad. El estudio de las dimensiones del cuerpo debe contemplar:
 - a) La *dimensión delantera*, lo que determina la actividad social o de ser.
 - b) La *dimensión trasera*, lo que determina la actividad inconsciente o lo que no se quiere afrontar.
 - c) La *dimensión superior*, que hace referencia a las raíces relaciones, sobre cómo pensamos, obertura, escucha, habla y expresión. La cabeza hará referencia a percepción y pensamiento y la abdominal a la emoción y la respiración.
 - d) La *dimensión inferior* son las raíces móviles que dan lugar a la estabilidad, el balance, el equilibrio, el apoyo y la confianza. En este caso reflejamos nuestro movimiento y acción.

El abordaje del análisis y la comprensión de síntoma y enfermedad responde a una intervención educativa y evaluativa. Educativa en el sentido de entender estos

nuevos conceptos expuestos, y evaluativa siendo éste un estudio pormenorizado e individual de qué nos ocurre y por qué, así como empezar a indagar sobre las pautas inconscientes que esconden esa emoción, clave para la intervención.

- ⇒ *PNL aplicado a la DB*: la PNL se aplica para generar los recursos necesarios para superar el conflicto y adquirir las habilidades necesarias para el manejo de las diferentes emociones implicadas. En este sentido se han desarrollado una serie de protocolos para la detección y el cambio de los programas inconscientes. Se aplica, por ejemplo, la calibración, el trabajo sobre creencias, la descripción triple de la realidad, el rapaport, los movimientos oculares y los sistemas de representación sensorial, expuestos en el capítulo anterior.
- ⇒ *Hipnosis eriksoniana y sofrología*: en ambos casos se parte de la relajación, en el primero centrándose en un proceso de sugestión e indagación y en el segundo mediante visualizaciones.
- ⇒ *Intervención transgeneracional*: es el estudio de las herencias familiares que sin saberlo nos influyen aún en la actualidad. Los conflictos que se hayan dado en las familias generan huellas inconscientes que se transmiten de generación en generación, observándose en la repetición de ciertos patrones. En este punto se realiza un estudio y análisis del árbol generacional, así como de los diferentes conflictos experimentados en las familias. Se trata de aprender a descubrir las relaciones entre lo que vivimos en la actualidad y lo experimentado en nuestras familias. Por tanto, la técnica debe aplicarse dibujando el árbol genealógico y situando aquellas circunstancias vividas que hayan resultado significativas para los diferentes miembros de la familia.
- ⇒ *Atención a los ciclos biológicos memorizados*: descubrimiento de Marc Fréchet, se refiere al análisis de diferentes síntomas o enfermedades que se han repetido en nuestras vidas. Se considera que en la naturaleza todo es cíclico y, por tanto, se trata de buscar estos ciclos que vamos repitiendo y que provienen del resentir con el que se deberá intervenir.
- ⇒ *Proyecto de sentido*: es aquella información inconsciente que recibimos en el momento de concepción y de vida intrauterina. Una expectativa de quiénes seremos y a dónde llegaremos, de ahí es importante el análisis, junto con la persona, del clima de concepción (momento, estado de los padres, etc.), y los conflictos desencadenados y no resueltos. Se trata de conocer qué nos envolvió en el momento de la concepción y hasta qué punto esto puede suponer un impedimento o una ventaja en nuestro desarrollo del proyecto existencial futuro.
- ⇒ *Liberación de la memoria celular (CMR)*: trata de intervenir sobre todos aquellos aspectos, generalmente pensamientos y emociones, que limitan nuestra existencia.

Ámbitos de aplicación

La decodificación biológica se puede aplicar en aquellos casos en los que exista un malestar físico o psíquico que afecte a las diferentes áreas funcionales de la persona. En este punto importante cabe puntualizar que no se trata de un sistema diagnóstico, así como de una técnica al uso, es más bien una nueva comprensión que otorga un papel activo a la persona en su padecer.

Para ampliar la información

- Alonso, L. (2016). *Biodescodificación*. En <http://www.libertademocional.es/index.php/tecnicas-de-libertad-emocional/otras-tecnicas-muy-utiles/biodescodificacion> (consultado el 26/02/2016).
- Flèche, C. (2005). *Decodificación biológica*. Madrid: Gaia.
- Flèche, C. (2010). *El cuerpo como herramienta de curación. Decodificación psicobiológica de las enfermedades*. Madrid: Obelisco.
- Flèche, C. (2014). *Creencias y terapias*. Madrid: Gaia.
- Flèche, C. (2015). *Descodificación biológica de las enfermedades*. Madrid: Obelisco.
- Flèche, C. y Levy, J. P. (2014). *Protocolos de retorno a la salud*. Madrid: Gaia.
- Medina Ortega, P. (2010). *La enfermedad y su origen emocional: bases y fundamentos del doctor Hamer*. Madrid: Ecotienda Natural.
- Obissier, P. (2014). *Descodificación biológica y destino familiar: detectar y sanar los conflictos no resueltos*. Madrid: Obelisco.
- Pellizan, P. (2011). *Me he tratado con la nueva medicina del doctor Hamer: un extraordinario acercamiento terapéutico*. Madrid: Obelisco.

Para ampliar la formación

En la *Escuela de DB original* se ofrece formación a los terapeutas, así como diferentes monográficos de interés a la hora de aplicar la misma:

Escuela de Descodificación Biológica Original

Ronda Universidad, 3, 1.o, 1.a

08007, Barcelona (España)

Tel.: 00 34 636 29 46 29

Mail: info@descodificacionbiologica.es

Web: <http://www.descodificacionbiologica.es/>

BIOENERGÉTICA

Definición

La bioenergética es una técnica terapéutica para ayudar a una persona a volver a su cuerpo y ayudarle a disfrutar lo mejor posible de la vida del cuerpo. En la importancia que se da al cuerpo se incluye la sexualidad (...), las funciones aún más básicas de la respiración, el movimiento, el tacto y expresión de la propia personalidad (Lowen, 1956). Alexander Bowen defiende en este modelo que somos un cuerpo que refleja significados. Es, por tanto, una técnica de toma de contacto con el cuerpo para, a través de movimientos expresivos y posiciones corporales, recuperar movilidad y respiración natural, así como la sensación de plenitud personal.

Objetivos

El objetivo principal de esta técnica es la recuperación de un estado natural óptimo del cuerpo gracias a una mejora en el autoconocimiento, la integración de sensaciones físicas-emociones-pensamientos y permitir que nuestro cuerpo se exprese libremente —tanto a nivel físico, como verbal—.

Las premisas

La bioenergética parte de una visión holística del ser humano donde cuerpo, mente y espíritu forman una unidad indivisible. Éstos mantienen una estructura, una organización y procesos de interrelación constantes. El organismo trabaja como una unidad dinámica que incluye las experiencias somáticas y las psíquicas como efectos de la energía vital, de ahí la denominación de bio + energética.

El ser humano tiene mecanismos de autorregulación (Capra, 1996; Mahr, 2001), que en primer lugar persiguen la supervivencia y la adaptación al medio y, en segundo lugar, promover unas condiciones de vida óptimas y seguras (Damasio, 1996). Todos los seres humanos tienen estos mecanismos que se pueden ver interrumpidos por ciertos comportamientos y actitudes disfuncionales, y es sobre éstos sobre los que se actuará.

Los procesos de autorregulación se desarrollan a diferentes niveles, como son (Mahr, 2001):

- ⇒ El cuerpo humano se desarrolla a partir de procesos fisiológicos de los diferentes órganos que permanecen interconectados (procesos fisiológicos).
- ⇒ Estos procesos los regula el cerebro a partir de conexiones neuronales (procesos neuronales).

- ⇒ Cada órgano tiene una determinada estructura celular con su propio sistema de autorregulación (procesos celulares).
- ⇒ Dentro de éstos existen otros microprocesos y estructuras, como las moleculares, las atómicas o las subatómicas (procesos moleculares y atómicos).

Todos son necesarios para el buen funcionamiento del cuerpo y, por tanto, la interrelación de todos ellos desprende un halo de complejidad elevada. Si alguno de estos mecanismos se ve perturbado, restringido o interrumpido, se produce una irritación en la totalidad del sistema que el cuerpo intenta cubrir mediante alternativas o procesos compensatorios.

El organismo se rige por los principios de placer y de realidad, es decir, nos dirigimos hacia aquello que nos produce bienestar y huimos de lo que nos da dolor. Desde el principio de realidad, se indica al cuerpo que determinado nivel de tensión y aplazamiento del placer es normal en función de demandas externas. La idea sería bloquear el impulso un intervalo de tiempo determinado para encontrar el momento óptimo de descarga y, por tanto, de experimentar el principio del placer.

A lo largo de la vida van apareciendo diferentes capas defensivas que nos definen, como serían la del ego (contiene las defensas psíquicas), la muscular (recoge las tensiones y protege los órganos del individuo de agresiones externas), la emocional y, por último, la capa del corazón (el sentimiento de amar y ser amado). Estas diferentes capas, que darán lugar a mecanismos de defensa frente a las posibles agresiones externas, generan una serie de modelos fijos de comportamiento, lo que denominados carácter. Estas posiciones defensivas definen cinco tipos básicos de expresiones —no definen personas, sino expresiones que éstas pueden reproducir— (Lowen, 1980):

- a) *Carácter esquizoide*: se manifiesta por la represión de impulsos, lo que genera un elevado nivel de tensión muscular y tendencia a estallar. Se produce una disociación necesaria entre pensamiento y sentimiento para favorecer este elevado control de impulsos. Se atribuye estas características a personas que han sufrido el rechazo y/o hostilidad por parte de la figura materna y que superponen existencia frente a necesidad.
- b) *Carácter oral*: origina fragilidad emocional y corporal, con una musculatura débil y poca energía —fluyendo ésta más hacia la parte superior del cuerpo—. Una persona en búsqueda constante de la atención, la ayuda y el cariño de los demás y sin constancia, ni perseverancia sobre sus tareas. Se atribuye a la ausencia de la figura materna, lo que generará un funcionamiento por necesidad y de pérdida de la independencia.
- c) *Carácter masoquista*: personas con una elevada fuerza y energía, atrapadas y a punto de estallar. Practican la sumisión y la tendencia a la humillación. Las tensiones suelen aparecer en garganta —por la incapacidad de expresar lo que sienten—, y en el ano —por la ardua tarea de represión continua—. En este caso se habla de una madre dominante que impone su voluntad, incluso a través del chantaje emocional, y que fluctúa entre cuidados excesivos y restricciones exageradas.

- d) *Carácter psicopático*: la persona experimenta negación de sentimientos, con un desarrollo excesivo de la parte superior del cuerpo en contra de la parte inferior. Experimentan falta de seguridad y violación de su dignidad infantil.
- e) *Carácter rígido*: cuerpo rígido que responde a una gran energía controlada a partir del pensamiento y la compulsión generalizada. Miedo al compromiso, tendencia al narcisismo y tensiones sobre todo en cuello y músculos extensores y flexores. Se debe a una expresión de amor hacia sus padres no correspondida.

Es importante no considerar éstos como caracteres atribuibles a las personas que acuden a terapia, sino guías de cómo se desarrollan las tensiones o búsqueda de placeres según diferentes circunstancias vitales.

Descripción técnica

La técnica bioenergética pretende ayudar a las personas a recuperar la libertad (flujo de sentimientos), la gracia (flujo de movimientos) y la belleza (flujo mental) (Lowen, 1988). Esta terapia combina dos lenguajes, el corporal y el verbal. El cuerpo es el protagonista, conjuntamente con las sensaciones, las emociones y los pensamientos, de ahí la necesidad de utilizar ambos lenguajes para facilitar esta recuperación generalizada.

Se lleva a cabo mediante sesiones semanales en las que se analizan las experiencias de las personas a partir del proceso energético-corporal, intentando llegar al verdadero sentimiento e integrarlo adaptativamente.

La técnica de bioenergética se desarrolla inicialmente explorando y clarificando la demanda de la persona, así como presentando las premisas básicas de la misma.

La técnica de bioenergética se inicia con el diagnóstico de patologías o déficits corporales, musculares, emocionales, mentales y de caracteriología, que trata de facilitar la capacidad de autodiagnóstico. El diagnóstico o lectura corporal incluye una observación y descripción de la estructura caracterial de la persona, considerando los diferentes tipos definidos anteriormente, así como la definición de la capa emocional, la muscular y otros componentes corporales. Por ejemplo, tal como señala su fundador: *nosotros nos concentramos en bioenergética sobre tres campos principales de autoexpresión: el movimiento, la voz y los ojos* (Lowen, 1977). Por ello, la bioenergética analiza síntomas y modos de expresión corporal, rasgos de carácter y otras variables de transmisión de información de aquello que ocurre en nuestra unidad cuerpo-mente-cerebro. Se asemeja este proceso diagnóstico al que se realiza en una consulta médica, evaluando en primer lugar las actitudes estáticas (postura de pie, actitud corporal, funciones respiratorias, tensiones musculares, etc.), posiciones tendido/a y en movimiento (observando ejercicios expresivos).

La técnica bioenergética supone un método terapéutico que incluye ejercicios de respiración (de relajación y estimulación), energéticos (de carga y descarga) y musculares

(favoreciendo la expresión de los mismos). *En la terapia bioenergética se utilizan dos grupos de ejercicios para ayudar a la persona a ponerse en contacto con su cuerpo y a reducir las tensiones musculares que evitan la descarga de la excitación o el desahogo de la tensión. En el primer grupo están todos los ejercicios que tienen por objeto asentar al individuo sobre la tierra a través de sus pies y a superar su ansiedad de caer o fracasar. El segundo grupo tiene por fin especial liberar la pelvis y abrir la salida a los sentimientos sexuales; en este segundo grupo, la flexibilidad de las rodillas es fundamental para que la excitación o la sensación fluya a lo largo de las piernas hasta los pies (Lowen, 1975).*

EJERCICIOS

Las técnicas o ejercicios psicosomáticos de la bioenergética que se utilizan más frecuentemente son (Lowen, 1980, 1988, 1995):

- ⇒ *Ejercicios de respiración:* se proponen ejercicios de respiración profunda abdominal para ver cómo avanza el flujo de aire, observar si hay puntos de bloqueo y facilitar que el aire fluya por el cuerpo y le permite ese estado de recuperación. Los ejercicios de respiración se pueden hacer de pie, meciendo la pelvis y/o estirados/as.
- ⇒ *Ejercicios físicos de bioenergética:* son ejercicios corporales que tienen como finalidad destensar el cuerpo y, por tanto, recuperar la movilidad. A. Lowen (1988) recoge ejercicios de bioenergética en su manual *Ejercicios de bioenergética*, que se clasifican en:
 - *Ejercicios de vibración y motilidad:* la persona de pie, con los brazos colgando hacia delante se toca el suelo con ambas manos, rodillas ligeramente dobladas. Se observa la respiración en este momento.
 - *Ejercicio de toma de tierra:* se realiza flexionando las rodillas, dejando que el vientre salga hacia afuera, adaptando una postura de arco, con las manos al lado del cuerpo en forma de asas de taza.
 - *Autoexpresión y autodomínio:* un ejemplo sería el del pataleo, estirado en el suelo y repitiendo «no», moviendo brazos y piernas al compás del mensaje.
 - *Ejercicios afectivos, sensuales y sexuales:* se realiza rotando las caderas, arqueando la espalda y meciendo la pelvis.

Se especifica un centenar de ejercicios corporales a partir de los cuales se trabajan diferentes partes del cuerpo, como, por ejemplo, la pelvis o las rodillas.

- ⇒ *Masajes:* se contemplan dos categorías diferentes, el suave (para disminuir la rigidez) y el fuerte (para disminuir tensiones en distintas partes del cuerpo).

- ⇒ *Meditación*: se utiliza como método para relajar y al mismo tiempo para conectar con el propio cuerpo y éste con la tierra, por ejemplo.
- ⇒ *Sueños y fantasías*: se conciben éstos como información que proviene de nuestra mente que designan necesidades insatisfechas que debemos considerar para promover esa sensación de libertad a la hora del dominio de nuestra propia vida. Dentro de esta técnica se contempla la necesidad de analizarlos y poder realizar un trabajo sobre ambos, por ejemplo, a partir de las fantasías libres y espontáneas u observando rasgos oníricos, detectando si éstos reflejan restos diurnos, satisfacción de deseos o necesidades insatisfechas y sueños existenciales. El material de ambos facilita la conexión con el inconsciente, y con esos componentes bloqueados que ayudarán en la liberación de la persona.

La técnica bioenergética es perceptiva, de toma de conciencia y de descubrimiento, así como de liberación; lo que nos devolverá a ese yo auténtico y libre.

Ámbitos de aplicación

La bioenergética se aplica en adultos con problemas neuróticos y psicosomáticos (Gudat, 1997; Ventling y Gerhard, 2000; Bertschi, 2003) y en niños (Ventling, 2001), señalado por la European Federation for Bioenergetic Analysis-Psychotherapy (2005).

Para ampliar la información

- Capra, F. (1996). *La trama de la vida*. Barcelona: Anagrama.
- Damasio, A. R. (1996). *Descartes Irrtum*. Verlag List.
- European Federation for Bioenergetic Analysis-Psychotherapy (2005). *Evaluación de la eficacia del análisis bioenergético*. En <http://www.bioenergeticanalysis.net/whatisbaesp.html> (consultado el 26/02/2016).
- Keleman, S. (1997). *La experiencia somática. Formación de un yo personal*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Keleman, S. (2014). *Anatomía emocional. La estructura de la experiencia somática*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lowen, A. (1980). *Bioenergética*. México: Diana.
- Lowen, A. (1988). *Ejercicios de bioenergética*. Málaga: Sirio.
- Lowen, A. (1995). *El lenguaje del cuerpo*. Barcelona: Herder.
- Mahr, R. (2001). Developing Undiscovered Sources of Bioenergetic Analysis. *Bioenergetic Analysis*, 12(1), 117-134.
- Ramírez, J. A. (1998). *Psique y Soma. Terapia Bioenergética*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Para ampliar la formación

Sociedad Española de Terapia Bioenergética (SETB)

C/ Los Arfe, 41

28027, Madrid

Teléfono: 91 407 73 19

Email: itbalp@yahoo.com

Web: www.personoterapiaaluispelayo.es

TÉCNICA DE ALEXANDER

Traduces todo, ya sea físico o mental o espiritual, en tensión muscular.

FREDERICK MATTHIAS ALEXANDER

Definición

La técnica de Alexander trata de reducir las tensiones, así como mejorar la coordinación, la fluidez de movimiento, el equilibrio y la respiración mediante el trabajo sobre la postura de la persona (la forma de responder a la fuerza de gravedad) para recuperar la elegancia del movimiento infantil.

Objetivos

El objetivo principal de la técnica de Alexander es aprender nuevos hábitos que promuevan nuestro propio bienestar. Los objetivos más específicos serían adquirir autoconocimiento en relación a nuestra propia coordinación; redirigir nuestra energía para optimizarla y, por tanto, reducir la atención y ganar vitalidad, y, por último, conseguir sentir el movimiento desde la libertad y la naturalidad.

Las premisas

Kelly McEvenue, en su libro *The actor and the Alexander Technique* (2002), plantea siete principios de la técnica de Alexander:

1. Reconocer en actividades cotidianas los hábitos que causan tensión y las respuestas que nuestro propio cuerpo genera.
2. Inhibir estos gestos habituales, pausando o retardando los mismos, ofrece una nueva conciencia acerca de las posibilidades que existen —respuestas de mayor eficacia y menor tensión—, propiciando que podamos decidir no generarlos y cambiarlos por otros más fluidos.
3. Facilitar una mejor postura de nuestra columna vertebral, así como del cuello y la cabeza, lo que se denomina control primario.
4. Poner nuestros pensamientos a favor de la movilidad de nuestro cuerpo.
5. Reconocer que los hábitos generan un falso *feedback* sensorial que funciona en favor de mantener el hábito.
6. Centrar la atención en el proceso o la cualidad del movimiento y no en el resultado del mismo.

7. Reducir la energía desperdiciada o aquellos esfuerzos físicos que impiden los movimientos fáciles y fluidos.

Las personas ejercemos *un control primario sobre la cabeza, el cuello y la columna vertebral* (Brennan, 1992). Este ejercicio nos mantiene en pie, con la cabeza erguida y el resto del cuerpo alineado. Frente a este control podemos mantener el cuerpo en armonía usando nuestro control de forma óptima o, por el contrario, cuando esto se ve alterado por un exceso o por una insuficiencia de tensión, se dice que prevalece un *estado de mal uso* (Barlow, 1965). El mal uso que podamos realizar de nuestro control general encorvamiento de los hombros, situar la cabeza en dirección a la columna —hacia abajo— y el mentón hacia afuera. Los *tres elementos del control primario* son (Barlow, 1991):

- a) *Cuello libre*: situar la cabeza de tal modo que no se produzca tensión en los músculos del cuello. La analogía que podemos utilizar, así como la prueba de que tenemos un cuello libre, es realizar el mismo movimiento que los muñecos que se sitúan en el coche y mueven el coche de arriba hacia abajo (hacia el pecho).
- b) *Cabeza hacia delante y hacia arriba*: en posición sentada o de pie, significa que podemos mantener la cabeza en L invertida respecto a la columna con el mentón apuntando hacia la punta de los pies.
- c) *Alargar la espalda*: supone mantener la columna erguida mostrando las concavidades en las regiones cervical y lumbar de forma natural, así como la convexidad en la región dorsal. Se trata de no mantener estas curvas exageradas, ni una extensión excesiva.

Los movimientos de nuestro cuerpo generan una serie de respuestas que buscan la recuperación sensorial o impulsos propioceptivos que nos dan información de cómo nos situamos en el espacio. Cuando nuestro cuerpo se acostumbra a una serie de movimientos que realizamos de forma repetitiva, las respuestas se acomodarán a éstos, generando *una percepción errónea*. Es decir, nuestro cuerpo nos dará un mensaje erróneo acerca de cómo situamos el cuerpo. No obstante, tenemos la posibilidad de cuestionar este tipo de movimientos, *inhibiéndolos*, a partir de una pausa o un acto de conciencia.

Se considera que mente y cuerpo están en estrecha relación. Los pensamientos se reflejan en nuestra postura corporal y nuestro movimiento genera unas dinámicas cognitivas concretas.

Descripción técnica

La técnica de Alexander se inicia con *el reconocimiento de los malos usos del cuerpo*. Barlow (1965) propone los siguientes ejercicios:

- ⇒ Situar los pies con los talones a 5 cm de la pared, manteniendo éstos separados unos 45 cm y oscilando el cuerpo hacia atrás hasta tocar la pared. Si los hombros y las caderas

tocan la pared simultáneamente, están nivelados de forma correcta a ambos lados. Si un lado toca la pared antes que el otro o los hombros la tocan antes que las caderas, deberán realinearse.

- ⇒ Flexionar ligeramente las rodillas y observar que esta acción tenderá a poner la columna lumbar en contacto con la pared (curva lumbar aplanada). Si esta postura resulta excesivamente fatigosa, entonces la práctica hará que le sea más fácil y le ayudará a restablecer el alineamiento.

Tras este primer análisis es necesario una observación más pormenorizada de las posturas, reconociendo aquellas que son de mal uso. Para *el cambio de postura* se recomienda (Barlow, 1991) consciencia sobre el movimiento, negarse a reaccionar de forma automática y redirigir el movimiento a partir del pensamiento.

La técnica de Alexander se desarrolla en clases individuales que tratan los siguientes aspectos:

- ⇒ Concienciación corporal acerca de los buenos y los malos usos que damos a éste.
- ⇒ Liberación de hábitos defectuosos cultivando una cinestesia mejorada.

Para conseguir estos objetivos se transmitirá una serie de ejercicios adaptados a la vida cotidiana de la persona (por ejemplo, aprender a coger pesos de forma adecuada o a realizar actividades cotidianas como planchar). El método enseña lo que no se debe hacer, aquellas percepciones erróneas sensoriales que acompañan movimientos de mal uso. Es un método de reeducación que se aplica a través del análisis de los problemas de tensión habitual, así como del traspaso de las posturas más adecuadas.

Para evitar confusiones y/o malinterpretaciones, W. Carrington (1989) propone lo que la técnica de Alexander es y no es:

- ⇒ Una nueva consideración acerca del buen uso de nuestro cuerpo y nuestra postura para disminuir la tensión manifiesta.
- ⇒ Un método de (re)educación corporal para recuperar nuestro equilibrio y movimiento natural.
- ⇒ Un proceso de aprendizaje acerca de los buenos hábitos para nuestra vida cotidiana.
- ⇒ No es un programa estructurado de ejercicios, sino un proceso educativo.
- ⇒ No es una terapia o tratamiento, sino un método educativo.
- ⇒ No es un proceso diagnóstico médico y no interviene sobre patologías específicas.
- ⇒ No es un método de relajación, pues, aunque se recoge una disminución de la tensión al final de la sesión, la persona mantiene a lo largo de la misma una posición activa.

Se realiza en sesiones de 45 minutos a lo largo de un período de 20 a 30 clases, recomendado por la STAT (Asociación de profesores de la Técnica de Alexander). Las clases incluyen sesiones guiadas mediante instrucciones verbales para la consciencia corporal, la

corrección de los malos hábitos y la adaptación de estos movimientos y posturas a las actividades cotidianas, por ejemplo, sentarse, levantarse, caminar o hacer esfuerzos levantando algún peso. Posteriormente, se recogen las sensaciones del alumno.

EJERCICIOS

La técnica de Alexander, tal como se ha indicado anteriormente, favorece el desarrollo de la conciencia y la mejora corporal (Barlow, 1991; Brennan, 1992): ⇨ *Ejercicios de conciencia corporal*: un ejemplo sería lo que se denomina *mapeo corporal*. En este caso se trata de ir recorriendo las diferentes partes del cuerpo, consiguiendo, a partir de la atención de la persona a las mismas, la percepción de lo que está ocurriendo en nuestro cuerpo. El objetivo es detectar lo que estamos «haciendo de más».

⇨ *Ejercicios de mejora de la postura*: estos ejercicios se señalan a título de ejemplo considerando que deberán adaptarse en función de la persona y los hábitos que ésta manifiesta:

- Dejar el cuello libre, inhibiendo el hábito de tensionar los músculos del cuello.
- Mover la cabeza hacia arriba y hacia adelante.
- Situar la espalda recta, respetando las diferentes cavidades.
- Separar las rodillas para regular nuestro tono muscular.

Éstos son simples ejemplos de una técnica compleja que requiere una formación determinada para adquirir los mecanismos de detección de puntos de tensión y/o problemáticos, así como de las posturas óptimas para cada persona.

Ámbitos de aplicación

Se aplica la técnica de Alexander en diferentes problemáticas físicas, como, por ejemplo, los dolores de espalda y de cuello, la tensión en el/los hombro/s, el codo de tenista, los dolores por esfuerzo, los procesos de deterioro muscular, la artritis, los trastornos en los nervios, los problemas somáticos, los problemas derivados del embarazo y el posparto, la recuperación de largos períodos de postración y los estados de ánimo depresivos y de ansiedad. Igualmente, se señala la utilidad de la misma con los siguientes problemas (Barlow, 1991): dolores de cabeza, problemas cervicales, escoliosis, tartamudez y depresión, y en la mejora de actividades artísticas y deportivas.

Para ampliar la información

- Alexander, F. M. (1995). *El uso de sí mismo*. Barcelona: Urano.
- Alexander, F. M. (2011). *Control consciente y constructivo del individuo*. Buenos Aires: Pequeña Hoja.
- Barlow, M. (1965). The Teaching of F. Matthias Alexander. En M. Barlow (2002). *An Examined Life*. Berkeley: Mornum Time Press.
- Barlow, W. (1956). Postural deformity. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 49, 670-674.
- Barlow, W. (ed.) (1978). *More Talk of Alexander*. Londres: Victor Gollancz.
- Barlow, W. (1991). *El principio de F. M. Alexander*. Barcelona: Paidós.
- Brennan, R. (1992). *La técnica Alexander, posturas sanas para la salud*. Barcelona: Plural de Ediciones.
- Brennan, R. (1993). *La técnica Alexander*. Barcelona: Kairós.
- Carrington, W. (1989). On categorizing the Alexander technique. *The Alexander Journal*, 10, diciembre.
- Calais-Germain B. (1994). *Anatomía para el movimiento*. Barcelona: La liebre de marzo, S. L.
- Conable, B. W. (2001). *Cómo aprender la técnica Alexander. Un manual para estudiantes*. Barcelona: Obelisco.
- De Alcántara, P. (1999). *The Alexander Technique. A skill for life*. Ramsbury: The Crowood Press, Ltd.
- De Alcántara, P. (2011). *Integrated practice*. Londres: Oxford University Press.
- Drake, J. (1993). *Postura sana*. Barcelona: Martínez Roca.
- Drake, J. (2001). *La técnica Alexander de corrección postural*. León: Edaf.
- Gelb, M. (1987). *El cuerpo recobrado*. Barcelona: Urano.
- McEvenue, K. (2002). *El actor y la técnica Alexander*. Nueva York: Macmillan.
- Maisel, E. (1991). *La técnica Alexander*. Barcelona: Paidós.
- Park, G. (1989). *El arte del cambio*. Villaviciosa de Odón: Mirach.
- Stevens, C. (1997). *La técnica Alexander*. Barcelona: Paidós.

Para ampliar la formación

APTAE (Asociación Española de Profesores de Técnica de Alexander)

Email: info@aptae.net

Web: <http://www.aptae.net/>

PSICOTERAPIA CORPORAL INTEGRATIVA

Definición

La psicoterapia corporal integrativa (TCI) se encuadra en la escuela de la Gestalt y se define como un sistema que pretende integrar los diferentes componentes del ser humano: cuerpo, mente, cerebro, energía y espiritualidad. Es un abordaje holístico de adaptación de nuestro cuerpo a nuestra vida cotidiana y de liberación de las tensiones que tareas y circunstancias generan en el cuerpo.

Objetivos

El objetivo principal es integrar las diferentes partes de nuestra realidad en un yo sano, libre y autónomo. Los objetivos específicos serán:

- ⇒ Conectar nuestro cuerpo con las necesidades que sentimos, lo cual aumentará nuestro autoconocimiento.
- ⇒ Conectar con el momento presente (por ejemplo, a través de las sensaciones físicas o las interoceptivas).
- ⇒ Liberarse de conflictos internos para favorecer una mejor adaptación a nuestro entorno, por ejemplo, mejorando nuestra capacidad de relación con los otros.
- ⇒ Mejorar nuestro contacto y nuestros límites internos y externos.

La TCI ayuda a la persona a recuperar la relación con su cuerpo de tal forma que éste se convierte en un aliado en la vida de la persona; es la vuelta a casa.

Las premisas

La relación que se ha mantenido con el cuerpo, históricamente ha sido diferenciándolo de la mente, considerando dos entidades que funcionan de forma independiente. Menores han sido las voces que señalaban la unidad de ambos y como consecuencia de esta separación nos identificamos con mayor frecuencia con la mente, pues el cuerpo da lugar a sensaciones desagradables con las que no estamos dispuestos a manejarnos.

El cuerpo es el territorio donde se dan todas las batallas de nuestra vida terrena, y en él quedan depositadas tanto sus miserias como sus glorias. Si las rescatamos, rescatamos nuestra historia; y si rescatamos nuestra historia, rescatamos nuestra vida (Albert, 2008). La TCI es una llamada a la integración del cuerpo en su expresión y movimiento, así como en el sí de nuestra historia, personalidad, comunicación, e incluso cultura.

El cuerpo se estructura en cinco niveles, como son el atómico, el molecular, el celular, el

anatómico y el íntegro; asimismo, se habla de funcionamiento bioquímico y biomecánico.

El trabajo con el cuerpo se contempla desde la realidad objetiva y biológica que lo caracteriza, así como a partir de la corporeidad, es decir, la vivencia de la persona de su propio cuerpo. Esta corporeidad da lugar a la imagen corporal, así como la identidad corporal —definida esta última a partir de valores y creencias históricas y culturales—. Es decir, no solamente se considera la estructura biológica, sino también aquella construida e incluso adaptada (realidad subjetiva). Es en este punto que se justifica una terapia corporal desarrollada como psicoterapia.

Descripción técnica

El cuerpo aparece, en la psicoterapia corporal, como mucho más que un simple portavoz o portador de signos; es el archivo vivo de la biografía de la persona. Cualquier persona habla a través de su cuerpo y de sus palabras. El verbo articulado es el mediador entre el cuerpo (la experiencia vivida) y el código (el campo simbólico y social del lenguaje). Hablar es una expresión corporal, un acto expresivo. El verbo se origina en el cuerpo. El organismo se expresa globalmente en forma verbal y no verbal. La palabra da sentido a lo experimentado, a los pensamientos, a las emociones. El análisis verbal de las experiencias es capital para la comprensión e integración y su procesamiento a la luz de la conciencia. Las terapias psicocorporales consideran que cuerpo y mente son dos vías de acceso a lo reprimido, a lo escondido, a lo estancado; y que, a partir de la expresión de los afectos, es como se recuperan en gran medida la unidad psicósomática y el equilibrio. Y los afectos se expresan a través de las emociones, del lenguaje corporal expresivo, y se integran en lo cortical por los procesos cognitivos (Guasch, 1987).

La TCI entiende el cuerpo como una entidad integrada con la mente y el espíritu que se manifiesta a partir de lo somático (físico), psicológico, emocional y espiritual, y todo ello en continua relación y retroalimentación con el entorno en el que vivimos. Desde esta consideración, la terapia de la Gestalt ofrece un marco idóneo para el desarrollo de la TCI, desde intervenciones básicas a otras más integradas.

Las intervenciones básicas que se realizan en la TCI se desarrollan a partir de estos tres elementos: *una apreciación de la actualidad, del estar consciente y de la responsabilidad* (Naranjo, 1991).

Intervenciones básicas en TCI (Carbajal, 2011)

- a) *Autorregulación organísmica*, definida como *la tendencia del ser humano a buscar y conseguir el equilibrio, o, lo que es lo mismo, su tendencia natural a la salud* (Carbajal, 2011). Se habla de renovar, equilibrar, sanar, conservar y desarrollar en pro de nuestra homeostasis. Es un mecanismo espontáneo e innato que si le dejamos actuar,

nos llevará hacia la salud, la belleza y el desarrollo de nuestro potencial. Considerando la inteligencia corporal, una primera intervención es dejar que éste vuelva al punto de armonía.

- b) *El aquí y el ahora corporal*: atender al presente y tomar conciencia sobre la voz corporal, lo que significa básicamente escuchar qué nos está diciendo aquí y ahora.
- c) *Darse cuenta o awareness*: más allá del contacto con el presente, es necesario que nos demos cuenta de lo que ocurre en nuestro cuerpo, lo que supone un conocimiento acerca de nuestros propios esquemas, así como la toma de conciencia respecto a sensaciones concretas.
- d) *Responsabilidad*: hace referencia a la capacidad de responder a estímulos externos e internos para actuar sobre el cuerpo.
- e) *Figura y fondo corporal*: trasladar el cuerpo de fondo —aquella entidad que nos acompaña, pero en la distancia—, a figura. Nuestro cuerpo no es sólo la armadura de nuestro yo, sino una entidad en sí misma. Así, no hablaremos de tener un cuerpo, sino de que somos un cuerpo.
- f) *Contacto*: reconocimiento de nuestro cuerpo y del cuerpo del otro a partir del contacto y la retirada, no sólo contacto físico, sino también visual o emocional.

Intervenciones integradas en TCI

La TCI puede desarrollarse conjuntamente con otras terapias holísticas, como las que se citan a continuación:

- a) *Terapias de diagnóstico*: parten de que una parte específica de nuestro cuerpo es reflejo de todo el resto y fijando la atención en ésta podemos hacer un diagnóstico de lo que ocurre en nuestro cuerpo. Ejemplos de este tipo de terapias los tenemos en la reflexología podal o la iriología, que conciben el pie y el iris del ojo, respectivamente, como reflejo del funcionamiento corporal.
- b) *Medicina natural*: la cual conjuga sus tratamientos a partir de intervenciones no invasivas naturalistas, como, por ejemplo, la acupuntura, la naturopatía, la homeopatía, las flores de bach o la quiropraxia.
- c) *Tratamientos holísticos*: contemplan diferentes elementos corporales y/o del entorno para generar una intervención sobre el conjunto de elementos que forman al ser humano. En este punto contamos con ejemplos como el método Feldenkrais o el Rolfing.

Igualmente, se han presentado otros métodos que podrían incluirse en este punto, como el *focusing* o la meditación. La idea es trabajar desde una simbología corporal y conjunta al individuo de una forma integral.

EJERCICIOS

Los ejercicios que se presentan a continuación son algunos de entre todos los posibles, clasificados según los tipos de intervenciones expuestos (Carbajal, 2008, 2011):

1. *Autorregulación organísmica*: el objetivo de esta regulación es encontrarnos con nuestro cuerpo, así como recuperar la armonía interna. Para ello, podemos experimentar con los siguientes ejercicios:
 - ⇒ Reconocer nuestras necesidades, las dominantes o prioritarias —las cuales debemos satisfacer— y las de segundo plano. A partir de diferentes modelos de necesidades, por ejemplo, el conocidísimo de Abraham Maslow, debemos ser capaces de reconocer aquellas necesidades hacia las que nos dirige el cuerpo. Estas necesidades prioritarias, si no son satisfechas, nos producirán un estado de tensión y falta de libertad. Por ello, un primer ejercicio será escuchar qué nos está pidiendo el cuerpo, sin miedos, ni condicionantes sociales o morales.
 - ⇒ Respetar los ciclos o las fases, lo cual implica aprender acerca de los procesos de superación, así como de los decadentes. Es decir, respetar tanto las pulsiones de vida, como las de muerte, aunque estas últimas generen dolor, sufrimiento y sensaciones desagradables o incómodas.
 - ⇒ Reconocer aquellas costumbres o conductas autodestructivas o delimitantes. Aunque se ha indicado la necesidad de perseguir nuestras prioridades, hay que realizar un análisis más pormenorizado sobre si son éstas conductas que nos dirigen hacia la salud o, por el contrario, hacia la decadencia.
2. El aquí y el ahora corporal: son ejercicios destinados a centrar la atención en el presente y los diferentes componentes del espacio corporal:
 - ⇒ Conectar con la respiración, pues es un ejercicio sencillo que ayuda enormemente a conectar con las sensaciones corporales tras un proceso de acallar la mente. Por ello, debe haber un primer momento de respirar, esperar a la que mente se tranquilice y, a partir de ese momento, estar atento/a y concentrado/a en lo que pueda surgir del cuerpo.
 - ⇒ Atender a las posturas, los gestos y los movimientos automáticos. Por ejemplo, un determinado gesto facial (ceño fruncido) y una postura (cabizbajo), pueden poner de relieve nuestra tendencia a sobrepreocuparnos frente a los problemas.
 - ⇒ Poner nombre a las sensaciones será de ayuda para la autoconciencia corporal.
 - ⇒ Acción, lo que requiere que en vez de utilizar el lenguaje verbal podamos aplicar una actuación sobre el cuerpo (por ejemplo, mover la tristeza o saltar la rabia), y, al contrario, corporeizando lo verbal (por ejemplo, «¿qué gesto le

pondrías a esta emoción?»).

3. *Darse cuenta*: serían ejercicios destinados a evaluar las sensaciones que nos produce el cuerpo, encontrando la voz a través de la cual nos habla:

- ⇒ Hablar de las sensaciones corporales a partir de los cinco sentidos y la propiocepción, así como, según los ritmos, el movimiento, los cambios en el espacio y el tiempo o la configuración corporal.
- ⇒ Exagerar las estructuras o los movimientos.
- ⇒ Estiramientos para revitalizar y contactar con la corporeidad y las sensaciones físicas.
- ⇒ Hacer lo contrario, por ejemplo, moverse de forma muy lenta cuando se es una persona que tiende al movimiento rápido.
- ⇒ Repetir una acción o imitar, haciéndolo directamente el terapeuta o haciendo que la persona lo repita.
- ⇒ Generalizar, haciendo de un movimiento concreto otro más general, por ejemplo, llevar un movimiento del dedo al brazo entero.
- ⇒ Especificar, pasando de lo general a lo concreto, por ejemplo, intentando buscar el lugar específico en un dolor difuso.

4. *Responsabilidad*: es un proceso por el cual integramos esa voz corporal y damos respuesta a las necesidades que plantee:

- ⇒ Reconocer el qué y el cómo de nuestro cuerpo, dejando atrás el por qué o el origen. Lo que nos interesa es saber cómo desarrollamos nuestra psique en nuestro cuerpo y qué huellas deja, para poder trabajar sobre las mismas, no así las cicatrices de marcas infantiles.
- ⇒ Superar los aspectos limitantes, por ejemplo, es básico en este punto dejar atrás la queja, sobre la que muchas veces nos instalamos.
- ⇒ Aceptación del cuerpo en su configuración y características, así como aplicar la estima y valúa hacia el mismo.

Pensemos que *la forma en la que la persona cuida su aseo, su alimentación y su salud en general son una puerta abierta a entender cómo se toma la responsabilidad de su vida* (Carbajal, 2011).

5. *Figura y fondo corporal*: en este punto, se trataría de reconocer la importancia del cuerpo y la corporalidad, pasando del fondo a la figura:

- ⇒ Cambiar nuestro vocabulario acorde con el soy; así, en vez de tengo tensión, hablaremos de ser tensión y, por tanto, de «mi cuerpo está» a «yo estoy».

⇒ Crear un espacio para el encuentro de los aspectos polares que rigen nuestro cuerpo, así éste se mueve de la acción al descanso o del movimiento al reposo.

6. *Contacto*: son los ejercicios que se utilizarán para conectar con ese cuerpo renovado y tratarlo como merece:

⇒ Trabajar a favor del contacto, mediante el contacto visual —que supone un menor esfuerzo— hacia el tacto. Se puede trabajar a partir de esculturas, por ejemplo.

⇒ Dominar los límites personales sobre los diferentes ambientes para la retirada en caso necesario, así como el contacto o la aproximación.

7. *Simbología corporal*: se puede trabajar a partir de un sistema de lectura interpretativa (por ejemplo, como se citaba mediante la reflexología podal), el uso de metáforas, la extrapolación, la vida de las etapas o ciclos, la división, la traducción o la teatralización, que se comentarán a continuación:

⇒ Sistema de lectura interpretativa, la cual requiere unos conocimientos específicos acerca del mapeo del cuerpo según un punto específico de nuestro cuerpo.

⇒ Uso de metáforas, por ejemplo, mediante la creación de nuevas sensaciones al pensar si mi sensación fuera... (un color, un animal, un país, un personaje, etc.). Se trata de buscar nuevas fórmulas de definición y expresión de la corporeidad.

⇒ Extrapolación, se trata de un ejercicio de buscar semejanza entre diferentes elementos, por ejemplo, comparar los músculos con las gomas elásticas.

⇒ La vida de las diferentes etapas o ciclos (Roth, 1990), que concibe que cada una de las etapas vitales que experimentamos van acompañadas de diferentes maestros que nos acompañan y nos guían, como: el nacimiento por la madre, la infancia por el padre, la adolescencia por el yo, la madurez por la sociedad y la vejez por el universo. Cada uno debería conocer los elementos de su momento del ciclo vital, con sus características y, por ejemplo, las tareas a cumplir (Havighurst, 1972).

⇒ La división para una mejor comprensión de la globalidad, lo cual se puede realizar a partir de la división entre hemisferio derecho e izquierdo, o tal como señalaba A. Bowen, la delantera *versus* la trasera.

⇒ La traducción consistiría en encontrar una nueva forma de expresarlo.

⇒ La teatralización sería dar voz a una/s parte/s del cuerpo, así como fomentar a través de otras estrategias expresivas que podamos aumentar nuestro conocimiento y comprensión del cuerpo (por ejemplo, preguntándole a éste «¿qué te ocurre?» o «¿qué me pides?»).

8. *Técnicas expresivas*: existen otras técnicas de expresión y movimiento esenciales de contemplar en este punto de terapias corporales, como las que trabajan sobre el movimiento, la danza terapia o los juegos.

Mediante esta técnica, L. Carbajal (2008, 2011) hace una propuesta realmente interesante para seguir la premisa *mens sana in corpore sano*.

Ámbitos de aplicación

La TCI se puede aplicar en cualquier persona, niño/a o adulto/a que requiera tomar conciencia corporal, por manifestar ciertas dificultades limitantes. Se puede aplicar sobre el tratamiento de problemas de ansiedad y estrés, de problemas del estado de ánimo, sobre trastornos de la conducta alimentaria y conductas adictivas, sobre el duelo y problemas relacionales. Se ha definido la TCI aplicada a problemas de pareja. Asimismo, se puede introducir en el trabajo individual, en el familiar y en grupos, existiendo propuestas muy interesantes en este tercer nivel, por ejemplo (Carbajal, 2011).

Para ampliar la información

- Albert, J. J. (2008). *Ternura y agresividad. Carácter: Gestalt, bioenergética y eneagrama*. Madrid: Mandala (Gestalt Colección).
- Bertherat, T. (1990). *La guarida del tigre*. Barcelona: Paidós.
- Caldwell, C. (1999). *Habitar el cuerpo. Recuperación y transformación desde la psicología somática*. Barcelona: Urano.
- Carbajal, L. (2008). *Hablar con el cuerpo. La expresión corporal: una herramienta para el bienestar*. Barcelona: Comanegra.
- Carbajal, L. (2011). *Del organismo al cuerpo. Gestalt corporal*. Barcelona: Comanegra.
- Gimeno, A. y Bayón, R. (2004). *Un modelo de integración de la dimensión corporal en psicoterapia*. Barcelona: Milenio Publicaciones.
- Kepner, J. (2000). *Proceso corporal. Un enfoque gestáltico para el trabajo corporal en psicoterapia*. México: Manual Moderno.
- Naranjo, C. (1991). *La vieja y novísima Gestalt. Actitud y práctica*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Roth, G. y Loudon, J. (1990). *Mapas para el éxtasis. Enseñanzas de una chamana urbana*. Barcelona: Urano.

Para ampliar la formación

Asociación Española de terapia de la Gestalt

C/ Mayor, 58, 5.o F
28013 Madrid.
Teléfono: 91 543 06 25
Email: info@aetg.es
Web: <http://www.aetg.es/>

Instituto Hermes

C/ Dulzaina, 11, bajo
01006, Vitoria-Gasteiz (Álava)
Teléfono: +34 945 142 677
Email: info@hermesterapiaintegral.com
Web: <http://hermesterapiaintegral.com/>

7. TÉCNICAS MANIPULATIVAS Y SENSORIALES

El arte, del latín *ars* o *artis*, se define como aquella actividad que realiza el ser humano con una finalidad estética y comunicativa —una manera de expresarnos y ofrecernos hacia el mundo—.

El arte es aquella actividad que nos ilumina y nos eleva, permitiéndonos aquella expresión profunda que, consciente o verbalmente, es mucho más dificultosa. En un lienzo en blanco podemos plasmar nuestros sueños o nuestras pesadillas.

Se empieza por una idea o iluminación, e incluso una necesidad, y de ahí al elemento artístico escogido, sea en un lienzo en blanco o en un trozo de yeso. Este proceso dará lugar a una obra que permanece en el tiempo y que nos muestra un aspecto de nosotros/as mismos/as, de nuestro pasado e incluso de nuestra evolución.

El arte está compuesto por siete bellas artes o disciplinas, como son la arquitectura, la escultura, la pintura, la música, la danza, la literatura y el cine. Es una expresión del ser humano desde nuestra propia creación, pues en las cavernas ya expresamos nuestra capacidad creadora.

Expresarse, comunicarse, iluminarse, permanencia del objeto, todo ello dará lugar a un proceso de crecimiento, a un antes y un después de la obra. Ése es el concepto básico a partir del cual se pueden interrelacionar arte y terapia. Éste es un medio ideal para poder trabajar aspectos que son difíciles de expresar a través de nuestra voz y nuestra conciencia, así como de sentirnos libres y mejorados.

Las técnicas manipulativas son aquellas en las que se utilizan las manos para crear una obra, y si no las manos, aquellas que suponen la manipulación de un objeto, por ejemplo, en la creación de sonidos a partir de un instrumento. No se pone sólo en funcionamiento cognición y lenguaje, sino que se amplían las posibilidades a todo aquello que podamos dar forma y que podamos crear. Es un proceso de tocar, de dar forma, de dejarse llevar y, por tanto, de construcción de un nuevo yo.

Las técnicas sensoriales hacen referencia a aquellos procesos en los que aplicamos diferentes sentidos. El visual, mediante la pintura, la escultura o el cine, recibiendo a través de nuestra mirada una imagen que nos inspira y queda grabada en nuestra mente. El auditivo, a partir de la música, que nos eleva y nos provoca sentimientos, sensaciones y emociones. El gusto y el olfato nos trasladan nuevas sensaciones o reencuentros con algunos antiguos

recuerdos. El sentido táctil nos devuelve a experiencias básicas del ser humano, a esa necesidad intrínseca de contacto y afecto que nos envuelve al llegar a este mundo y que reclamamos hasta que lo dejamos atrás. Todos los sentidos nos ofrecen nuevas oportunidades para que, al igual que al manipular, encontremos nuevos significados.

En el proceso terapéutico ambas técnicas pueden ofrecernos una información que nuestra voz se vea incapaz de trasladar, así como nuevas visiones y formas de intervenir de forma eficaz.

ARTETERAPIA

El arte conserva su función que es única, la de dar al individuo el poder de soñar, de esperar, de sobrevivir a las afrentas del dolor inherente a la vida, a las situaciones extremas, de aceptar renunciar al paraíso perdido de la infancia.

GAETNER

Definición

La arteterapia es una forma de psicoterapia que utiliza los medios artísticos como su modo de comunicación primario. Los clientes que se remiten a un arteterapeuta no necesitan tener experiencia ni habilidad artística. El arteterapeuta no está primordialmente involucrado en hacer algo estético o en dar un valor diagnóstico de la imagen del cliente. El objetivo global de sus prácticas es permitirle a un cliente cambiar y crecer a nivel personal a través del uso de materiales de arte en un ambiente seguro y facilitador (BAAT, 1969). Esta definición pone de relevancia tres aspectos claves de la arteterapia (ATT), como son el uso creativo de medios artísticos en terapia, el hecho de que no hace falta tener unas habilidades previas —aspecto de gran preocupación para la persona que se plantea experimentar ATT—, y que todo ello supondrá una transformación personal.

Objetivos

El objetivo principal de la ATT será el desarrollo de la creatividad y sus técnicas a favor de la mejora, el desarrollo y la transformación personal y de los grupos a los que se les aplica. Desde la *Asociación Canandense de Arteterapia* (2009), se señalan los siguientes objetivos específicos:

- a) Ayudar en la expresión de emociones y sentimientos de difícil expresión verbal.
- b) Incrementar la autoconfianza y la autoestima personal.
- c) Desarrollar habilidades asertivas saludables, así como la resolución de problemas.
- d) Identificar bloqueos emocionales y promover el crecimiento personal.
- e) Promover una nueva vía de expresión y de comunicación.
- f) Mejorar nuestra comunicación verbal.

Las premisas

Las aportaciones artísticas y/o creativas pueden ayudarnos en terapia llegar a nueva información, a curar heridas o ver el mundo desde otra perspectiva. En una hoja no descubriremos un mundo, pero daremos unas primeras pautas para poder desarrollar estas

habilidades.

Las artes creativas son un lenguaje universal para comunicarse con uno mismo y, por tanto, muy poderosas dentro de la terapia. En las diferentes aportaciones creativas lo que menos nos importa es la técnica, cómo lo hacemos. No hay una buena o mala obra, sino miles de puertas y ventanas. Éstas pueden darnos información que desconocíamos en tanto que hacen de mediadoras entre consciente e inconsciente. Nos permiten crear y expresar lo que llevamos dentro y, a la vez, recibir. Se puede interpretar el material siempre a partir de palabras sencillas, y mejor si lo hace el propio autor.

La ATT, tal como afirma la *Asociación Profesional Española de ATT* (2002), es una profesión donde el arte se pone a expensas de la contención y resolución de conflictos emocionales y psicológicos.

La ATT plantea una modalidad técnica y profesional amplia que puede desarrollarse a partir de diferentes medios audiovisuales. En este sentido, es difícil delimitarla, pues engloba prácticas muy diferentes. No obstante, las sesiones de ATT producen una serie de fenómenos convergentes en todas sus modalidades, como son (Jones, 2005):

- ⇒ La *proyección artística*, referida a la característica tan distinta de la ATT como *aquel espacio donde la flexibilidad, aceptación, confrontación con sus emociones y tolerancia son reales* (Pérez Fariñas, 2004). En esta terapia se consigue estimular la creatividad de la persona en pro de una elaboración específica, lo que desencadena simultáneamente el procesamiento cognitivo, emocional, corporal, sensorial y cultural, entre otros. Uno de los aspectos más determinantes para que se pueda desencadenar este elemento será la posibilidad de expresarse de forma libre, lo que en psicoanálisis se enfoca desde el punto de vista verbal como asociación libre. Así, este proceso de conjuga como expresivo, a la vez que una proyección de uno/a mismo/a, explorativo, de contención, elaboración y transformador, es decir un 6 en 1. Así, Birtchnell (1987) señala que la ATT *produce en la persona hacerle revivir escenas inconclusas, representaciones de momentos perturbadores, revelar deseos, aceptar y asumir aspectos menos tolerables de uno/a mismo/a*.
- ⇒ La *relación triangular*, siendo ésta la que surgirá entre el arteterapeuta, la obra plástica y el paciente (Klein, 2006). A diferencia de otro tipo de técnicas, entre el arteterapeuta y el paciente aparece la obra artística, que condicionará la relación entre ambos.
- ⇒ La *perspectiva y distancia* surgen porque la ATT produce una nueva perspectiva a partir de la distancia que ofrece sobre el problema. Su utilidad se circunscribe en esta posibilidad de recoger nueva información o llegar a información de difícil acceso consciente —lo cual lo permite la distancia que adquirimos—.
- ⇒ La *experiencia no verbal*, ofreciendo información útil, rica y llena de matices más allá de lo puramente verbal, y en este sentido, con posible conexión con procesos bloqueados, negados e inconscientes.
- ⇒ El *espacio de juego*, ya que conecta con la libertad y la energía que aplicábamos en el

juego cuando éramos niños/as. Es decir, nos ofrece una oportunidad y un espacio donde recuperar el/la niño/a interior que en tantas ocasiones negamos o intentamos esconder.

La ATT se desarrolla a partir de diferentes técnicas en muy diversos ámbitos, de ahí que se constituya como una técnica multidisciplinar. En este sentido, cada modelo psicoterapéutico ha creado sus propias modalidades dentro de esta técnica; aquí se realiza una aproximación generalista.

La ATT considera que toda persona puede beneficiarse de esta técnica considerando la misma desde una perspectiva holística y, por tanto, incidiendo en todos aquellos aspectos que puedan producir bloqueo o sufrimiento.

Descripción de la técnica

La ATT se desarrollará desde la flexibilidad y la adaptación a las diferentes necesidades que pueda plantear la persona o grupo atendidos, pero se puede tener en cuenta una serie de consideraciones. Como para otras técnicas que podamos poner en marcha, para llevar a cabo un acto creativo necesitamos prepararnos.

En primer lugar, es necesario *realizar una entrevista personal* con la persona susceptible de recibir el tratamiento en la que se determinen los motivos de consulta, los patrones narrativos a partir de los cuales proyecta su vida, las expectativas que pone en la terapia y, por último, determinar las áreas afectadas en la persona.

Se determinarán los objetivos para tratar las diferentes áreas detectadas, así como *los diferentes niveles de intervención*, que pueden ser (Omenat, 2003):

- a) De contención y comunicación.
- b) De apoyo y acompañamiento.
- c) Para resolver conflictos.
- d) Los orientados al cambio.

En este tipo de intervención se deben *marcar unas condiciones de funcionamiento*, como son la duración de las sesiones, los horarios, el formato de las sesiones y las reglas del proceso, que incluirán —además de las habituales—: el cuidado y la limpieza de los materiales y la atención a los aspectos creativos y expresivos (teniendo en cuenta que no se busca el dominio de la técnica).

Se recomienda realizar *una primera prueba exploratoria de las habilidades plásticas* a partir de un ejercicio de libre expresión (por ejemplo, para observar el nivel y la motivación frente al dibujo o pedir a la persona que dibuje aquello que le inspire en ese momento).

El *setting o encuadre ATT* tiene unas especificidades concretas que hay que tener en cuenta (Coll Espinosa, 2006; López Cao, 2006; Omenat, 2006):

- ⇒ Debe ser un espacio que estimule la creatividad y la expresión artística.
- ⇒ Un espacio en el que no haya problema en manchar y experimentar.
- ⇒ Un espacio con lavabo o lavamanos, como mínimo, cercano, para facilitar las tareas de limpieza.
- ⇒ Un lugar que incluya tres espacios diferenciados (Prokofiev, 1998), un lugar de expresión, un lugar de exposición y/o secado y una zona verbal.
- ⇒ Un sitio en el que se puedan evitar distracciones e interrupciones para dejar fluir el proceso artístico.
- ⇒ Un espacio que contenga los materiales y herramientas necesarios para el desarrollo del proceso.
- ⇒ Un espacio en el que se haya definido previamente el marco temporal, tanto en la duración de las sesiones como en su frecuencia.

Se deben *tomar decisiones en relación a las técnicas, los materiales y los recursos*:

- a) *Una técnica* que nos haga sentir cómodos, entre las que podemos encontrar las señaladas en la tabla 7.1.

TABLA 7.1
Tipos de técnicas artísticas y sus variaciones (Batlle, 2009)

TIPO DE TÉCNICA	VARIACIONES ARTÍSTICAS
Artes plásticas	Dibujo y pintura. Modelaje y escultura. Collages y montajes. Mándalas. Cajas mágicas.
Artes corporales	Danza y movimiento. Teatro.
Artes sonoras	Musicoterapia. Instrumentos y percusión.
Artes relacionadas con la escritura	Narrativa.

De hecho, las técnicas se pueden distribuir según diferentes grados de dificultad, como se representa a continuación (Landgarten, 1987).

TABLA 7.2
Tipos de técnicas según grados de dificultad (Landgarten, 1987)

TÉCNICAS	GRADO DE DIFICULTAD BAJO	GRADO DE DIFICULTAD MEDIO	GRADO DE DIFICULTAD ELEVADO

Gráfico	Lápiz de grafito. Lápices de colores. Lápiz de pasta. Plumón.	Cera blanda. Pastel graso.	Carboncillo. Tinta china. Pastel seco. Tiza.
Pictórico	Témperas. Pinceles gruesos y brochas.	Pintura de dedos. Lápices acuarelas. Acrílicos. Pastel graso con trementina. <i>Sprays</i> .	Acuarela. Oleo. Rodillo. Espátula. Esponja.
Tridimensional	Plastilina. Arcilla o barro. Pasta de sal.	Cartón pluma. Greda, yeso. Material de reciclaje. Papel maché.	Talla. Gubias. Moldes.
Otros	Revistas y papeles para <i>collage</i> .	Costura. Estampado.	Grabado. Vídeo. Fotografía. Ordenador.

- b) *Un contenedor o cuadro*, es decir el espacio de expresión (por ejemplo, en el dibujo, el papel, o en la danza una música, un espacio y un vestido).
- c) *Actuar con el máximo respeto y humildad hacia el que surja. Debe desarrollarse de forma sencilla para la persona, propiciar la creación de un lenguaje específico, ofrecer un enriquecimiento y nuevo lenguaje artístico, que produzca satisfacción y goce, y por último, se desarrolle a partir de cierta economía de medios* (Polo, 2003).

El tema que se trabaje debe ir en función de las necesidades de ese momento y la persona, a continuación exponemos un listado de los más comunes (Batlle, 2009):

- ⇒ ¿Cómo te ves a ti mismo?
- ⇒ ¿Cómo te imaginas que te ven los demás?
- ⇒ ¿Cómo te gustaría verte?
- ⇒ ¿Cómo te gustaría que te vieran los demás?
- ⇒ Lo que eres en este momento (o lo que piensas que eres).
- ⇒ Lo que serías si utilizaras tu potencial al máximo.
- ⇒ Los bloqueos o miedos que se mantienen.
- ⇒ Tus relaciones con las personas (por ejemplo, la relación que más te importa, la persona que te hace o te ha hecho daño, etc.).
- ⇒ La manera en que percibes la vida y/o las relaciones y cómo te gustaría percibirla.
- ⇒ Expresar emociones que sientes (por ejemplo, la ira, la tristeza, la alegría, etc.).
- ⇒ Centrarse en acontecimientos concretos que nos hayan marcado.
- ⇒ Simplemente, soltarse el que pase por la mente, el corazón y el cuerpo desahogarse en una situación de estrés.
- ⇒ Encuentro con el mundo (pensar en un objeto, persona o lugar que se quiera retratar), las

sensaciones (entrar en contacto con el aquí y el ahora) o sensaciones del cuerpo.

⇒ Paisajes internos de pasado, presente y futuro.

A continuación se incluye un registro para definir el contenido de las sesiones en la línea de lo expuesto, así como un espacio para realizar un diseño inicial —una primera aproximación que nos guíe en el camino—.

La *estructura a partir de la cual se desarrollarán las sesiones*; al igual que en otro tipo de técnicas, incluirá una introducción a la sesión, el desarrollo de la actividad plástica y el debate de la obra. Más concretamente, se pueden contemplar las siguientes fases (Nucho, 2003):

1. *Unfreezing phase*: es el momento de introducir la sesión, comentando aquellos aspectos relevantes para su desarrollo —tanto por parte de la persona como del arteterapeuta—.
2. *Doing phase*: se desarrolla la actividad plástica, con el objetivo y tema particulares que se hayan definido previamente.
3. *Dialoguin phase*: una vez finalizada la obra se comenta todo lo que ésta haya provocado mientras se iba elaborando y una vez finalizada.
4. *Consolidation phase*: se concluye la sesión.

Por último, se debe *realizar una evaluación*, más allá de la que se llevó a cabo inicialmente, continua y final. A continuación se presenta un ejemplo de registro de sesiones para ir evaluando lo ocurrido a lo largo del proceso.

ELIGE EL TEMA QUE QUIERES TRABAJAR

El tema que se trabaje debe ir en función de las necesidades de ese momento y de la persona. A continuación se expone un listado de los más comunes.

Cómo te ves a ti mismo/a.

Cómo te gustaría verte.

El que eres o piensas que eres en este momento.

Miedos o bloqueos que se mantienen.

Nuestras necesidades.

Las relaciones que mantenemos.

La manera en que percibimos nuestra vida.

Las emociones que experimentamos.

Acontecimientos concretos que nos hayan marcado.

Otros.

Figura 7.1. ([Descargar o imprimir](#)) Pauta de registro del tema (adaptado de Batlle, 2009) y primer diseño.

TABLA 7.3 ([Descargar o imprimir](#))
Ficha de registro individual (adaptado de Delgado, 2006)

NOMBRE Y APELLIDOS:	FECHA DE LA SESIÓN:
Materiales:	
Nivel de concentración:	
Lenguaje corporal:	
Repeticiones en las obras:	
Participaciones:	
Intervenciones:	
Otras observaciones:	

La ATT parte de una estructura básica, pero se desarrolla a partir del diálogo entre los tres elementos que participan en el proceso (el arteterapeuta, la obra y el paciente).

EJERCICIOS

Existen tantos ejemplos y ejercicios como terapeutas e imaginación, por lo que simplemente se incluyen algunos de éstos a título de representación. *Las diez mejores técnicas de terapia de artes expresivas* las presenta Cathy Malchiodi (2010) en diferentes artículos del *Psychology Today*, las cuales son un estupendo ejemplo de nuestras posibilidades:

1. *Esculturas familiares*: representar a los diferentes miembros de nuestra familia mediante cerámica o plastilina. Se busca una posición para las mismas y se representan escenas específicas de la vida familiar.
2. *Creación de máscaras*: se pinta o representa en el exterior de la máscara cómo piensa esa persona que los demás le ven y en el interior, cómo se ve o se siente respecto a cómo le ven. Se puede focalizar este trabajo en lo que C. Jung denominaba *el trabajo con la persona y su sombra* (lo que se esconde tras la máscara).
3. *Creando juntos*: herramienta de intervención grupal en la que se fija un objetivo a realizar entre todos de forma cooperativa, como, por ejemplo, dibujar un mural en el que se representa cómo se sienten.
4. *Las mándalas*: son representaciones geométricas, simbólicas que tienen gran utilidad para relajarse, desconectar y dar información de cómo uno/a se siente. Se presentan estas formas y se invita a la persona a que les de color, una fecha y un

nombre.

5. *¿Cómo te sientes hoy?:* ésta es la pregunta, la respuesta a la misma se puede alcanzar dibujando emociones, representando sensaciones en un cuerpo humano ya dibujado o con fotos con expresiones faciales.
6. *Diario artístico:* en el que más que una narración se recogen imágenes, palabras o fotos que reflejen la vida diaria.
7. *Las metáforas:* frente a las dificultades en la expresión verbal, el uso de metáforas y símbolos facilitará esta tarea de trasladar emociones, percepciones o pensamientos.
8. *Imaginación activa:* es un proceso que implica, mediante la asociación libre, dar voz al inconsciente. Se le pide a la persona un producto espontáneo.
9. *Tercera mano del arteterapeuta:* se debe poner en marcha a lo largo de las sesiones, más allá de la empatía, la creatividad y la sintonía, la intuición.
10. *Collage:* narrativa visual sobre algún tema que interese trabajar en el proceso terapéutico.

En el blog de *La casa matiz* se incluyen cien propuestas y actividades para desarrollar en ATT, entre las que se destacan las siguientes como ejemplo (Blanca, 2015):↔ Hacer una obra a partir de una selección de fotografías.

- ↔ Dibujar o pintar tus emociones.
- ↔ Hacer títeres.
- ↔ Diseñar una postal que nunca se va a enviar.
- ↔ Crear una escultura en arcilla sobre la emoción de la ira.
- ↔ Adjuntar un dibujo o un mensaje a un globo.
- ↔ Dibujar garabatos.
- ↔ Mural en grupo.
- ↔ Dibujar en la arena.
- ↔ Hacer una zentangle.
- ↔ Dibujo al aire libre.
- ↔ Fotografiarnos de diferentes maneras.
- ↔ Hacer un dibujo relacionado con un deseo.
- ↔ Visibilizar una cita que nos guste.
- ↔ Hacer viñetas.
- ↔ Hacer un muñeco de peluche.
- ↔ Dibujar un autorretrato en una bolsa.
- ↔ Representar un guerrero o superhéroe.
- ↔ Dibujar en un espejo.
- ↔ Recrear el lugar seguro.
- ↔ Crear un diorama.

- ⇒ Crear un *collage*.
- ⇒ Pintar una pérdida.
- ⇒ Hacer un amuleto.
- ⇒ Hacer un *stopmotion* en grupo.
- ⇒ Crear un objeto personal.
- ⇒ Hacer un puzle.
- ⇒ Dibujar nuestra visión de un día perfecto.
- ⇒ Fotografiar cosas que consideramos hermosas.
- ⇒ Hacer una pintura meditativa.

Para llevar a cabo cada uno de estos ejercicios es necesario que esté justificado su uso dentro del proceso terapéutico —respondiendo a objetivos y/o necesidades de la persona atendida—, así como conocer la técnica citada —por ejemplo, haciendo pruebas previas— y, los materiales necesarios para llevar a cabo la misma —teniéndolos preparados para el momento en que se realice junto a la persona.



Figura 7.2. Diferentes ejemplos de ATT (creación con Playmobil®, plastilina, fotografía y cuadro con pinturas acrílicas).

Ámbitos de aplicación

Su carácter multidisciplinar y su efecto integrador permiten extender su uso a todo tipo de población: niños, adolescentes, adultos, ancianos, con cualquier tipo de problemática o patología, así como a cualquier individuo con deseos de crecimiento personal, poniéndose al servicio de todos los profesionales de la relación de ayuda (Larchanché, 2003). Asimismo, se puede utilizar con individuos o con grupos, e incluso comunidades. Se recogen experiencias en el ámbito educativo, con niños/as con necesidades especiales, con problemas de conducta y de integración y problemas de aprendizaje. En el ámbito clínico, se han desarrollado aplicaciones para superar las adicciones en personas con diversos problemas físicos —por ejemplo, con cáncer—, y problemas de salud mental, con pacientes con trastornos de la personalidad, demencia, esquizofrenia, trastornos de conducta alimentaria, entre otros. En el área social se ha utilizado ATT con víctimas de abuso sexual, así como persona que han sufrido otro tipo de situaciones traumáticas (por ejemplo, violencia de género o catástrofes), inmigración, personas sin hogar, prisiones, prostitución y otras poblaciones en riesgo de exclusión social.

Para ampliar la información

- Allen, P. B. (2003). *Arteterapia. Guía de autodescubrimiento a través del arte y la creatividad*. Madrid: Gaia.
- Arias, D. y Vargas, C. (2003). *La creación artística como terapia*. Barcelona: RBA Integral.
- Asociación des art-thérapeutes du Québec (AATQ), Canada. (2009) En: <http://aatq.org> (consultado el 16/11/2015).
- Barber, V. (2005). *Explórate a través del arte*. Madrid: Gaia.
- Battle, S. (2009). *Arteterapia. Cómo poner magia, colores y creatividad cada día*. Barcelona: Obelisco.
- Birtchnell, J. (1987). La terapia artística como forma de psicoterapia. En T. Dalley (ed.), *El arte como terapia* (pp. 75-93). Barcelona: Herder.
- Blanca, S. (2015). Propuestas y actividades. En *Blog La Casa Matiz*, <http://lacasamatiz.blogspot.com.es/p/algunas.html> (consultado el 27/02/2016).
- Bonet, E. (coord.) (2008). *Arteterapia. La creación como proceso de transformación*. Barcelona: Octaedro.
- British Association of Art Therapists (BAAT), Inglaterra (2009). *Definición arteterapia*. En: <http://www.baat.org> (consultado el 16/11/2015).
- Case, C. y Dalley, T. (1992). *The handbook of art therapy*. Londres: Tavistock-Routledge.
- Coll Espinosa, F. J. (2006). *Arteterapia: dinámicas entre creación y procesos terapéuticos*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Dalley, T. (1987). *El arte como terapia*. Barcelona: Herder.
- Delgado, M. F. (2006). Arteterapia en un hospital infantil. En P. Domínguez (2006),

- Arteterapia. Nuevos caminos para la mejora personal y social* (pp. 165-174). Sevilla: Junta de Andalucía.
- Domínguez, P. (2004). *Arteterapia. Principios y ámbito de aplicación*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Edwards, D. (2004). *Art therapy*. Londres: Sage.
- Fincher, S. (1991). *Creating mandalas*. Boston: Shambhala.
- Jones, P. (2005). *The art therapies. A revolution in healthcare*. Nueva York: Brunner-Routledge.
- Kaduson, H. G. y Schaefer, C. E. (eds.) (2001). *101 more favorite play therapy techniques*. Northvale, Nueva Jersey: Jason Aronson.
- Klein, J. (2006). *Arteterapia: una introducción*. Barcelona: Octaedro.
- Landgarten, H. B. (1987). *Family art therapy: A clinical guide and casebook*. Nueva York: Brunner-Mazel Publishers.
- Larcanché, M. P. (2003). Un espace en devenir pour l'art-thérapie: entre libéral et médical. En P. Moron, J. L. Sudres y G. Roux (eds.), *Créativité et art-thérapie en psychiatrie* (pp. 223-238). París: Masson.
- López, M. (2006). *Creación y posibilidad: aplicaciones del arte en la integración social*. Madrid: Fundamentos.
- López, M. y Martínez, N. (2006). *Arteterapia. Conocimiento interior a través de la expresión artística*. Madrid: Tutor.
- López, M. D. (2009). *La intervención arteterapéutica y su metodología en el contexto profesional español*. Tesis doctoral. Departamento de expresión plástica, musical y dinámica. Universidad de Murcia.
- Malchiodi, C. (2010). *Las diez mejores técnicas de terapia de artes expresivas*. En: <https://www.psychologytoday.com/blog/arts-and-health/201002/the-ten-coolest-art-therapy-interventions> (consultado el 16/11/2015).
- Malchiodi, C. A. (2003). *Handbook of art therapy*. Nueva York: Guilford Press.
- Moccio, F. (1980). *El taller de terapias expresivas*. Barcelona: Paidós.
- Nucho, A. (2003). *The psychocybernetic model of art therapy*. Springfield, Ill: Charles Thomas.
- Omenat, M. (2003). *Setting o encuadre*. Ponencia presentada en el máster universitario en Arteterapia y Mediación Plástica, en Abarán, Murcia.
- Pérez Fariñas, R. (2004). Un acercamiento al arteterapia para la educación. En M. Martínez y M. López (eds.), *Arteterapia y educación* (pp. 249-261). Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de la Educación.
- Polo, L. C. (2003). *Técnicas plásticas del arte moderno y la posibilidad de su aplicación en arteterapia*. Tesis doctoral. En <http://eprints.ucm.es/tesis/bba/ucm-t27338.pdf> (consultado el 27/02/2016).
- Prokofiev, F. (1998). Adapting the art therapy group for children. En S. Skaife y V. Huet (eds.), *Art psychotherapy groups: Between pictures and words* (pp. 44-68). Londres: Routledge.

Para ampliar la formación

Asociación Foro Iberoamericano (AFI): <http://arteterapiaforo.org>

Asociación per a l'Expressió i la Comunicació (AEC): <http://www.aecassociacio.org>

Asociación Profesional de Arteterapeutas (GREFFART): <http://www.grefart.es>

Asociación Profesional Española de Arteterapeutas (ATE)

C/ Papin, 29

08028 Barcelona

e-mail : asociacion@arteterapia.org.es

Web: <http://www.arteterapia.org.es>

MUSICOTERAPIA

Sin música, la vida sería un error.

FRIEDERICH NIETZSCHE

La música es tu propia experiencia, tus propios pensamientos, tu sabiduría. Si no la vives, no va a salir de tu cuerpo. Te dicen que hay una línea limitadora para la música, pero no hay fronteras para el arte.

CHARLIE PARKER

Definición

La musicoterapia es el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en ambientes médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades, buscando optimizar su calidad de vida y mejorar su salud física, social, comunicativa, emocional e intelectual, y su bienestar. La investigación, la práctica, la educación y la instrucción clínica en la musicoterapia están basados en estándares profesionales según los contextos culturales, sociales y políticos (Federación Mundial de Musicoterapia-WFMT, 2011).

Objetivos

El objetivo principal de la musicoterapia es promocionar el bienestar y la mejora personal mediante el uso de la música en sus diferentes expresiones. Los objetivos específicos serían promover el autoconocimiento personal, así como de los demás y del entorno físico que nos rodea —más allá del auditivo—; desarrollar la percepción y la atención hacia aspectos sensitivos y motrices concretos, y mejorar la comunicación interpersonal, así como las relaciones con otras personas.

Las premisas

La música es un lenguaje universal que todos conocen y que tiene el poder de evocar, asociar e integrar, así como permite expresar y liberarse. La música se aplicará como medio de expresarse y comprender, dejando salir ciertos aspectos intrapsíquicos, así como de producir cambios en los mismos.

La música se puede aplicar en el proceso terapéutico en tanto que evoca emociones e influye sobre los estados anímicos de forma rápida, simplemente a partir de una sola canción. La emoción será la primera manifestación que se logrará a partir de la música y/o el sonido, pero no la única, pues se puede conectar con pensamientos, sensaciones e incluso el cuerpo.

El uso de la música como medio para intervenir sobre enfermedades tiene una trayectoria histórica que nos remite al siglo XVIII, momento en el cual se investigó el efecto de ésta sobre niños.

La musicoterapia se desarrolla como un proceso individual, abierto y dinámico de experimentación, interacción y creación. Por tanto, en primer lugar, se tratará de crear un espacio en el que la música es un medio. Asimismo, ésta también se desarrolla en el sí de comportamientos sociales y culturales, por tanto, genera relaciones entre el sonido, los instrumentos y las personas.

La musicoterapia se diferencia de la educación musical en que la primera no persigue el desarrollo de las capacidades musicales de la persona, ni de una sensibilidad estética y musical específica.

Es la parte de la medicina que estudia el complejo sonido, ser humano, sonido utilizando el movimiento, el sonido y la música para abrir canales de comunicación en el ser humano, con el objeto de obtener efectos terapéuticos y psicoprofilácticos, así como una mejora para él y su entorno (Benenzon, 2000). Se ocupa del estudio de la interacción del sonido y el ser humano, en tanto que, como indica el mismo autor (Benenzon, 2000):

- ⇒ Hay múltiples elementos que producen sonido, desde los sonidos de la naturaleza a los que producen los instrumentos musicales, dando lugar a un proceso de **experimentación**.
- ⇒ Existen sonidos propios, únicos e indivisibles, como son los que produce nuestro cuerpo y dan lugar a una **conciencia corporal** o propiocepción.
- ⇒ Las cualidades del fenómeno acústico, así como la asociación que realizamos con otros sentidos, dan lugar a una nueva **comprensión** sobre nosotros mismos y el mundo que nos rodea.
- ⇒ La respuesta a los sonidos, sean cuales sean, nos posibilitan la **expresión** de fenómenos intrapsíquicos.

La musicoterapia se emplea de tres formas diferentes, como son (Salamanca, 2003):

- a) La activa (aquella en la que el paciente se involucra con la música mediante la danza o la gimnasia).
- b) La receptiva o pasiva (la persona recibe y escucha la música).
- c) Receptivo activa (en la que se aplica la música junto con otras técnicas, por ejemplo, la ATT).

Existen diferentes modelos que intentan contextualizar la musicoterapia (Camacho, 2006):

- ⇒ El *principio de ethos griego*, el cual señala que la música influye en el estado de la persona. Así, Platón relacionaba la concordancia de sonidos con la concordancia o discordancia con la persona.

- ⇒ El *principio holístico* (Altshuler, 1953) considera que la música influye en el conjunto del organismo, en su esfera emocional, cognitiva, corporal y espiritual.
- ⇒ El *principio homeostático* afirma que la música contribuye a la armonía del ser humano.
- ⇒ El *principio de ISO* (Benenzon, 2000) determina que cada persona tiene una serie de patrones acústicos o de sonidos internos derivados de nuestra historia vital (por ejemplo, el sonido interno de nuestra voz o del latido de nuestro corazón). Este sonido interno desencadena incluso un estado acústico que se deberá conocer en la persona tratada para conectar y coincidir con este tiempo sonoro-musical. Así, una persona deprimida mantendrá un fenómeno sonoro de melancolía, y por ello, música triste producirá un contacto más rápido.
- ⇒ *Principio del objeto intermediario*: en la relación asistencial existe un objeto que media, real, concreto, inocuo y adaptable. El instrumento produce una distancia y percepción de seguridad que facilitará el proceso terapéutico. El objeto intermediario podrán ser las canciones, los instrumentos musicales o los sonidos.
- ⇒ *Principio del objeto integrador*: es aquel objeto que se sitúa como guía del proceso, como el esqueleto de la sesión, el cual puede ser una melodía de guía, una partitura o indicación.

Asimismo, este autor concibe que la música también desarrolla los siguientes principios, el gestáltico (característico de cada persona), el cultural (en la convergencia entre el individuo y el grupo), el complementario (los cambios que se dan derivados de la música y provenientes de circunstancias), el universal (generales a todos) y el grupal (que identifica a los grupos particulares).

TABLA 7.4
Efectos de los diferentes estilos musicales (adaptado de Campbell, 1998)

ESTILO MUSICAL	EFFECTOS EN LA PERSONA
Canto gregoriano	Ritmos de respiración natural que generan un clima excelente para meditar, estudiar y relajarse.
Música clásica barroca	Induce una sensación de estabilidad, orden, previsión, favorable al estudio y el trabajo.
Música clásica romántica	Favorece sentimientos románticos tales como el amor, la comprensión y la compasión hacia los demás.
Música clásica otros	Mejora la concentración y la atención, así como la memoria y la orientación temporal-espacial.
Música impresionista	Evoca imágenes oníricas, fantasías y sueños, así como desbloquear ciertos impulsos y/o necesidades inconscientes.
Música de jazz, blues, soul y reggae	Elevan el estado de ánimo, transmiten alegría a la par que ironía y, en ocasiones, tristeza.

Música salsa, rumba, merengue y samba	De ritmo alegre, acelera el ritmo cardíaco y moviliza la energía corporal.
Música big band, pop y country	Favorece movimientos moderados y sensación de bienestar.
Música rock	Excita, agita y activa, así como afloja tensiones y dolor.
Música ambiental o de nueva era	Genera sensación de bienestar y conexión.
Música heavy, punk y rap	Excita y genera dinamismo y movimiento.
Música religiosa, góspel, espiritual, tambores chamánicos y otros	Genera sentimientos de conexión, espiritualidad, paz y bienestar interno, así como de trascendencia.

Los efectos de la musicoterapia son múltiples y variados. En primer lugar, los diferentes tipos de música generan estados de ánimo determinados.

Se han registrado multitud de efectos de la musicoterapia sobre el organismo. A nivel fisiológico, se regula la presión de la sangre, así como el ritmo cardíaco, el pulso y la respiración; se dará una respuesta galvánica de la piel, ciertas respuestas musculares, movimientos peristálticos del estómago, aumento de la resistencia al dolor y efectos relajantes. Psicológicamente, la musicoterapia produce una activación neuronal que puede ser sedante o estimulante según la música con la que se contacte, pudiendo generar a su vez emociones tan variadas como el amor o la ira. A nivel intelectual fomenta la atención sostenida, la concentración, la imaginación y la capacidad creadora y la memoria. Por último, socialmente, al aumentar nuestra confianza y mejorar nuestro desarrollo, favorece una mejora de las relaciones interpersonales.

Por último, *la música se utiliza COMO terapia (...), y EN terapia* (Bruscia, 1987), es decir, como objeto central transformador y/o complemento en el proceso.

Descripción de la técnica

La musicoterapia supone *un proceso dinámico, sistematizado, regular y organizado, de cambio gradual hacia un estado deseado, mediante un sistema de intervenciones* (Bruscia, 1989) *a partir del uso de música y elementos musicales* (Federación Mundial de Musicoterapia, 1996). Incluye tres tipos de procesos diferentes que se dan de forma simultánea, como serían *el creativo, el artístico y el científico* (Bruscia, 1987).

La musicoterapia se desarrolla en diferentes fases, como son (Benenzon, 1991, 1998, 2000):

- ⇒ 1.^a fase. *De contacto*: es el momento de identificación de necesidades y problemas, así como de realizar una primera aproximación a lo que se denomina historia sonora — aquellos fenómenos sonoros que se citaban en el principio ISO—. Se iniciará la relación asistencial y, por tanto, se establecerán los primeros canales de comunicación. En este primer momento se utilizarán técnicas como *el paisaje sonoro* (recreando los

sonidos más comunes del entorno de la persona), *la envoltura sonora* (seleccionando diferentes instrumentos musicales u objetos intermediarios), *las audiciones activas* y *las imágenes o visualizaciones guiadas*, para propiciar que la persona contacte con su mundo sonoro.

⇒ 2.^a fase. *De activación*: en la cual se estructuran las sesiones para facilitar la aparición de emociones. La idea es educar esas emociones, es decir, aprender a comprenderlas y ofrecerles un espacio de expresión seguro. Las técnicas de esta segunda fase pueden ser la expresión mediante canciones (cantando canciones que identifiquemos con ciertas emociones), acompañar canciones mediante diferentes instrumentos o, simplemente, improvisando.

Ficha de musicoterapia: historia sonora

Fecha: _____ Nombre y apellidos: _____ Edad: _____
País y región de origen: _____

- Preferencias sonoras y musicales de los padres
- Vivencias sonoras durante el embarazo
- Vivencias sonoras durante el parto y los primeros meses de vida
- Mundo sonoro en la primera infancia (0 a 3 años)
- Reacciones ante sonidos y ruidos (personales y familiares)
- Sonidos típicos de la casa o vivienda (especificando sonidos diurnos y nocturnos)
- Sonidos corporales destacables
- Primeros contactos musicales y posteriores
- Gustos sonoros, de ruidos y musicales
- Rechazos sonoros, de ruido y musicales

Figura 7.3. ([Descargar o imprimir](#)) Propuesta de ficha de registro del mundo sonoro (adaptado de Benenzon, 2000).

⇒ 3.^a fase. *De relajación*: momento en el cual se resume lo aprendido de la sesión y se facilita una sensación de bienestar hasta la siguiente sesión. Se pueden aplicar las diferentes técnicas incluidas en el capítulo de técnicas atencionales y de desactivación.

No obstante, *los métodos y las técnicas son diferentes para cada paciente y trastorno* (Bruscia, 1987), de ahí la necesidad de que la técnica se adapte a la persona. Se clasifican las técnicas en dos grandes grupos (Poch, 1999):

- a) *Técnicas expresivas*: son aquellas en las cuales la persona es la creadora activa y expresiva de la música, la que inventa la canción, toca un determinado instrumento o se mueve al son de la música.
- b) *Técnicas receptivas*: en éstas el paciente no es el creador sino el receptor de la música. La música se puede aplicar en este caso de forma grabada o en vivo para *provocar recuerdos o sentimientos inconscientes, cambios en las emociones y en el estado de*

ánimo; sugerir fantasías e imágenes y facilitar la expresión verbal de la persona (Poch, 1999).

El musicoterapeuta entiende, piensa y habla en música (Ferragina, 1981), por tanto, debe ser un terapeuta instruido en la música, su uso y sus elementos.

EJERCICIOS

Los ejercicios que se llevan a cabo en las sesiones de musicoterapia son, según diferentes autores (Bruscia, 1987; Poch, 1999; Davis, Gfeller y Thaut, 2000; Pereyra, 2013): ⇨ *Ejercicios de respiración*, fundamental para la práctica de ejercicios posteriores, así como para relajarse y romper el hielo o la ansiedad inicial. Se puede profundizar en ejercicios de respiración clavicular, torácica, abdominal, completa o alterna; lo esencial es focalizar la atención en la respiración.

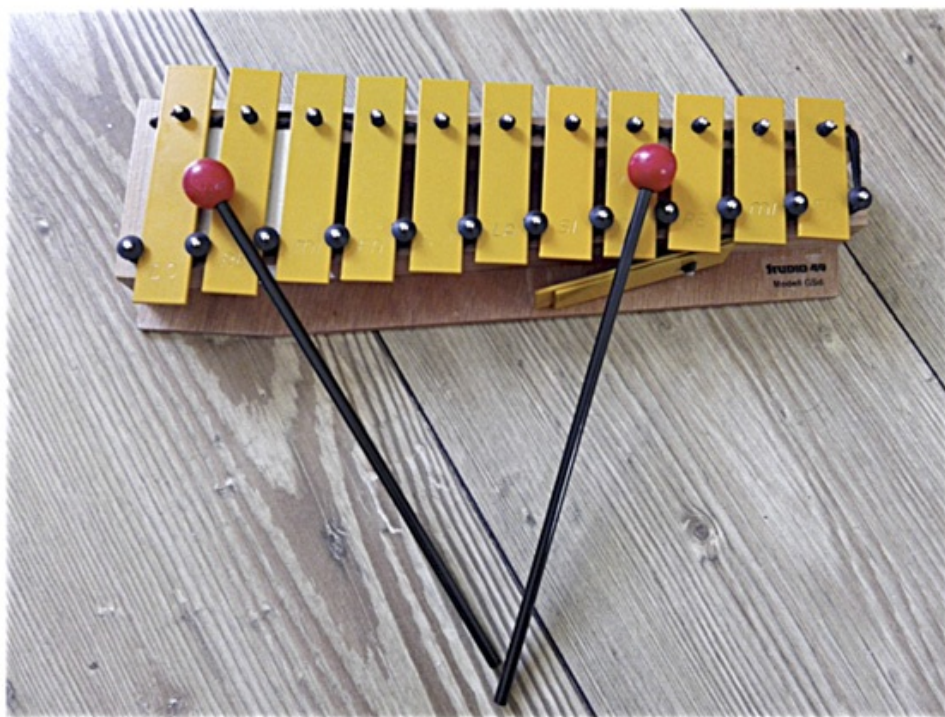
- ⇨ *Ejercicios de relajación*, para acompañar el proceso anterior, mediante cualquiera de las técnicas citadas anteriormente de desactivación e incluso mediante la relajación muscular progresiva.
- ⇨ *Ejercicios de visualización*, en el cual, a partir de ciertos sonidos o canciones, se pide a la persona que visualice imágenes mentales. Este ejercicio se puede llevar a cabo para relajar o para activar en función del tipo de música utilizada. Una visualización concreta que se utiliza en musicoterapia es *la del mundo sonoro*, haciendo que la persona, con los ojos cerrados, nos traslade a su propio mundo sonoro, cuáles son los sonidos más comunes, cuáles de éstos son agradables, cuáles desagradables, etc. La indicación es sencilla (*Dime cuáles son los sonidos que te rodean*), y a partir de ésta, nos podemos mover del presente al pasado o, como se señalaba, a la exploración de determinados tipos de experiencias.
- ⇨ *Ejercicios de movimiento*, que se generarán a partir de la música y pueden incluir *ejercicios de voz y canto*. Cantar nos libera del estrés, nos revitaliza y produce sensaciones placenteras, así como una mejora de la autoconfianza. Los ejercicios de canto se pueden realizar a partir de canciones concretas, letras de canciones, trozos de canciones, improvisaciones, etc., es decir, se puede realizar el proceso más o menos estructurado según necesidades y objetivos. *La danza* es otro de los medios de expresión espontánea, natural, al tiempo que corporal. El baile se puede llevar a cabo de la misma forma que el canto, más o menos estructurado. Se pueden incorporar en la sesión *ejercicios con instrumentos musicales* específicos como vehículos de expresión emocional.
- ⇨ *Ejercicios de empatía* para favorecer la relación asistencial, en los que podemos incluir la imitación (terapeuta a paciente o paciente a terapeuta), la sincronización y marcando el paso (realizar el ejercicio conjuntamente con la persona para

conseguir un ritmo similar), incorporar (nuevos sonidos o motivos a un tema específico o composición propia), reflejo y exageración (buscar material que refleje el estado de ánimo actual, así como otros que lo exageren).

- ⇒ *Ejercicios de estructuración*, los que suponen mantener el ritmo y/o centralizando la tonalidad o base armónica.

Como se ha señalado anteriormente al describir la técnica, se contemplaban dos tipos de técnicas, las expresivas y las receptivas, en las que se incluyen los siguientes ejercicios. Dentro de las técnicas expresivas se pueden generar los siguientes ejercicios:

- ⇒ *Improvisación musical* (Robbins, 1959, 1976; Alvin, 1978; Bruscia, 1987): se recomienda como un espacio en el que se puede desarrollar la libre expresión musical dejando que la música nos lleve a donde quiera llevarnos.
- ⇒ *Diálogo musical o método Orff* (Orff, 1980): es un método didáctico a partir de un repertorio de programas radiofónicos en el que se trabaja con instrumentos de percusión, mediante escala pentatónica y sonidos estudiados a partir de la secuencia sol, mi, la, do, re. Se utilizan instrumentos de láminas, como el metalófono (fotografía a continuación) y diversos instrumentos de pequeña percusión, como el bongo, la pandereta, la caja china, el triángulo o las maracas, entre otros. Parte de la improvisación, generando así un proceso de enseñanza-aprendizaje.



- ⇒ *Método Nordoff-Robbins* (Nordoff y Robbins, 1977, 1982): es un método de terapia musical creativa en la que se considera la misma como un fenómeno universal frente al que todo el mundo reacciona, con el que se establece una determinada comunicación y que produce ciertos cambios de actitudes y habilidades. Se desarrolla a partir de tres niveles interrelacionados, como son el de la creación e improvisación musical, el contacto con el paciente y la experiencia terapéutica, cada uno con sus espacios. Se utilizan principalmente piano y/o guitarra con un método de improvisación activa. Habrá dos terapeutas que darán una canción de bienvenida, se conduce hacia la expresión musical, se hablará en el espacio reacción y se pondrá atención a todos los elementos que ésta desencadené en la persona.
- ⇒ *Modelo Bruscia* (Bruscia, 1987): utiliza el baile como método creativo y de desarrollo, combinando el mismo con la improvisación musical y la discusión verbal.
- ⇒ *Musicoterapia analítica de Priestley* (Priestley, 1975): introduce el psicoanálisis en la improvisación musical, haciendo surgir así simbolismos y productos inconscientes con la ayuda de la misma. Se graban las sesiones y se analizan los productos con la premisa de explorar la vida intrapsíquica del paciente, de ahí que también se denomine *interterapia*.

Las técnicas receptivas incluirían el uso de material grabado u observación de música en vivo, las cuales se pueden desarrollar en los siguientes ejercicios:

- ⇒ *Método GIM o modelo Bonny* (Bonny, 1960): se aplica conjuntamente con una sesión de relajación muscular progresiva o de entrenamiento autógeno y se desarrolla a partir de audición musical y visualización de ciertas imágenes.
- ⇒ *Método receptivo de Jost* (Jost, 1973, 1990): se dedica cada sesión a escuchar tres fragmentos musicales: uno catártico (el que haría referencia al estado del paciente), uno neutral (para bajar el nivel de activación emocional anterior) y, el último, el que suscitará evolución, cambio y desarrollo.

Ámbitos de aplicación

Los ámbitos de aplicación de la musicoterapia pueden distinguirse según si el objetivo es preventivo o curativo (Poch, 1999).

La *musicoterapia preventiva* cubrirá procesos de crecimiento personal, en entorno educativo —de preescolar, primaria y secundaria—, con personas en riesgo de exclusión

social, en el ámbito social y otras áreas importantes en la vida de las personas.

La *musicoterapia curativa* se aplica en diferentes poblaciones, como en/con mujeres embarazadas y posparto (tanto con la madre, como con niños recién nacidos), personas que requieran rehabilitación y estimulación precoz, niños que requieran una educación especial, personas con enfermedad mental severa —tanto en adultos, como en niños/as—, personas mayores, problemas de pareja y terapia familiar, personas con problemas neurológicos y de diversidad funcional, personas que se someterán a una cirugía y personas con problemas físicos diversos —por ejemplo, en curas paliativas—.

Las contraindicaciones a la hora de aplicar esta técnica radican en el tipo de música, por ejemplo, la música demasiado estridente, agresiva o electrónica, la cual puede no producir los efectos terapéuticos buscados. Existe una serie de casos en los que no se podrá aplicar, como en la epilepsia musicogénica o aquellas situaciones con problemas auditivos, en los que se deberá valorar su idoneidad.

Para ampliar la información

- Aldridge, D. (1996). *Music therapy research and practice in medicine: From out of the silence*. Londres: Jessica Kingsley.
- Altshuler, D. (1971). A Psychiatrist's Experience with Music as a Therapeutic Agent. En D. M. Schullian y M. Shoen (eds.), *Music and Medicine*. Nueva Jersey: Books for Libraries.
- Alvin, J. (1978). *Musicoterapia*. Buenos Aires: Ricordi.
- Benenzon, R. O. (1991). *Teoría de la musicoterapia*. Madrid: Mandala.
- Benenzon, R. O. (1998). *La nueva musicoterapia*. Buenos Aires: Lumen.
- Benenzon, R. O. (2000). *Musicoterapia: de la teoría a la práctica*. Buenos Aires: Paidós.
- Betes, M. (2000). *Fundamentos de musicoterapia*. Madrid: Morata.
- Bonny, H. y Savary, L. (1993). *La música y su mente*. Madrid: Edad Nueva Era.
- Bruscia, K. (1987). *Modelos de improvisación en musicoterapia*. Madrid: Agruparte Producciones.
- Bruscia, K. E. (1997). *Musicoterapia. Métodos y prácticas*. México: Pax México.
- Campbell, P. S. (1998). *Songs in their heads: music and its meaning in children's lives*. Nueva York: Oxford University Press.
- Crandall, J. (2005). *Musicoterapia: la autotransformación por medio de la música*. Madrid: Neo Person.
- Davis, W. B., Gfeller, W. y Thaut, M. (2000). *Introducción a la musicoterapia: teoría y práctica*. Madrid: De Música Boileau.
- De Rodrigo, M. S. (2013). *Musicoterapia. Terapia de música y sonido*. Madrid: Musicalis-Revista Música Edu.
- Ferragina, A. (1981). La sensorialidad auditiva en el débil mental. *Compartir*, 29-31.
- García Vargas, P. (2015). *Musicoterapia aplicada*. Madrid: Createspace.
- Hall, F. (2015). *Poder musical: musicoterapia aplicada*. Madrid: Createspace.

- Jauset, J. A. (2008). *Música y neurociencia: la musicoterapia*. Barcelona: UOC.
- Jost, J. (1990). *Equilibre et sanet   par la Musicoth  rapie*. París: Aibin Michel.
- Lago, P., Melguizo, M. F. y Ríos, J. L. (1997). *Música y salud: introducción a la musicoterapia*. Madrid: UNED.
- Lucas, M. (2013). *Introducción a la musicoterapia*. Madrid: Síntesis.
- Nordoff, P. y Robbins, C. (1977). *Creative Music Therapy*. Nueva York: Harper and Row Publishers.
- Nordoff, P. y Robbins, C. (1982). *Music Therapy in Special Education*. San Luis: MMB Music.
- Orff, G. (1980). *The Orff Music Therapy*. Nueva York: Schott Music Corporation.
- Palacios, M. A. (2013). *Elementos de musicoterapia*. Madrid: Alpuerto.
- Pereyra, G. (2013). *Musicoterapia. Iniciación. Técnicas y ejercicios*. Madrid: Ma Non Troppo.
- Poch, S. (1999). *Compendio de musicoterapia*, vol. I. Barcelona: Herder.
- Poch, S. (1999). *Compendio de musicoterapia*, vol. II. Barcelona: Herder.
- Poch, S. (2015). *Musicoterapia en psiquiatría*. Barcelona: Medica Jims.
- Priestley, M. (1975). *Music therapy in action*. Londres: Constable.
- Salamanca, D. (2003). Musicoterapia en educación especial. *Pulso*, 26, 129-141.
- WFMT (2011). *About Music Therapy*. En: http://www.musictherapyworld.net/WFMT/About_WFMT.html (consultado el 27/02/2016).

Para ampliar la formación

Asociación española de Musicoterapeutas (AEMP)

e-mail: musicoterapeutas@hotmail.com

Web: <http://musicoterapeutas.wix.com/aemp>

Federación Española de Musicoterapeutas

e-mail: feamt@feamt.es

Web: <http://feamt.es/>

TERAPIA DEL SONIDO

Definición

La terapia del sonido es aquella que utiliza los sonidos de forma consciente para aumentar el nivel de bienestar de la persona, generalmente propiciando un estado natural de relajación.

Objetivos

El objetivo principal de la terapia del sonido es la mejora en el bienestar de la persona. Asimismo, como objetivos específicos, serían la mejora de la capacidad respiratoria; el alivio del estrés y de la ansiedad; la mejora de la concentración y la percepción, en este caso inicialmente, del sentido auditivo, pero también de otros y acercarse a un estado de alivio y relajación, así como a un estado de armonía interna.

Las premisas

Sonido proviene del vocablo latino *sonitus*, que se define como la sensación que se genera en el oído a partir de la vibración de las cosas por medio del aire. El sonido audible para el ser humano, diferente del que puede ser para otras especies, se produce por las variaciones en la presión del aire.

Nos encontramos rodeados continuamente de sonidos, algunos agradables y otros imperceptibles para nuestra capacidad auditiva (...). Escuchar es como respirar para nuestros oídos (Puerto, 2010)

El sonido se inicia con una onda que se transformará en movimiento o vibración al oído medio y finalmente pasará como señal eléctrica hacia nuestro cerebro. La música la procesamos en el hemisferio derecho, aunque colaboran los dos para que podamos procesar los sonidos. Las orejas escuchan de 16 a 20.000 hz. Es un sentido peculiar que no sólo procesa los sonidos, sino que también controla el sentido del equilibrio en el cuerpo y, por tanto, el movimiento.

Toda materia está vibrando a diferentes frecuencias. Los sonidos de procedencia externa cambian la vibración de los objetos. La terapia del sonido pretende armonizar esta vibración interna a partir de sus propias habilidades, de expresión vocal y recepción auditiva. El primer concepto a tener en cuenta, pues, es nuestra *frecuencia vibracional*.

Hay que tener en cuenta que las notas musicales se componen de diferentes sonidos o armónicos. Los *armónicos del sonido* armonizados a favor de una determinada frecuencia producirán una sensación de conexión y armonía.

La resonancia es la base de todas las terapias del sonido, y es el ritmo vibratorio básico de un objeto. Todo el universo se encuentra en estado de vibración, y esto incluye al cuerpo humano. Cada órgano, hueso, tejido y otras partes corporales poseen una frecuencia resonante sana. Cuando esta frecuencia se altera, la zona del cuerpo que le corresponde vibra sin armonía, y eso es lo que se conoce como enfermedad. Si fuera posible determinar la frecuencia resonante correcta para un órgano sano y proyectarla sobre la parte que está enferma, el órgano debería recuperar su frecuencia normal y se produciría la curación (Goldman, 2011).

Resonar es dejar que las frecuencias vibren de forma armónica y los armónicos del sonido

fluyan sin resistencia. La terapia del sonido se basa en la aplicación de la voz y de instrumentos musicales para generar este estado de resonancia, que se denominará *resonancia en simpatía*, el cual se percibe como de conexión y bienestar. Se pueden utilizar múltiples instrumentos, aunque el más frecuente y potente es el de la propia voz. Entre éstos encontramos los cantos armónicos vocales (cantar dos o más sonidos), cuencos tibetanos o de cuarzo, diapasones terapéuticos, didjeridú, campanas, etc.

Descripción técnica

La terapia del sonido se define como la aplicación de frecuencias de sonido para el cuerpo de una persona con la intención de llevarla a un estado de armonía y bienestar físico (Puerto, 2010). Utiliza diferentes técnicas, considerando dos áreas diferentes:

- a) El uso del sonido a favor de un estado de meditación y relajación (técnicas de desactivación).
- b) El uso del sonido a favor de la conciencia, el cambio y la transformación de pensamientos, emociones y sensaciones físicas.

Las técnicas que se suelen utilizar para terapia del sonido son las siguientes (adaptado de Puerto, 2010; Goldman, 2011):

- a) *Música y visualización*: la música se puede utilizar para generar determinados estados de ánimo. Así, si escuchamos canciones melancólicas, como, por ejemplo, un fado, nos generaremos un estado cercano a la tristeza. Asimismo, al seleccionar un determinado tipo de música, encontrar un momento y un espacio determinados y, cerrando los ojos, podemos hacer aflorar todo tipo de recuerdos, vivencias, fantasías y deseos. Se trata de soltar, sin imponer ninguna regla del juego.
- b) *Musicoterapia*: ya citada y expuesta en el apartado anterior, con las siguientes prácticas:
 - Audición musical (pasivo-receptiva): música grabada, audiciones de relajación y música en vivo para estimular imágenes, recuerdos o sentimientos.
 - Improvisación musical (activo-creativas): improvisación vocal, ritmos, instrumental, corporal o teatral.
- c) *Cintas grabadas*: se pueden encontrar programas de estimulación de ciertas ondas cerebrales a través del sol, por ejemplo *Hemi-Sync* o sistema binaural.
- d) *Cantos armónicos, mantras o sonidos sagrados*: se trata de repetir sonidos espirituales o sagrados, ligados o no a determinadas prácticas religiosas, por ejemplo, el *Om Mani Padme Hum*, que se utiliza en la cultura budista.

e) *Gongs o instrumentos tibetanos*: los instrumentos tibetanos (gongs o cuencos) producen un sonido peculiar, relajante *per se*. La sensación es que producen un masaje sonoro, lo que nos producirá el resonar citado. Se roza con una vara el cuenco y éste emitirá un impulso sonoro de alta vibración.

Las técnicas e instrumentos de la terapia del sonido se impulsarán en cada una de las sesiones, que se pueden llevar a cabo de forma individual o en grupo. A nivel individual, se rodea a la persona ejerciendo un masaje sonoro o vibracional a partir del instrumento seleccionado. La posición suele ser tumbado/a, frontal o dorsal —habitualmente combinando ambas—, y con una duración de 45 a 60 minutos.

EJERCICIOS

Los ejercicios a aplicar en la terapia del sonido se incluyen a título de ejemplo (Dewhurst, 1993; Puerto, 2010; Goldman, 2011):

- ⇒ *El uso de los cuencos*: se utilizan distintos tipos de cuencos, de cuarzo, tibetanos u otros. El primer paso a la hora de utilizarlos es conocerlos. Se debe crear un espacio para trabajar con cuencos que suele ser situando a la persona sentada o estirada en el centro del espacio rodeado/a por los cuencos. Esta posición facilitará la vibración en las diferentes partes del cuerpo. Los cuencos se pueden tocar de forma diferente según el tamaño y características de los mismos, así como de la posición de la vara en relación a éste. Por tanto, debe tocarse los cuencos según la necesidad del paciente, lo cual requerirá una formación y un aprendizaje determinado.
- ⇒ *Los cantos armónicos*: serán aquellos que produciremos a partir de nuestra propia voz. En este sentido, el aprendizaje de cantos armónicos incluye practicar sobre las técnicas de una cavidad, es decir, ejercitando el potente instrumento de nuestra voz. Así, en primer lugar, se debe reconocer la misma (conciencia), entrenarla (acompañando al terapeuta) y haciéndola resonar.
- ⇒ *Escucha consciente auditiva*: centrar la atención del paciente en diferentes sonidos, como los bilaterales, lo cual ayuda a afinar la audición.
- ⇒ *El Chi Kung o Qi gong*: es una terapia de origen chino centrada en la canalización de la energía vital (Qi). Ésta se centra en el trabajo con la respiración, practicándola de forma consciente, así como acompañando nuestro movimiento. Se intentará sincronizar el cuerpo, la mente y la respiración. Esta última debe ser regular, constante, tranquila, sosegada, suave, profunda, larga, continua, uniforme, lenta y delicada. Al realizar esta primera práctica, hay que centrarse en que la respiración responda a estas características. Progresivamente, a este primer ejercicio de respiración se añaden sonidos como «Chuuuoooo» o «shhhh», a

practicar mientras se exhala.

Ámbitos de aplicación

La terapia de sonido está en proceso de investigación y estudio. No se conocen contraindicaciones generales, pero se indica que las sesiones deben tener una duración determinada —ya señalada anteriormente— para promocionar la mejora y no la saturación vibracional.

Para ampliar la información

Dewhurst, O. (1993). *El libro de la terapia del sonido. Cómo curarse con la música y la voz*.

Madrid: Edaf.

Goldman, J. (2011). *Sonidos sanadores. El poder de los armónicos*. Barcelona. Gaia.

Puerto, R. (2010). *Terapia del sonido*. Barcelona: Grupo Adalia.

Para ampliar la formación

Asociación de Terapia de Sonido

info@sonidosquesanan.net

Institución Española Sonoterapia

<http://iesonoterapia.com/>

CINETERAPIA

Definición

La cineterapia o videoterapia es aquella técnica que utiliza medios audiovisuales para la mejora personal y de la salud mental de la persona. Se define como el uso de películas o vídeos específicos como herramientas terapéuticas, ejerciendo de catalizador para la curación o el crecimiento.

Objetivos

El objetivo principal de la aplicación del cine en la terapia es ayudar a la persona a conocer mejor algún aspecto relacionado con su vida psíquica o producir un impacto en la misma para desencadenar un cambio. De forma específica, se puede introducir esta técnica para reforzar un mensaje terapéutico, comprender algún proceso específico, visualizar nuevas formas de entender un problema y generar determinados estados emocionales, así como fomentar habilidades específicas, por ejemplo, las creativas.

Las premisas

La cineterapia se define como *una intervención terapéutica creativa en la cual el terapeuta utiliza las películas como herramientas metafóricas para promover la autoexploración, la curación personal y la transformación* (Jones, 2006).

La terapia mediante el uso de películas o vídeos (videoterapia) parte de la idea básica de proporcionar a la persona un modelo, es decir, que a través de *la identificación* con un personaje o una historia, la persona pueda observar éxitos y fracasos o aprender nuevas formas de solucionar sus problemas. Por tanto, sería inicialmente un medio para facilitar el modelaje. Asimismo, esta técnica producirá *evocación y catarsis*. Una película puede generar en la persona el afloramiento de recuerdos, así como de emociones inconscientes y estados anímicos específicos.

La cineterapia tiene las siguientes características:

- a) Es una técnica subjetiva mediante la cual la persona construirá, a partir de un material representacional, un nuevo significado o datos en su propia realidad.
- b) Las películas pueden generar diversos patrones de comportamiento, de pensamiento y emocionales a partir de sus personajes, los guiones y la propia edición del material.
- c) Las películas que se utilizan en cineterapia pueden tener diferentes contenidos, reconociendo que algunas de ellas mantienen un registro curativo y de afrontamiento, pudiendo generar ambos registros en la persona que las visualiza.

- d) Dentro del proceso terapéutico se establecerán como material de reflexión y discusión, así como metáforas para aproximar a la persona a historias, mitos, juegos y otras construcciones narrativas de *insight*.
- e) El visionado de películas que recuerdan a la vida de la persona generará una validación de experiencias y/o la observación de alternativas posibles de actuación frente a un determinado problema.

Las bases teóricas de la cineterapia se establecen a partir de diferentes aportaciones, como, por ejemplo (Zhe, 2008):

- ⇒ La *teoría de la mente consciente e inconsciente de Erickson*, la cual, aplicada a esta técnica, hace referencia a que las películas —y la metáfora que en éstas subyace— traspasan la barrera de la mente analítica y lógica, generando en nuestra mente procesos simbólicos y creativos (Baker, 1996; Groth-Marnat, 1992; Erickson, 1976). Por tanto, sería un método indirecto, aunque consciente, de paso hacia elementos inconscientes o bloqueados de nuestra mente.
- ⇒ La *teoría cognitivo conductual y la teoría de sistemas* se relacionan con esta técnica en el sentido de que se trabaja con los elementos focales de ambas, tal como señala Wolz (2005).
- ⇒ La *teoría de la sombra de Jung* (1939) hace referencia a la posibilidad de desarrollar nuestro potencial y nuestro carácter contactando con esta parte escondida de nuestro ego, para, así, vivir en plenitud.
- ⇒ La *teoría de las inteligencias múltiples* (Gardner, 1993), considera que cuanto mayores accesos y usos hagamos de nuestras diferentes inteligencias, mayor será nuestro desarrollo personal. En este sentido los medios audiovisuales suponen la puesta en marcha simultánea de la lógica (mediante el guión), la verbal (a través de los diálogos), la visoespacial (colores, símbolos, etcétera), la musical (sonidos y música), la cinestésica (el movimiento y la acción) y la interpersonal (narrativa y relaciones sociales) e intrapersonal (guía intrapsíquica).
- ⇒ La *teoría del concepto de los tres estadios* (Morawski, 1997) afirma que en las películas se desarrollan tres estadios, como son: la identificación, la catarsis y el *insight*. En la primera, la persona puede observar similitudes con lo expuesto en la película para, posteriormente, desencadenar unas emociones derivadas de este encuentro y generar una reflexión personal. Se contempla una cuarta fase, que sería la universalización (Jeon, 1992), lo cual supone un proceso de normalización —otras personas pasan por lo mismo que yo—, de disminución de la sensación de soledad y de sentirse único.
- ⇒ Juego terapia y terapia narrativa, pues mediante ésta se pueden generar propuestas de actuación cercanas al juego, por ejemplo, con niños/as o adolescentes. Asimismo, la discusión posterior a la película genera una nueva narrativa y organización personal.

El cine se convierte en una herramienta de ayuda y/o reflexión ante una problemática concreta, ya que pensamos que hay correlación —y está demostrado científicamente entre las emociones y el estado de ánimo y lo que podamos percibir visualmente, por ejemplo—.

Descripción de la técnica

Schulenberg (2003) señala tres fases a la hora de utilizar esta técnica, como son:

⇒ Fase 1. Evaluación y selección

Sharp, Smith y Cole (2002) afirman que la efectividad de esta técnica radica inicialmente en **la selección de la película** que se va a utilizar, lo cual conlleva cierta dificultad dada la infinidad de posibilidades. Es un proceso que conlleva tiempo, pues es necesario conocer la película, y su contenido, antes de utilizarla en terapia. Así, se recomienda que sean películas que le sean familiares al terapeuta y/o que conozca en profundidad. La película o vídeo que se escoja tiene que reflejar las necesidades e intereses de la persona y es importante considerarlas en el proceso de selección. De hecho, hay autores que recomiendan que se pregunte a los pacientes el nombre de la película con la que se identifican y cuáles son las películas que consumen normalmente (Hesley y Hesley, 1998), para ayudar en esta selección.

Para el desarrollo efectivo de esta fase se debe:

- Identificar los problemas actuales, así como los objetivos de la terapia.
- Conocer las fortalezas, como, por ejemplo, los intereses de la persona.
- Determinar la capacidad de la persona para comprender el contenido de la película.
- Determinar las similitudes y las diferencias de la película con la vida y características de la persona.
- Tomar en consideración las dificultades que puedan surgir, como, por ejemplos, culturales, étnicas u otras.

Así se adecuará la película con eficacia a la persona a la que se aplica la técnica.

⇒ Fase 2. Implementación

El visionado de la película se puede realizar en el entorno terapéutico o como tarea a realizar en casa. Este primero podrá desarrollarse si la técnica se aplica en grupo o comunitario. El terapeuta debe ofrecer información adecuada acerca de la película, así como motivar a la persona para que la vea en casa.

⇒ Fase 3. Debriefing

Es el momento de procesar los efectos que la película ha tenido sobre la persona; por tanto, se pueden generar diferentes estrategias, como el cine fórum o discusión de la

película o simplemente preguntar sobre los mismos. Se habla de que en este estadio la persona genera cuatro procesos, como son el de disociación (poniendo distancia con lo observado), identificación (tomando conciencia de las similitudes), internalización (asumiendo el mensaje) y, por último, transferencia (trasladando el mensaje en el entorno terapéutico).

Powell (2005) introdujo *el método secuencial*, en el cual se considera que existe una fase preliminar de explicación del proceso, de surgimiento de la acción (viendo los 30 a 45 minutos más relevantes para entender la película y explorar posteriormente con la persona), de punto de inflexión (ver el desarrollo y clímax de la película para el análisis de soluciones), de resolución (ver el final para generar un nuevo plan de actuación) y de finalización (integrando los puntos anteriores).

El *método de visualización guiada* se realiza en el entorno terapéutico, mediante el cual se desarrollan los puntos anteriores conjuntamente.

La *técnica de la secuencia de cine* (TSC) (Rueda, 2012) es una propuesta en la que no se dirige a la persona hacia una película, sino, al contrario, la persona se autodirige y, a partir del momento en que se selecciona un material, se guía en un proceso de construcción de significados y de darse cuenta (*awareness*) de la subjetividad de la elección.

Por último, existe una serie de propuestas de desarrollar nuestra propia película (Welter, 1995); como señalaba Eisenberg (1985), empezaremos por pensar *¿cuál sería el título de la película de nuestra vida?*

EJERCICIOS

Los ejercicios que se presentan a continuación tienen como objetivo propiciar ciertos estados y/o comprender determinados aspectos, a través de las películas:

- ⇒ 1.^{er} grado: películas para entender ciertas problemáticas psicológicas.
- ⇒ 2.^o grado: películas para generarnos estados de superación y mejora.
- ⇒ 3.^{er} grado: películas para enseñar valores a los niños o sobre nuestros propios ideales de vida.

Además, como hemos hablado de interpretar nosotros mismos, hay que pensar sobre:

- a) ¿Qué tipo de películas nos gustan?
- b) ¿Cuál era tu/s película/s favorita/s de pequeño/a?

Esto también nos aportará información sobre el tipo de visión del mundo, o algunas características que nos autopropiciamos, por ejemplo, aquella persona a la que le gustan las películas de miedo busca aumentar su nivel de vigilancia y activación, generar ciertas

pautas de respuesta del cuerpo (aumentar niveles de adrenalina), etcétera.

Existe una serie de preguntas que se pueden realizar como guía para la discusión, como son:

- ⇒ ¿Recuerdas las emociones y sensaciones mientras veías la película?
- ⇒ ¿Qué influencias o similitudes encuentras con tu propia situación o vida?
- ⇒ Señala los aspectos que te han gustado o disgustado de la película y por qué.
- ⇒ ¿Con qué personaje o personajes te has identificado? ¿Por qué?
- ⇒ ¿A qué personaje te gustaría parecerse? ¿En qué sentido?
- ⇒ ¿Has conectado especialmente con algún aspecto de la película?
- ⇒ ¿Cuál podría ser el mensaje a extraer de la misma?

Las películas óptimas para escoger en relación a su contenido serían:

- ⇒ *Películas de humor o comedia* para tomar distancia de los problemas, considerando, por ejemplo que la risa aumenta la actividad del sistema inmunológico y disminuye el estrés.
- ⇒ *Películas dramáticas o emotivas*, cuyo objetivo sería promover la catarsis emocional y conectar con esas emociones que en ocasiones mantenemos bloqueadas.
- ⇒ *Películas motivacionales y esperanzadoras*, cuyo objetivo es dirigir a la persona hacia una finalidad o meta, así como aumentar la percepción de autoeficacia y de posibilidades de éxito. Hay muchos listados diferentes de películas motivadoras o de autoayuda, sólo hay que buscar en Internet con estas palabras. Presentamos a continuación la aportación de Javier Urra (2014), gran psicólogo, de su libro *Psicohigiene*, que precisamente plantea lo que tenemos que hacer para cuidar nuestra mente.

El lado bueno de las cosas.
Happy: un cuento sobre la felicidad.
En busca de la felicidad.
Desayuno con diamantes.
El discurso del rey.
Intocable.
Gente corriente.
Lejos de ella.
La escafandra y la mariposa.

Lo imposible.
Cinderella man.
Full Monty.
Náufrago.
Jerry Maguire.
Cisne negro.
Una historia casi divertida.
El estanque dorado.
Entrenador Carter.

Figura 7.5. Ejemplos de películas motivacionales (Urra, 2014).

- ⇒ *Películas y psicopatología*: en el libro de Beatriz Vera Poseck (2007), *Imágenes de la locura*, se señalan ciertas películas que pueden ayudar a entender mejor el

desarrollo o las características de ciertos problemas psicológicos.

Trastornos psicóticos <i>Anor que mata</i> <i>Psicosis</i> <i>Mi hija Hildegart</i> <i>Birdy</i> <i>Shine</i> <i>Una mente maravillosa</i>	Trastornos ansiosos <i>Inside out</i> <i>The fear inside</i> <i>Copycat</i> <i>Una terapia peligrosa</i> <i>Thomas est amoureux</i> <i>Descubriendo a Forrester</i>
Trastorno disociativo <i>Recuerdo</i> <i>El maquinista</i> <i>Gothika</i> <i>Yo, yo mismo e Irene</i> <i>Las tres caras de Eva</i> <i>El club de la lucha</i>	Trastorno obsesivo compulsivo <i>La extraña pareja</i> <i>Mejor... imposible</i> <i>Monk</i> <i>Los impostores</i> <i>El aviador</i>
Trastornos del estado de ánimo <i>Una mujer bajo la influencia</i> <i>Gente corriente</i> <i>Esencia de mujer</i> <i>Mr. Jones</i> <i>Amor loco</i> <i>Wilbur se quiere suicidar</i> <i>Las horas</i>	Trastornos amnésicos <i>El gran dictador</i> <i>Niebla en el pasado</i> <i>El jardín de las delicias</i> <i>Un mar de líos</i> <i>Sé quién eres</i> <i>Memento</i> <i>The majestic</i>

Figura 7.6. Ejemplos de relación entre cine y patología (Vera Poseck, 2007).

⇒ *Películas para educar (incluso espiritualmente)*: el cine puede utilizarse como una herramienta para el aprendizaje de ciertos valores por la posibilidad de hacernos reflexionar. A continuación expondremos ejemplos de películas para transmitir valores, extraídos del libro de Luis Prats (2005) con el nombre *Cine para educar*, así como propuestas de cine espiritual.

Cine educativo	Cine espiritual
<i>Ciudadano Kane</i> <i>Casablanca</i> <i>¡Qué bello es vivir!</i> <i>Oliver Twist</i> <i>Mujercitas</i> <i>Cuento de Navidad</i> <i>Mary Poppins</i> <i>Cuenta conmigo</i> <i>Cinema Paradiso</i> <i>El club de los poetas muertos</i> <i>La bella y la bestia</i> <i>El cartero</i> <i>Toy Story</i> <i>Amistad</i> <i>El indomable Will Hunting</i> <i>La vida es bella</i> <i>Secretos del corazón</i> <i>El inolvidable Simon Birch</i> <i>Billy Elliot (quiero bailar)</i> <i>Cadena de favores</i> <i>Descubriendo a Forrester</i>	<i>Conversaciones con Dios</i> <i>Las nueve revelaciones</i> <i>El guerrero pacífico</i> <i>The secret</i> <i>Siddhartha</i> <i>La joven del agua</i> <i>El viaje de Chihiro</i> <i>Kirikú y la bruja</i> <i>La bella y la bestia</i> <i>Los dioses deben estar locos</i> <i>Amelie</i> <i>Delicatessen</i> <i>Odette. Un cuento sobre la felicidad</i> <i>Primavera, otoño, verano, invierno...</i>

Figura 7.7. Ejemplos de cine educativo (Prats, 2005) y espiritual.

La mejor película es aquella que queda en nuestra memoria y nuestros corazones; por tanto, que las figuras presentadas sirvan de ejemplo, pero generemos nuestros propios ejemplos.

Ámbitos de aplicación

La cineterapia se recomienda en todos aquellos casos en los que, conociendo una película, se crea que ésta puede ayudar a la persona atendida con el problema que ésta plantea. Asimismo, se desaconseja su uso con personas con enfermedad mental severa, víctimas de violencia doméstica y personas que hayan sufrido circunstancias traumáticas, así como con personas que no disfruten con el cine (Hesley y Hesley, 1998).

Hay que tener en cuenta que con niños/as menores se pedirá consentimiento a la familia y se adecuará la película a la maduración cognitiva del mismo/a, así como con personas con problemas auditivos o visuales, para los que se deberá contar con opciones de accesibilidad en el material.

Para ampliar la información

- Adams, E. y McGuire, F. (1987). Is laughter the best medicine? A study of the effects of humor on perceived pain and affect. *Activities, Adaptation, and Aging*, 8, 157-175.
- Alper, G. (2004). *Like a movie: Contemporary relationships without the popcorn*. MN: Paragon House Publishers.
- Barker P. (1996). *Psychotherapeutic metaphors: A guide to theory and practice*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Berg-Cross, L., Jennings, P. y Baruch, R. (1990). Cinematherapy: Theory and application. *Psychotherapy in Private Practice*, 8 (1), 135-156.
- Christie, M. y McGrath, M. (1987). Taking up the challenge: Film as a therapeutic metaphor and action ritual. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 8 (4), 193-199.
- Dermer, S. B. y Hutchings, J. B. (2000). Utilizing movies in family therapy: Applications for individuals, couples, and families. En: *American Journal of Family Therapy*, 28, 163-180.
- Ericson, M. H., Rossi, E. L. y Rossi, S. I. (1976). *Hypnotic realities: The induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion*. Nueva York: Irvington.
- Gardner, H. (1993). *Multiple Intelligences: The Theory in Practice*. Nueva York: Basic.
- Groth-Marnet, G. (1992). Past traditions of therapeutic metaphor. *Psychology, A Journal of Human Behavior*, 29, 41-47.
- Hesley, J. W. y Hesley, J. G. (1998). *Rent two films and let's talk in the morning: Using popular movies in psychotherapy*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Heston, M. L. y Kottman, T. (1997). Movies as metaphors: A counseling intervention. *Journal of Humanistic Education and Development*, 36, 92-99.
- Jeon, K. W. (1992). Bibliotherapy for gifted children. *The Gifted Child Today*, 15, 16-19.
- Jones, C. (2006). *Cinematherapy: History, Theory, and Guidelines*.
- Jung, C. G. (1939). *The Integration of the Personality*. Nueva York y Toronto: Farrar & Rinehart, Inc.
- Miralles, F. (2013). *Cineterapia. 35 películas para mejorar tu vida*. Barcelona: Oniro.
- Morawski, C. M. (1997). A role of bibliotherapy is in teacher education. *Reading Horizons*, 37, 243-259.
- Peske, N. y West, B. (1999). *Cinematherapy: The Girl's Guide to Movies for Every Mood*. Nueva York: Bantam Dell.
- Powell, M. (2005). *Cinematherapyresearch*. En: <http://cinematherapy.com/pressclippings/Powell-article.pdf> (consultado el 28/02/2016).
- Prats, L. (2006). *Cine para educar*. Madrid: Belacqua.
- Rueda, O. (2012). La secuencia de cine como técnica subjetiva en psicoterapia audiovisual.

- Arteterapia: papeles de la arteterapia y educación artística para la inclusión social*, vol. 7 (pp. 189-206). Madrid: Servicio de Publicaciones UCM.
- Schulenberg, S. E. (2003). Psychotherapy and Movies: On Using Films in Clinical Practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, vol. 33, n.o 1.
- Sharp, C., Smith, J. V. y Cole, A. (2002). Cinematherapy: metaphorically promoting therapeutic change. *Counseling Psychology Quarterly*, 15 (3), pp. 269-276.
- Sinetar, M. (1993). *Reel Power-Spiritual Growth through Film*. MO: Triumph.
- Solomon, G. (2001). *Reel Therapy: How Movies Inspire You to Overcome Life's Problems*. Nueva York: Lebhar-Friedman Books.
- Schulenberg, S. E. (2003). Psychotherapy and Movies: On Using Films in Clinical Practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, vol. 33, n.o 1.
- Urra, J. (2014). *Psicohigiene*. Madrid: Punto de Lectura.
- Vera Poseck, B. (2007). *Imágenes de la locura*. Madrid: Calamar.
- Wedding, D. y Niemiec, R. M. (2003). The clinical use of films in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 59, 207-215.
- Welter, P. R. (1995). *Logotherapy-Intermediate «A»: Franklian psychology and logotherapy*. En: The Viktor Frankl Institute of Logotherapy, Box 15211, Abilene.
- Wolz, B. (2005). *E-Motion Picture Magic*. CO: Glenbridge Publishing Ltd.
- Zhe Wu, A. (2008). *Applying cinema Therapy with adolescents and a cinema therapy workshop*. En: <http://cinematherapy.com/pressclippings/Angela's-thesis1.pdf> (consultado el 28/02/2016).

Para ampliar la formación

Asociación de Videoterapia Española y Recursos Telemáticos (aVERTe)

<https://videoterapia.wordpress.com/olga-rueda-y-la-video>

BIBLIOTERAPIA

Definición

La biblioterapia es una forma de tratamiento de salud mental que implica el uso de libros para ayudar a los niños a lidiar con los cambios, problemas emocionales o problemas mentales (Pardeck, 1994).

La biblioterapia se puede considerar el uso de libros en lugar de un tratamiento médico o la lectura de libros de ficción para identificarse con las dificultades experimentadas por los personajes (Prater y cols., 2006).

Caballo y Buela-Casal (1991) afirman que se trata del empleo de materiales escritos (manuales de autoayuda) para ayudar a los pacientes a modificar su conducta, sus pensamientos o sus sentimientos, lo que también implica comentarios y discusiones derivadas de dicha lectura, de sus contenidos y las interpretaciones que terapeuta y paciente realicen de los mismos (Cobos y Gavino, 2006; Fortkamp, 2005; Gold, 2008).

La biblioterapia es aquella técnica que se utiliza para guiar a las personas en la comprensión de ciertos conceptos y/o problemáticas mediante la selección de materiales apropiados para tal objetivo.

Objetivos

Según J. T. Pardek (1994), los principales objetivos de la biblioterapia son:

- ⇒ Proporcionar información objetiva a la persona acerca de conceptos y/o problemas que afectan a la misma o que puedan afectarle en el futuro.
- ⇒ Recoger experiencias similares a las que la persona experimenta para ofrecer una nueva visión, una posible solución y/o, mediante este proceso de identificación, la percepción de sentirse comprendida y acompañada.
- ⇒ Provocar nuevas ideas, valores y actitudes que puedan llevar a opiniones más resolutivas o, como mínimo, a una nueva perspectiva.

Las premisas

El término *biblioterapia* proviene de las palabras griegas «biblio», que procede de libro, y «terapia», que se entiende como aquel proceso que tiene como objetivo curar; es por tanto, la sanación mediante la lectura de un libro. Así, utiliza el libro, con su forma y contenidos, como recurso terapéutico, considerando que la lectura del mismo tendrá unos determinados efectos en la persona y su proceso terapéutico. También se conoce esta técnica como terapia de la lectura.

Si los seres humanos somos narradores natos, tal como se indicaba en la terapia narrativa, narraciones de otros nos pueden ayudar a superar ciertas problemáticas, pues mediante esta identificación con los personajes y/o las historias generamos nuevas narrativas personales.

Se consideran *diferentes tipos de biblioterapias* (Abdullah, 2002; Brewster, 2007):

- a) *Biblioterapia del desarrollo*: se describe como el uso de libros para la intervención con población infantil con el objetivo de facilitar una mayor comprensión de los diferentes problemas que se desencadenan en nuestra evolución, la identificación preventiva del problema cuando éste aparezca y establecer estrategias de actuación previas.
- b) *Biblioterapia clínica*: se utilizan los manuales para el trabajo terapéutico sobre síndromes o trastornos concretos o problemas ya existentes.
- c) *Biblioterapia informal*: se recomienda un libro en el entorno de una conversación informal terapéutica; por tanto, sería una lectura puntual de algún pasaje del mismo.
- d) *Biblioterapia creativa*: se utiliza la biblioterapia en pro de la *escritura creativa, bibliográfica, de ficción o poesía para la mejora del bienestar general* (Brewster, 2007), es decir, remite a las terapias narrativas.

Asimismo, ésta puede ser (Gold, 2008) *especializada en algún tema o de ficción*, la cual puede incluir diferentes tipos de género. Existen diferentes tipos de géneros literarios, tal como señaló Aristóteles: el género épico (en el que se presentan hechos legendarios), el género lírico (que se centra en la expresión y el clima emocional) y el género dramático (relacionado con el teatro). Posteriormente, se añade el género poético. Asimismo, dentro de estos géneros existen subgéneros específicos.

La *selección de la bibliografía* debe reflejar los problemas que experimenta el paciente, aunque éste pueda generar diferentes reacciones en el mismo, así como asociaciones con otros conceptos (Gold, 2008); *sencilla de leer, amena, clara y de fácil comprensión, así como breve* (Cobos y Gavino, 2006).

Existe una serie de *requisitos a considerar* previamente a la aplicación de la técnica, como:

- ⇒ La persona debe saber leer y tener las habilidades de lectura adecuadas al nivel del libro recomendado (Caballo y Buela-Casal, 1991; Cobos y Gavino, 2006).
- ⇒ La persona deberá conocer las fases que puede experimentar a partir de su lectura (Gold, 2008), como son la identificación con los personajes o el hecho que se relata, la catarsis emocional que se puede derivar de la lectura y el autorreconocimiento, así como la identificación con posibles soluciones planteadas.
- ⇒ La persona debe tener motivación para la lectura; por tanto, en la mano del terapeuta está preguntar acerca de esta motivación. Si se recomienda una lectura que posteriormente la persona no lleva a cabo, se pueden generar sentimientos de

culpabilidad o de no estar al nivel del proceso terapéutico.

- ⇒ La persona deberá *atender y participar en el debate con el terapeuta* (Cobos y Gavino, 2006).
- ⇒ Los terapeutas deben recomendar sólo material que conozcan en profundidad, lo que conlleva estar al día de los libros publicados.
- ⇒ Los terapeutas deben evaluar la adaptación de las obras a las necesidades y posibilidades de la persona y los objetivos de la terapia (Cobos y Gavino, 2006).

El verbo leer, como el verbo amar y el verbo soñar, no soportan el modo imperativo. La lectura debe ser una de las formas de la felicidad y no se puede obligar a nadie a ser feliz (Jorge Luis Borges).

La biblioterapia es una herramienta que puede ser poderosa en el seno del proceso terapéutico.

Descripción técnica

La biblioterapia puede aplicarse a adultos y niños, teniendo en cuenta una planificación previa que debe seguir las siguientes fases:

- ⇒ *Fase 1: Determinar el/los destinatario/s* de la técnica en función de tres variables, como son: la edad (pues ésta determina un grado madurativo, así como una comprensión de la lectura determinada), los intereses en la lectura y el grado de aflicción socioemocional (que determinará que utilicemos biblioterapia evolutiva o clínica).
- ⇒ *Fase 2. Definir los objetivos* que se persiguen al aplicar la técnica. Cualquier herramienta que utilicemos debe responder a un objetivo y función concretos dentro del proceso. Así, se debe realizar un proceso reflexivo de para qué introducir esta información y en qué momento. La forma más habitual es respondiendo a una situación terapéutica concreta para ayudar a afianzar algunos aspectos del proceso terapéutico. Esta información acerca de la finalidad de esta información debe ser remitida a la persona, pudiendo responder —entre otras funciones— al: *a) informar o educar* acerca de algún concepto que se desconoce o que necesita ser ampliado, o *b) intervenir* sobre algún elemento que se puede hacer en un entorno diferente al terapéutico y de forma autoadministrada.
- ⇒ *Fase 3. Seleccionar el libro apropiado*, localizando el material y asegurándose de que la persona puede tener acceso al mismo, así como que éste describe el tema, la historia o los personajes de forma adecuada, y que utiliza un estilo comprensible.
- ⇒ *Fase 4. Determinar las actividades que se realizarán tras la lectura*, bien sea una discusión o algún ejercicio concreto. Se debe facilitar un espacio para poder recibir *feedback* acerca de esta recomendación posterior a la sesión.

Por tanto, la biblioterapia se iniciará con el conocimiento del terapeuta de cierto material que puede ser de ayuda. En este sentido se pueden recoger las recomendaciones de otros pacientes con problemáticas similares, por ejemplo, apuntando aquellos libros que les han ido bien para resolver su problema. En el transcurso del diálogo en el proceso terapéutico, o bien incluso al acabar la sesión, se piensa en un material concreto y se indicará a la persona esa recomendación y las tareas que se llevarán a cabo tras su lectura.

Se recurre a la biblioterapia *cuando uno de los problemas del cliente es la falta de información y se considera que al leer sobre el tema se le van a aclarar dudas y solucionará su problema, ya que la persona no realiza la conducta adecuada, o la ejecuta mal, porque desconoce la manera de llevarla a cabo adecuadamente* (Cobos y Gavino, 2006).

EJERCICIOS

Las *fichas de libros* tienen como objetivo recoger la información más relevante de un manual para su uso posterior de forma simplificada, bien sea como medio de presentación al usuario o bien como propio material terapéutico. Así, la información que se debe recoger es, en primer lugar, las propias de una citación y, a continuación, la información más destacable:

- a) El autor del libro, el año, el título y la editorial, para facilitar la búsqueda del libro.
- b) Un resumen del libro que incluya las ideas principales y secundarias que se pueden extraer del mismo.

La biblioterapia se debe llevar a cabo tras *un proceso de planificación* de la implementación de las fases de la técnica, lo que supone que respondamos a las siguientes preguntas: *¿Es adecuado el libro para esta/s persona/s? ¿Qué objetivo/s pretendo conseguir con ello? ¿Qué material o parte del material recomendaré? ¿Qué actividades llevaremos a cabo tras la lectura?*

Las *actividades que se pueden llevar a cabo tras la lectura del material* pueden ser variadas, empezando por una discusión acerca de las ideas que en éste se recogen o, en niños, se puede trasladar las ideas a un dibujo.

Cada terapeuta contará con su propio material de referencia, de ahí que aunque se pueden hacer recomendaciones específicas, uno debe conocer y sentir afinidad con el material que se recomienda.

Ámbitos de aplicación

La biblioterapia se puede utilizar como técnica única o complementaria a otras técnicas

(Cobos y Gavino, 2006) de forma individual o grupal, y se suele utilizar sobre diferentes problemáticas, como la depresión, las relaciones de pareja, los problemas de autoestima, las pérdidas y el duelo, los ataques de pánico (Febbraro y cols., 1999), los problemas de *Burnout* (Gold, 2008), con el trastorno dismórfico corporal (Rosen, 1997), los trastornos de la conducta alimentaria (Sevillano, 2001), los trastornos o problemas sexuales (Hyde, 1995) o los problemas infantiles (Cobos y Gavino, 2006).

Para ampliar la información

- Abdullah, M. H. (2002). Bibliotherapy. En: *ERIC Clearinghouse on Reading, English, and Communication Digest*, 177, diciembre.
- Brewster, E. (2007). *Medicine for the soul: Bibliotherapy and the public library*. MA: Dissertation, University of Sheffield.
- Caballo, V. E. y Buela-Casal, G. (1991). Técnicas diversas en terapia de conducta. En V. E. Caballo (comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 777-816). Madrid: Siglo XXI de España.
- Caldin, C. (2001). A leitura como função terapêutica. Biblioterapia. *Encontros Bibli* (12), pp. 1-17. <http://www.redalyc.org/pdf/147/14701204.pdf>
- Carroll, Pamela S. (1999). *Using Literature to Help Troubled Teenagers Cope with Societal Issues*. Westport, Conn.: Greenwood Press.
- Cobos, P. y Gavino, A. (2006). Técnicas basadas en la información. En A. Gavino (coord.), *Guía de técnicas de terapia de conducta* (pp. 13-21). Madrid: Pirámide.
- Compton, C. (1996). Historia conceptual de la biblioterapia. En: *Memorias de las XXXV Jornadas Mexicanas de Biblioteconomía*. México: Asociación Mexicana de Bibliotecarios, pp. 52-60. <http://eprints.rclis.org/7561/1/25jornadas.pdf>
- Febbraro, G. A., Clum, G. A., Roodman, A. A. y Wright, J. H. (1999). The limits of bibliotherapy: A study of the differential effectiveness of self administered interventions in individuals with panic attacks. *Behavior Therapy*, 30, 209-222.
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Ferreira, D. (2003). Biblioterapia: uma prática para o desenvolvimento pessoal. *Educação Temática Digital*, 4 (2), pp. 35-47. <http://www.fae.unicamp.br/revista/index.php/etd/article/view/1809> (consultado 28/02/2016).
- Fortkamp, C. (2005). Biblioterapia: atividades de leitura desenvolvidas por acadêmicos do Curso de Biblioteconomia da Universidade Federal de Santa Catarina. *Biblios*, n.º 21.
- Gold, J. (2008). Biblioterapia. En P. Aguirán y cols., *Guía de prevención de Burnout para profesionales de cuidados paliativos*. Madrid: Arán.
- Hyde, J. (1995). *Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana*. Madrid: Morata.
- Ouaknin, M. A. (1994). *Bibliotherapie, Lire, c'est guérir*. París: Du Seuil.
- Pardeck, J. T. (1994). Using literature to help adolescents cope with problems. *Adolescence*,

verano (114), 421-427.

Pardeck, J. T. (1996). Recommended books for helping children deal with separation and divorce. *Adolescence*, primavera (121): 233-237.

Prater, M. A., Johnstun, M. L. y cols. (2006). Using children's books as bibliotherapy for at-risk students: A guide for teachers. *Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth*, vol. 50, n.o 4, pp. 5-10.

Rosen, J. C (1997). Tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno dismórfico corporal. En V. E. Caballo, *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 1. Madrid: Siglo XXI.

Sevillano, J. P. (2001). Evaluación y motivación en los trastornos de la conducta alimentaria. En E. García-Camba, *Avances en trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (pp. 75-92). Barcelona: Elsevier-Masson.

8. TÉCNICAS PARA EL BIENESTAR PERSONAL (PSICOLOGÍA POSITIVA)

El doctor Martin Seligman, el mismo que teorizaba sobre la *indefensión aprendida*, habla, en su discurso como presidente electo del APA (American Psychology Association) (1998), acerca de la necesidad de investigar sobre qué es lo que hace que la vida merezca la pena ser vivida y cómo la psicología puede ayudar a mejorar la vida de las personas, más allá de superar sus trastornos. En la línea de centrar la atención en la salud, la PsiPos pone el foco un paso más allá, *¿cómo consigue el ser humano ser feliz?*

La psicología positiva es el estudio científico del funcionamiento humano óptimo (Sheldon, Frederickson, Rathunde, Csikszentmihalyi y Haidt⁶, 1999). Es una vertiente de la psicología que se centra en promocionar el bienestar de la persona, que, en fin, es el hito de los seres humanos.

La OMS afirma que lo necesario para tener una buena vida que merezca la pena y se viva con plenitud es: a) tener más emociones positivas que negativas; b) encontrar satisfacción en la vida; c) descubrir las propias fortalezas, capacidades y virtudes; d) participar en actividades y contribuir al bien de la sociedad, y e) encontrar un sentido a la vida. Además, las personas felices están más sanas; tengamos en cuenta que las respuestas emocionales influyen directamente en la fisiología (...), en el corazón, en el sistema inmune (Leimon y McMahon⁷, 2014).

La PsiPos busca comprender los procesos que hay detrás de las fortalezas y las emociones positivas del ser humano. Según Seligman⁸ (2001), consta de tres grandes pilares:

- a) Las emociones positivas.
- b) Los rasgos de personalidad que nos ayudan a ser mejores y más felices.
- c) Las instituciones positivas (valores/creencias).

Otro concepto importante detrás de la PsiPos, además de entender la misma como un modelo de búsqueda de la felicidad, es el de bienestar personal (Vázquez y Hervás⁹, 2009). *El bienestar personal es la valoración subjetiva y reflexiva, además de una sensación emocional y pensamiento de sentirse bien.* Cabe preguntarse, como señalan estos autores: *¿se siente satisfecho en general con su vida?* Esta valoración puede ser relativamente independiente de vivencias afectivas de la persona, ya que se puede tener una discapacidad

grave o una disminución sustancial de elementos placenteros cotidianos y creer que se tiene una vida que merezca la pena ser vivida (Wortman y Silver¹⁰, 2001):

$$\begin{aligned} BP &= \text{Afecto positivo} + \\ &+ \text{Satisfacción global con la vida} + \\ &+ \text{Satisfacción específica} \end{aligned}$$

Este afecto positivo parece que tiene un efecto, mejor promover, disfrutar y mantener placeres cotidianos, aunque parezcan pequeños, que buscar placeres más explosivos aunque infrecuentes (Avia y Vázquez¹¹, 1998).

La satisfacción global con la vida está relacionada con un sentimiento de satisfacción vital, de vinculación, de significado y éxito. La satisfacción específica se consigue aplicando los elementos anteriores en un área específica de la vida, como, por ejemplo, la profesión, el ocio, la pareja, etc.

Por tanto, no es un concepto unitario, ni fácil de estudiar y aproximarse. De hecho, hay autores que dividen la PsiPos en diferentes componentes en los que trabajar de forma independiente, como son (Vera¹², 2006): *las emociones positivas, el optimismo, el fluir, las fortalezas personales, la resiliencia y el sentido del humor*. Éstos serían los que nos aproximarían al concepto final, la felicidad.

De la conceptualización anterior se desprende que los objetivos de la PsiPos son:

- ⇒ Enseñar a encontrar placer en la vida, es decir, la capacidad de disfrutar y crear emociones positivas, junto con la capacidad de saber y reconocer nuestras fuentes de placer.
- ⇒ Encontrar un significado a la vida, optimizando nuestros recursos y hallando lo que se denomina el propósito de nuestra vida.
- ⇒ Desarrollar una serie de habilidades y/o fortalezas que se ha demostrado nos producen bienestar, por ejemplo, el ejercicio de la gratitud o el perdón.

La PsiPos ha desarrollado diferentes modelos que engloban aspectos generales o concretos sobre la felicidad, por ejemplo, el *modelo perma*, del propio M. Seligman, que considera que ésta debería englobar (Seligman¹³, 2001):

- ⇒ (P) *Positive emotions*, es decir, la promoción de emociones positivas en el pasado, en el presente y en el futuro.
- ⇒ (E) *Engagement*, en referencia al compromiso o a tener un objetivo vital, así como las experiencias que producen esa sensación de conexión y utilidad.
- ⇒ (R) *Relationships*, o relaciones positivas que nos hagan sentir completos.
- ⇒ (M) *Meaning*, o sentido vital y de desarrollo personal.
- ⇒ (A) *Acomplishment*, lo que hace referencia a logros o metas que podamos disponer.

A nivel más específico, se presentan modelos en relación a cada uno de estos componentes, como, por ejemplo, el que define las experiencias de fluir, que estarían incluidas en el *engagement*.

Asimismo, la PsiPos ha seguido su avance acompañada de críticas en los siguientes aspectos (adaptado de Prieto¹⁴, 2006):

- ⇒ La psicología no se centra únicamente en la patología, sino que lleva años tratando de buscar componentes saludables y que fomentan el bienestar.
- ⇒ La PsiPos tiene muchas coincidencias con la psicología humanista.
- ⇒ Hay autores que también hablan de correspondencia de modelos de la PsiPos con sus propias teorías creadas anteriormente, por ejemplo, señala Lazarus (2003) que ésta no es más que un reflejo de su teoría cognitivo-motivacional-relacional de las emociones.
- ⇒ Incluso se señala que ésta se ha apropiado de conceptos y teorías que no se crearon en el seno de la misma, como, por ejemplo, la resiliencia.
- ⇒ Se ha hablado de técnicas y aportaciones demasiado ingenuas en ocasiones.

La PsiPos es una propuesta hacia el bienestar personal que ofrece un modelo de intervención que se podría integrar en las teorías ya definidas y a la que es necesario dejar avanzar.

EMOCIONES POSITIVAS

La sonrisa es el sello de identidad de las emociones positivas.

FERNÁNDEZ-ABASCAL (2009)

Definición

Las emociones positivas son aquellas que producen una sensación agradable y de bienestar, *cumpliendo un objetivo importante en el desarrollo del ser humano, ya que amplían los recursos intelectuales, físicos y sociales, haciéndolos más perdurables, y acrecentando las reservas a las que puede la persona recurrir cuando se presentan amenazas u oportunidades* (Alpízar y Salas, 2010).

Objetivos

Las emociones positivas tienen como función la adaptación a la realidad, promoviendo una calidad de vida óptima. Por tanto, éstas nos sirven como *un marcador de bienestar y medio para conseguir el crecimiento psicológico y mejoría del bienestar durante más tiempo* (Fredrickson, 2001), produciendo multitud de efectos positivos en diferentes áreas de nuestra vida, de ahí que la intervención centrada en las emociones positivas sea uno de los componentes a trabajar para que la persona adquiera un buen nivel de felicidad y/o bienestar psicológico.

Las premisas

Las emociones positivas son menos numerosas (asociadas a posibilidades o sensaciones agradables) y más difusas (Nesse, 1990).

Hay una emoción positiva por cada tres o cuatro emociones negativas (Fredrickson, 1998).

Las emociones positivas materializadas a partir de placeres cotidianos, aunque parezcan menores, tienen efectos más favorables que las explosiones emocionales (Diener y cols., 2003).

Somos menos conscientes de nuestros estados emocionales agradables. Las emociones positivas facilitan las sensaciones agradables y llevan a ciertos estados mentales y de comportamiento que preparan para afrontar con éxito las dificultades futuras. Asimismo, mueve a las personas a adoptar un pensamiento creativo, tolerante, constructivo y generoso. Esto es lo que describe *la teoría de apertura y construcción* (Fredrickson, 2001, 2011), que afirma que las emociones positivas a corto plazo abren y amplían la mente, y a largo plazo

promueven el desarrollo de recursos cognitivos y sociales y de desarrollo personal.

Una emoción se considera positiva cuando cumple las siguientes premisas (Avia y Vázquez, 1998):

- a) Un sentimiento provocado por la emoción que es percibido como agradable.
- b) El objeto de la emoción se valora como bueno.
- c) La conducta que se realiza mientras se experimenta esa emoción se evalúa de forma favorable y las consecuencias de la misma son beneficiosas.

Las emociones negativas, por su función de supervivencia, restringen la visión sobre las acciones que puede llevar a cabo una persona en una situación concreta. Por el contrario, las emociones positivas lo amplían, abriendo el rango de pensamientos y acciones, por ejemplo, la alegría despierta el interés por el juego y la creatividad, la curiosidad empuja a la exploración y el aprendizaje, y la serenidad invita a saborear las circunstancias del presente e integrarlas en una nueva perspectiva de nosotros mismos y del mundo que nos rodea.

Según Barbara Fredrickson (2001), tanto las emociones negativas como las emociones positivas tienen una función adaptativa, pero actúan en escalas de tiempo distintas. Las emociones negativas como el miedo, la ira o la ansiedad nos preparan para realizar una conducta de supervivencia en una situación de peligro. Nos preparan para una reacción inmediata. En cambio, los beneficios adaptativos de las emociones positivas son a más largo plazo. Las emociones positivas ayudan a construir un conjunto de recursos personales (físicos, intelectuales y sociales) que el individuo puede aprovechar posteriormente para afrontar una dificultad, escogiendo opciones más creativas. Así, las emociones positivas actuarían a medio y/o largo plazos.

Los efectos de las emociones positivas son muy variados, y van desde el aumento de la actividad dopaminérgica (Wise, Spinder, DeWit y Gerberg, 1978) hasta el aumento de la actividad prosocial, el aumento del repertorio cognitivo y creativo, la disminución del estrés y la mejora de la salud general, entre otros. De hecho, la neurobiología de las emociones positivas es un área de gran expansión e interés, pues demuestra que experimentarlas favorece nuestro bienestar psicológico, nuestra salud física y área social.

Los correlatos neurales de las emociones positivas están situados en la actividad cerebral del córtex prefrontal izquierdo primordialmente.

El procesamiento de las emociones positivas, al igual que el de las negativas, se inicia con la percepción de las circunstancias que nos rodean, así como de lo que ocurre en nuestro interior. Esta evaluación primera generará la activación de diferentes componentes, como por ejemplo, de la experiencia subjetiva, la sensación física o la conducta. Se valora si la situación es relevante (consistente con nuestras expectativas), así como considera nuestros recursos de cara a afrontar la situación. *Si la valoración que la persona hace de todo ello es una valencia positiva, experimentará una emoción positiva* (Diener, Larsen y Lucas, 2003, citado por Prada, 2005).

Tipos de emociones positivas

Las emociones positivas son diferentes según algunos autores; a continuación se reseñan los más significativos:

- a) Placeres sensoriales, entretenimiento, satisfacción, excitación, alivio, admiración, éxtasis, elevación y gratitud (Ekman, 2003).
- b) Alegría, interés, satisfacción y amor (Fredrickson, 1998).
- c) Deseo —antes de una oportunidad— y placer —después de obtenerla— (Nesse, 2004).

También se han descrito las emociones positivas respondiendo a su posición temporal, creando las siguientes categorías (Vera, 2006):

- ⇒ *Emociones positivas del pasado*: en recuerdo de lo que hemos vivido, por tanto, unidas a aspectos experienciales. En este punto tendríamos la satisfacción, la realización personal, el orgullo, la serenidad y la gratitud. Así, un ejercicio a realizar en este sentido sería la valoración emocional de nuestra vida pasada.
- ⇒ *Emociones positivas del presente*: son aquellas que aparecen en la actualidad, acompañando nuestro día a día y contemplando en este punto la alegría, el éxtasis, la tranquilidad, el entusiasmo, la euforia, el placer y la fluidez.
- ⇒ *Emociones positivas futuras*: son las centradas en las expectativas situadas en lo que ocurrirá en el futuro, como, por ejemplo, el optimismo, la esperanza, la fe y la confianza.

Finalmente, la propuesta de Barbara Fredrickson, directora del *Laboratorio de las Emociones positivas*, ha definido el siguiente grupo de diez emociones positivas, incluyendo algunas de las citadas anteriormente (Fredrickson, 1998, 2000b, 2001, 2003):

1. *Alegría*: es aquella emoción que desencadena una sensación agradable y de plenitud, acompañada de satisfacción.
2. *Gratitud*: es la emoción que se genera cuando sentimos y valoramos lo que tenemos en nuestras vidas.
3. *Serenidad*: se define también como un objetivo vital, siendo aquella emoción que nos dirige hacia la paz interior y el alivio de la tensión.
4. *Interés*: curiosidad y atención focalizada hacia algo que nos llama a conocer y/o actuar.
5. *Esperanza*: idea de cambio o de posibilidad de cambio positivo frente a situaciones que nos parecen complicadas.
6. *Orgullo*: se contempla dentro de lo que se denominan emociones cohibidas, en las que convergen la percepción de dificultad de afrontamiento y de haber conseguido una meta.
7. *Diversión*: la que incluirá la sensación de pasarlo bien, de jovialidad en una situación concreta.

8. *Inspiración*: emoción que nos llega desde la creatividad y la creación y se identifica con un proceso de iluminación.
9. *Asombro*: se identifica como la capacidad de sorprenderse y admirar aquello que tenemos en frente.
10. *Amor*: conjuga buena parte de las emociones anteriores.

Así, tenemos diversas emociones positivas sobre las que educarnos y promocionar.

Modelos explicativos de emociones positivas

Los primeros modelos explicativos que incluyeron las emociones positivas contemplaban éstas como la contra de las negativas, es decir, excluyentes y radicalmente distanciadas.

El *modelo de la ampliación y de la construcción* (Fredrickson, 1988, 2001) trata de exponer las funciones de las emociones positivas. Así, las emociones positivas, al no responder a la urgencia y la necesidad de acción por supervivencia —característico de las emociones negativas—, desencadenan una ampliación del campo perceptivo en pro de una nueva construcción y transformación. En este sentido, las emociones positivas van un paso más allá de las negativas, pues no sólo se centran en la acción (por ejemplo, de *fight or flight* o ataque-huida), sino que amplían pensamiento y acción (*broaden*) y nos generan nuevos recursos personales, nos hacen estar creativos, y aumentan nuestra capacidad de resistir y de adaptación social (*build*). Sus beneficios serán a más largo plazo.

El modelo de Russell y Feldman-Barret (1999) habla de dos variables determinantes en nuestras emociones, como son el nivel de activación y la sensación agradable. Así, aparecen diferentes tipos de emociones:

- ⇒ Alto nivel de activación+alto nivel de placer=alerta, excitación, alegría y felicidad.
- ⇒ Alto nivel de activación+bajo nivel de placer=tensión, nerviosismo, estrés, disgusto, ira y miedo.
- ⇒ Bajo nivel de activación+alto nivel de placer=tristeza, depresión, letargia y fatiga.
- ⇒ Bajo nivel de activación+bajo nivel de placer=contento, sereno, relajado y calmado.

Por tanto, se precisa de un equilibrio necesario entre la activación y el placer para experimentar los diferentes tipos de emociones positivas que somos capaces de sentir.

Funciones de las emociones positivas

Las funciones que cumplen las emociones positivas en nuestra vida son:

- ⇒ Mejoran el desarrollo de las relaciones sociales (Vecina, 2006).
- ⇒ Crean experiencias positivas y agradables (Lyubomirsky, King y Diener, 2005).

- ⇒ Promueven el disfrute y la gratificación (Seligman, 2001).
- ⇒ Desarrollan la creatividad y aumentan la satisfacción y el compromiso (Fredrickson, 2001).
- ⇒ Aumentan los recursos intelectuales, físicos y sociales (Fredrickson, 1998).

Por tanto, desde esta perspectiva tan esperanzadora parece una buena idea intentar experimentarlas, así como potenciarlas en la medida de lo posible.

Descripción técnica

La intervención sobre las emociones positivas responderá a dos objetivos básicos, el de potenciarlas y el de mantenerlas. La inteligencia emocional y sus modelos ofrecen un marco de actuación en este sentido. Se presentan a continuación tres de los más representativos para poder exponer la técnica de intervención sobre emociones positivas:

1. *Modelo de Mayer-Salovey (1997)*: parte del manejo individual de las emociones contemplando los siguientes componentes a potenciar: la percepción y expresión emocional, la asimilación de las emociones, la comprensión de las emociones y la regulación de las mismas. Aplicado a las emociones positivas, se trataría de:
 - Observar y expresar las emociones positivas (conciencia y expresión).
 - Asimilar las emociones, que en este caso tal vez se podría hablar de valorar las emociones, pues, como se ha podido observar, se valoran de una forma más difusa (valoración).
 - Comprensión de las emociones positivas, lo que podría suponer una reflexión acerca de las necesidades que cubren esas emociones positivas y simplemente vivirlas (experimentación).
 - Regular las emociones positivas, lo que concretamente podría responder a mantenerlas (mantenimiento).
2. *Modelo de Goleman (1998)*: implica considerar una actuación individual, así como grupal o relacional, e incluye las siguientes competencias: autoconciencia, autodirección, aptitudes sociales y relaciones de dirección o liderazgo. En relación a las emociones positivas, se pueden recoger: la autoconciencia de las emociones positivas, dirigirse hacia actividades y/o situaciones que nos las produzcan (aunque hay que tener cuidado en este punto, pues podría ser beneficioso a corto plazo y perjudicial a largo, como, por ejemplo, las conductas adictivas), relacionarse con personas positivas y evitar situaciones de manipulación y persuasión.
3. *Modelo Bar-On (2000)*: añade otras variables que podrían ser de interés en relación a las emociones positivas. Desde este modelo se contemplan las habilidades

interpersonales, intrapersonales, el manejo del estrés, el estado de ánimo y la adaptabilidad. En relación a las emociones positivas, se potenciarán las habilidades interpersonales (el crecimiento personal entendido como proceso de superación y bienestar), intrapersonales (con relaciones saludables y positivas), estrés moderado (pues sabemos que la ausencia de estrés genera apatía y no alegría) y posibilidad de adaptarse (no se trata de siempre bien, sino también de asumir y afrontar las dificultades, incluso con humor).

La intervención sobre emociones positivas se debería desarrollar en diferentes fases, adaptadas de los modelos anteriores.

Fase 1. Conciencia y expresión de las emociones positivas

Las emociones positivas son más difusas y tenemos menor conciencia sobre ellas. En esta fase se tratará de enseñar a la persona a identificar las emociones positivas, es decir, inicialmente ponerles nombre, así como poder ver éstas en otras personas. Observar nuestras emociones positivas y posteriormente expresarlas. Expresar las emociones positivas significará dejar fluir nuestros sentimientos positivos y trasladarlos a aquellas personas con las que los compartimos. Finalmente, dejar espacio para que otras personas nos trasladen sus emociones positivas.

Fase 2. Valoración de las emociones positivas

La valoración de las emociones positivas empieza por atender a señales de situaciones, objetos y/o personas que nos producen emociones positivas, así como recordar momentos que nos las hayan provocado. Para valorarlas de forma correcta se debe aplicar nuestro juicio de forma responsable con este tipo de emociones, lo que significa darles la entidad, el sentido y la intensidad que correspondan.

Fase 3. Comprensión y experimentación emocional

Al igual que con las emociones negativas, en este punto no se trata de encontrar el significado a la emoción positiva experimentada, siempre que sea necesario, sino simplemente dejarse ir y vivirla.

Fase 4. Mantener emociones positivas y adaptarse a la realidad

En esta fase se tratará de estar abierto a determinados estados afectivos y reflexionar acerca de nuestras emociones.

En definitiva, la intervención sobre emociones positivas pasa por darnos cuenta de ellas, así como de potenciarlas al máximo en nosotros y los que nos rodean.

EJERCICIOS

El programa de trabajo para favorecer emociones positivas comprendería:

- ⇒ *Vocabulario de emociones positivas*: crear un listado de emociones positivas, en la línea de lo expuesto en el capítulo tercero. En este caso es necesario que la persona reconozca esas emociones positivas que experimenta con mayor frecuencia.
- ⇒ *Diario de las emociones positivas* (Vera, 2006): se llevará a cabo incluyendo: las emociones positivas y las emociones negativas, así como la frecuencia, la cantidad, la duración y la intensidad de las primeras. Se pueden añadir la circunstancia que la desencadena, las personas que nos acompañaron durante su experimentación y las sensaciones físicas asociadas, entre otras variables.
- ⇒ *Recordar situaciones en las que se sintieron diferentes emociones positivas* (Seligman, 2011): en situaciones difíciles y no tan difíciles podemos dedicar un tiempo a recordar momentos positivos de nuestra vida, así como personas que nos han hecho felices. No se trata de añorar, sino de recordar para volver a sentir en cierta medida la emoción que sentimos en ese momento.
- ⇒ *Saborear las alegrías de la vida* (Lyubomirsky, 2008): lo que se ha presentado en el segundo capítulo como *savoring* detallando ese «Dios de las pequeñas cosas», por ejemplo, una comida, una charla o un bombón pueden ser momentos altamente reforzantes.
- ⇒ *Inteligencia emocional* (Carr, 2007): señala este autor que es necesaria la autoobservación, la autorregulación, la comunicación (aumentar la escucha, disminuir juicios y pensar antes de hablar) y la resolución de problemas, relacionadas con las emociones positivas. Por ejemplo, si nos vemos capaces de superar ese problema que tanto nos preocupa en un cierto momento, sentiremos la emoción positiva de confiar en nosotros mismos, así como de orgullo.
- ⇒ *Planificar un día especial* (Grenville, 2008): en tanto que seamos conscientes de aquello que nos produce bienestar —ya que existen casos en los que no recordamos o no queremos recordar—, podemos planificar un día que nos de felicidad. Por ejemplo, si le preguntásemos a un/a niño/a, diría claramente ir a un parque de atracciones; se trataría de encontrar nuestro parque.
- ⇒ *Métodos experimentales para inducir emociones positivas* (Westermann y cols., 1996, citado en Fernández-Abascal y cols., 2009): incluyen ver una película cómica (0.73), recibir un regalo (0.38), pensar en cosas agradables en detalle (0.36), ser felicitado por un éxito (0.33), escuchar música que gusta (0.32), tener

una charla agradable con alguien (0.27) y poner una cara que exprese una emoción positiva (0.19). Éstas son situaciones que se han demostrado desencadenan emociones positivas, por tanto, para fomentarlas, podemos propiciarlas —algunas más fácilmente que otras, pues tampoco debemos forzar que las personas nos alaguen, pues no tendría el mismo efecto positivo—.

- ⇒ *Disfruta del momento presente y prueba la slow attitude* (Dorn, 2013): en la línea de lo expuesto en la técnica del *mindfulness*, se trata de focalizar la atención en el presente, realizar las actividades con conciencia y, además, ralentizar cómo hacemos las cosas.



Figura 8.1. Representación del slow attitude.

- ⇒ *Establecer rituales de bienestar* (Dorn, 2013): hay situaciones y objetos que nos transportan directamente hacia el bienestar, o, como mínimo, a sensaciones agradables. Por ejemplo, un baño de agua caliente con velas, hacer un té o practicar un *hobbie*. Cada uno/a debe decidir qué acciones llevar a cabo para sentirse mejor.
- ⇒ *Ejercicio de las tres bendiciones* (Seligman, 2011): es un ejercicio que se ha comprobado de gran efectividad para trabajar la emoción de gratitud y sentir satisfacción. Se trata de pensar, al inicio o final del día, tres cosas que nos hacen sentir bendecidos. Se puede proponer, más allá de tres ejemplos diarios, llevar a cabo un *diario de gratitud*.
- ⇒ *Las pequeñas joyas cotidianas* (Thalman, 2009): se trata de valorar situaciones menores de forma positiva. No sólo una actividad de ocio en la que nos sintamos eufóricos, sino también los pequeños actos cotidianos, por ejemplo, tender la ropa

con la máxima calma y tranquilidad recibiendo el sol en la cara.

- ⇒ *El manual de Epíteto* (Regard, 2009): se trata de recopilar frases célebres o aforismos positivos y motivantes y ponerlos en algún lugar a la vista.
- ⇒ *Las caricias invisibles* (Thalmann, 2012): se trata de pensar en cosas positivas a decir y renunciar a críticas gratuitas, aunque no lo digamos explícitamente —cosa que también se puede llevar a cabo—.

Ámbitos de aplicación

La promoción de las emociones positivas estaría indicada en los siguientes casos (Hervás, 2013): las personas con problemas de autocontrol y personas que necesiten recuperar la motivación y la confianza. Se podrá aplicar en aquellos casos en los que sea recomendable aumentar este tipo de emociones, siempre con coherencia, pues se trata de aumentarlas y mejorar la valoración que hacemos, pero no de intentar estar siempre bien o de evitar circunstancias negativas.

Se desaconseja (Hervás, 2013) con personas que sufren estados eufóricos o maníacos, personas que experimentan un nivel elevado de positivas y muy bajo de negativas (produce un adormecimiento de la creatividad) y cuando se basan y se crean de forma superficial y engañosa (como modo de autoengaño, es decir, simular que estamos felices o buscar el amor desesperadamente).

Para ampliar la información

- Alpízar, H. Y. y Salas, D. E. (2010). El papel de las emociones positivas en el desarrollo de la PsiPos. *Rev. electrónica de estudiantes Esc. de psicología*, 5(1), 65-83, ISSN: 1659-2107. Universidad de Costa Rica.
- Avia, M. D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Barragán, A. R. y Morales, C. I. (2014). Psicología de las emociones positivas: generalidades y beneficios. *Enseñanza e investigación en psicología*, col. 19, núm. 1, enero-junio, 103-118.
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva*. Madrid: Paidós.
- Danner, D. D., Snowdon, D. A. y Friesen, W. V. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 804-813.
- Diener, E., Sandvik, E. y Pavot, W. (1991). Happiness is the frequency, not the intensity, or positive versus negative affect. En F. Strark (ed.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective*. Oxford: Pergamon Press.

- Dorn, F. (2013). *Cuaderno de ejercicios para vivir con alegría*. Barcelona: Terapias Verdes.
- Ekman, P. (2003). *Emotions Revealed*. Phoenix: Orion Books.
- Fernández-Abascal, E. G. (coord.) (2009). *Emociones positivas*. Madrid: Piramide.
- Folkman, S. y Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647-654.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2(3), 300-319.
- Fredrickson, B. L. (2000a). *Cultivating Positive Emotions to Optimize Health and Well-being*, from <http://journals.apa.org/prevention/volume3/pre0030001a.html>.
- Fredrickson, B. L. (2000b). Positive emotions. En C. R. Snyder y S. J. López (eds.), *Handbook of Positive Psychology*. Nueva York: Oxford University Press.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotion in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotion. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions. *American Scientist*, 91, 330-335.
- Fredrickson, B. L. y Branigan, C. (2000). Positive emotions. En T. J. Mayne y G. A. Bonanno (eds.), *Emotions: current issues and future directions* (pp. 123-151). Nueva York: Guilford Press.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. Nueva York: Bantam.
- Grenville, B. (2008). *La psicología positiva*. Barcelona: LaButxaca.
- Hervás, G. (2013). Los psicólogos advierten que potenciar las emociones positivas «tiene un límite» y que no existen atajos para ser feliz. En: <http://www.europapress.es/murcia/noticia-psicologos-advierten-potenciar-emociones-positivas-tiene-limite-no-existen-atajos-ser-feliz-20131021141137.html> (consultado el 29/02/2016).
- Lyubomirsky, S., King, L. y Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997) What is emotional intelligence? En Salovey, P. y Sluyter, D. (eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (pp. 3-31). Nueva York: Basic Books.
- Nesse, R. M. (1990). The evolution of repression and the ego defenses. *Journal of the American academy of psychoanalysis*, 18(2), 260-285.
- Nesse, R. M. (2004). Natural selection and the elusiveness of happiness. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Series B, Biological Sciences*, 359, 1333-1347.
- Prada, E. (2005). Psicología positiva y emociones positivas. *Revista electrónica Psicología Positiva.com*. <https://edu-fest.wikispaces.com/file/view/Psicologiaposiva.pdf>.
- Regard, J. (2009). *Ejercicios para encontrar la felicidad*. Barcelona: Terapias Verdes.
- Russell, J. A. y Barrett, L. F. (1999). Core affect, prototypical emotional episodes, and other things called emotion: Dissecting the elephant. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 805-819.

- Russell, J. A. y Barrett, L. F. (1999). Structure of current affect. *Current Directions in Psychological Science*, 8, 10-14.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic Happiness*. Nueva York: Free Press.
- Seligman, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Thalmann, Y. A. (2009). *Cuaderno de ejercicios para aprender a ser feliz*. Barcelona: Terapias Verdes.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (eds.) (2009). *La ciencia del bienestar: fundamentos de una psicología positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vecina, M. L. (2006). Emociones positivas. *Papeles del psicólogo*, 1(27), enero.
- Vera, B. (2006). *Psicología positiva. Una nueva forma de entender la psicología*. Madrid: Calamar Ediciones.
- Wise R. A., Spindler, J., de Wit, H. y Gerberg, G. J. (1978). Neuroleptic-induced «anhedonia» in rats: pimozide blocks reward quality of food. *Science*, 201, 262-264.

FLUIR

Definición

Fluir (traducido del inglés *flow*) se define como *un estado en el que la persona se encuentra completamente absorta en una actividad para su propio placer y disfrute, durante la cual el tiempo vuela y las acciones, pensamientos y movimientos se suceden unos a otros sin pausa* (Csikszentmihalyi, 1996, 1998). Fluir es aquel estado en el que nos sentimos totalmente implicados y comprometidos, y que nos hace perder la noción del tiempo.

Objetivos

El objetivo principal al trabajar sobre el concepto de fluir es encontrar aquel tipo de actividades que nos hacen sentir autorrealizados y añaden significado y sentido a nuestra vida.

Las premisas

El *flow* es un estado en el que la persona se encuentra absolutamente absorta en una actividad para su propio placer, durante la cual el tiempo vuela y las acciones, pensamientos y movimientos se suceden unos a otros sin pausa.

La experiencia de fluir se asemeja a *la experiencia cumbre* que planteaba Abraham Maslow, aquella que nos hace sentirnos personas autorrealizadas. Este autor la definía como *aquella experiencia de éxtasis, pérdida de ubicación espacio temporal, sentirse orgulloso y capacitada, a la vez que retado/a. La meta, pues, es hacernos sentir personas realizadas* (Maslow, 1964).

El concepto de fluir se caracteriza por ocho parámetros (Csikszentmihalyi, 1996, 1998):

1. *Sentido de unión*: lo que significa que las personas que fluyen sienten esa actividad como una parte integrada de sí mismas. Es decir, sentirse unidos completamente con lo que hacemos.
2. *Concentración*: en el momento en que experimentamos el *flow* nos sentimos absortos en esta actividad, absolutamente concentrados, sin sentir que ésta suponga un esfuerzo. Simplemente focalizamos nuestra atención por interés y curiosidad.
3. *Control*: en el sentido de sentir que dominamos la situación y dejamos atrás otras preocupaciones que puedan estar en nuestra mente.
4. *Pérdida de conciencia de uno/a mismo/a*: el análisis continuado que a veces llevamos a cabo de nuestra realidad desaparece, al igual que el *insight*. No tiene cabida en este estado dar vueltas a aspectos sobre nosotros/as mismos/as, ni los demás.
5. *Distorsión del sentido temporal*: característica que identificamos con facilidad; es esa

sensación de pérdida del sentido del tiempo, que pase el tiempo volando sin darnos cuenta (también se puede experimentar viendo cómo éste pasa más lento). En cualquier caso, hay una distorsión de este tiempo, acelerando o enlenteciendo.

6. *Valor de la experiencia por sí misma*: lo que significa que es una actividad agradable y beneficiosa por sí misma, sin buscar unos determinados resultados o metas.
7. *Valor de las habilidades o fortalezas personales*: al ser experiencias que ponen en marcha determinadas habilidades personales, si esta actividad supone un reto, nos sentiremos orgullosos de nuestras capacidades.
8. *Metas y feedback*: siendo actividades dirigidas hacia una finalidad concreta y con un *feedback* inmediato.

Chen, Wigand y Nilan (1999) clasifican estos ocho factores en tres dimensiones principales, como son:

- a) Sobre los antecedentes a la experiencia, señalan los factores de percepción y metas claras, el *feedback* inmediato y las habilidades y/o retos concretos.
- b) Sobre las experiencias en sí mismas, citan la conciencia de la acción, la concentración y el control.
- c) Sobre los efectos que produce, hablan de la pérdida de conciencia de uno/a mismo/a, la distorsión del tiempo y la experiencia autotélica.

Los mejores momentos en la vida de una persona son los destinados a superar desafíos y lograr objetivos, es decir, a tener esta experiencia óptima. Por contra, la entropía psicológica serán aquellas actividades en las cuales aplicamos nuestros pensamientos sin orden y concentración, sino con alteración y dispersión, así como centradas en emociones.

El estado de flow es un equilibrio dinámico. Experimentar flow depende del balance entre las capacidades personales y las oportunidades percibidas para la acción. Experimentar ansiedad o aburrimiento presiona a la persona a ajustar su nivel de habilidades y/o desafíos con el fin de salir de ese estado aversivo (Nakamura y Csikszentmihalyi, 2002). Por tanto, deberá existir un equilibrio entre el nivel de desafío que nos supone esta actividad y la/s habilidad/es que ésta requiera. Así, si tenemos un nivel de desafío demasiado alto y sentimos que no contamos con las suficientes habilidades, consideraremos ésta como una actividad estresante. Si sentimos que tenemos mucha habilidad y poco desafío, será una actividad que nos producirá aburrimiento y apatía. Por tanto, para que se dé una experiencia de fluir es necesario que ésta suponga un reto y que nos veamos con suficientes capacidades como para llevarla a término.

Asimismo, este estado de placer derivado de nuestro alto rendimiento —que producirá satisfacción y orgullo— desencadenará en nosotros la ausencia del miedo a equivocarnos (pensamos que todo va a ir bien o que si algo no ocurre así podremos solucionarlo), y todo nuestro organismo se centra en esta tarea, tanto en pensamiento, como en emoción y acción.

Es un estado gratificante a la vez que desafiante, lo cual conlleva buscar la repetición de la actividad que nos lleva a éste. Para favorecer esta sensación, la actividad debería evolucionar y suponer un reto más complejo. *Las actividades particularmente conducentes a elevar positivamente el ánimo son: sociabilidad, comportamiento interpersonal, ejercicio y actividad física* (Watson, 2002).

El estado de flujo produce unos efectos en las personas, como son (Csikszentmihalyi, 1996, 1998):

- a) Sentirse creativo/a (generando respuestas nuevas, otras posibilidades, es decir, creando).
- b) La ejecución máxima (damos lo mejor de nosotros mismos/as).
- c) El desarrollo de talentos (en tanto que reto y creativo, nos evoca a un proceso de desarrollo y transformación).
- d) La productividad (produce resultados).
- e) La autoestima (mejora nuestra confianza y valoración personal).
- f) El estrés (lo reduce y promueve el bienestar).

Por último, se realiza una analogía del concepto de fluir con el agua; así, *Vacía tu mente, sé amorfo, moldeable, como el agua. Si pones agua en una taza se convierte en la taza. Si pones agua en una botella se convierte en botella. Si la pones en una tetera se convierte en la tetera. El agua puede fluir o puede golpear. Sé agua amigo mío* (Bruce Lee).

La experiencia de fluir se puede experimentar en múltiples circunstancias cotidianas, así como en: las relaciones sociales, el trabajo —aspecto que parece paradójico, pues comúnmente pensamos que trabajamos simplemente para mantenernos y éste puede suponer una gran fuente de flujo—, el ocio (pasivo y activo), las experiencias novedosas y las relaciones amorosas.



Figura 8.2. El fluir como el agua (extraído de <http://somos-agua.blogspot.com.es/2013/12/fluye-como-el-agua.html>).

Se ha intentado relacionar esta experimentación con factores de personalidad, destacando aquella *personalidad autotélica*, la que busca este tipo de experiencias de fluidez.

Por último, se relaciona el concepto de fluir con la creatividad, pues es una de las habilidades que se pondrán en marcha en este tipo de experiencias. Así, el propio M. Csikszentmihalyi (1998) elaboró el *modelo de sistemas para la creatividad* afirmando que ésta se desarrolla en función de la interacción de tres elementos, como son la cultura (con sus reglas simbólicas), la persona (con sus propias reglas) y los expertos (que validan las

innovaciones). Este modelo ofrece una lectura más allá del individuo, es decir, considera que la creatividad deriva de la persona y el entorno de la misma, y señala que *la creatividad no se produce dentro de la cabeza de las personas, sino en la interacción de los pensamientos de una persona y un contexto sociocultural*. Así, la cultura transmite información y mantiene un dominio; el individuo va creando un *background* personal y produce, y la sociedad estimula la novedad y también la selecciona.

La creatividad es aquella habilidad que tenemos de generar ideas, conceptos, asociaciones y soluciones novedosas, es decir, un tipo de procesamiento cognitivo imaginativo, original y constructivo. Ésta se relaciona con inteligencia y memoria, así como con una serie de componentes de la personalidad, como la introversión, la tendencia al aislamiento y la intuición.

La creatividad se puede ver bloqueada por componentes emocionales y cognitivos (por ejemplo, el miedo a hacer el ridículo o a fracasar, racionalizar en exceso o un espíritu no crítico) y perceptivos (una visión limitada o reducida), así como culturales o sociales (normas o reglas que puedan limitarnos).

La creatividad se desarrolla en diferentes fases, como son (Wallas, 1926):

- a) La *preparación*, momento en el cual se focaliza la atención y se explora las dimensiones de situación y problema.
- b) La *incubación*, cuando se integra la información con la que contamos en nuestro hemisferio derecho y se van analizando variables, aunque puede no ser un proceso consciente.
- c) La *intimación*, que surgirá como un presentimiento o sensación de que la solución o idea está cercana.
- d) La *iluminación*, o momento en que surge la idea.
- e) La *verificación*, cuando se valida la idea y se ejecuta.

A. Koestler (1959) considera tres fases: la lógica (exposición de información, datos e ideas), la intuitiva (de creación y construcción, así como de iluminación) y la crítica (de valoración de lo conseguido).

Finalmente, *¿qué significa en este contexto vivir? Obviamente, no se refiere simplemente a la supervivencia biológica, sino que debe significar vivir plenamente, sin desperdiciar el tiempo ni el potencial, expresando nuestra propia singularidad, aunque participando al mismo tiempo y de forma íntima en la complejidad del cosmos (...). ¿En qué consiste una buena vida?* (Csikszentmihalyi, 1998). Ésa es la reflexión y la propuesta a partir del concepto de *fluir*.

Descripción técnica

El *aprender a fluir*, título de uno de los libros de Mihaly Csikszentmihalyi (1998), no es

tarea fácil y no se desarrolla a partir de una técnica concreta. En este punto se presenta una propuesta para promover las experiencias de *fluir*:

- a) *Técnicas de evaluación de experiencias de fluir*, necesarias para determinar una línea base de intereses y/o actividades que hayan producido experiencias de *fluir* en el pasado. Difícilmente podremos suscitar experiencias
- b) *Técnicas ambientales*, que serán aquellas dedicadas a preparar nuestro entorno físico y el temporal, así como el relacional. Es decir, cuidar qué nos rodea antes, durante y después del inicio de este proceso.
- c) *Técnicas de toma de decisiones y solución de problemas*, que son las técnicas cognitivas que ayudan a avanzar en el proceso, tanto de *fluir* como el creativo.
- d) *Técnicas creativas*, así se promociona el surgimiento de nuevas ideas y asociaciones, el de creación y construcción.
- e) *Técnicas intuitivas*, las cuales ayudarán en los diferentes procesos desencadenados.

Según esta propuesta de técnicas, obviamente, la intervención se desarrollará en diferentes fases: una inicial, de preparación, análisis, evaluación y observación; una media, de valoración, creación y construcción, y una final, de experimentación y evaluación. Relacionando técnicas y fases se propone la siguiente secuencia de desarrollo para el fomento de las experiencias de *fluir*:

⇒ *Etapas de evaluación de las experiencias de fluir*: el *fluir* se puede medir mediante diferentes instrumentos, como el *método de muestreo experiencial* (MME) (Csikszentmihaly y Larson, 1987), el *Flow State Scale* (FSS) o la *Escala de Disposición al Flow*. Estos instrumentos concretan diferentes áreas o factores que pueden guiar la intervención posterior. Según Salanova, Martínez, Cifre y Schaufeli (2002), el *fluir* se podría medir a partir de tres factores: la competencia, la absorción y la motivación intrínseca; en este sentido, debemos preguntar:

- ¿Cuáles son las actividades y/o situaciones en las que te has sentido absolutamente competente? ¿Para qué crees que sirven o podrían servir las habilidades que tiene? Define tus entornos competenciales (competencia).
- ¿En qué situaciones pierdes la noción del tiempo? ¿Qué tipo de actividades te piden una máxima concentración? (absorción).
- ¿Qué actividades te motivan o te gusta realizar y te producen gran bienestar? (motivación intrínseca).

También es el momento en que realizar psicoeducación acerca del concepto para que la persona pueda definir perfectamente las experiencias personales cercanas al *flow* que haya podido vivir en el pasado.

- ⇒ *Etapas de preparación del contexto de fluir*: el entorno para promocionar este tipo de experiencias debe prepararse previamente. Físicamente, necesitamos contar con un ambiente inspirador y, sobre todo, alejado de interrupciones. Para ello también se debería contar con un tiempo determinado para poder dedicar a la actividad. Por último, facilitará todo el proceso un mentor o persona que nos oriente, el cual reconocerá los talentos, estimulará nuevas propuestas, facilitará información de la que se carece, y, finalmente, será exigente con nuestro trabajo.
- ⇒ *Etapas de toma de decisiones y solución de problemas*: esto se aplicará en tanto que al ser un proceso complejo, pues debe suponer un reto para nosotros/as, seguramente nos veremos abocados a tomar decisiones y solucionar problemas, para lo cual se pueden aplicar las *técnicas de solución de problemas*. No obstante, a modo de recordatorio, ambos procesos incluirán: definir la situación o problema, analizar los diferentes puntos de vista u opciones, evaluar los pros y contras de cada una de las posibilidades, escoger una y ejecutarla y, por último, hacer balance de esta ejecución.
- ⇒ *Etapas de creatividad e intuición*: para potenciar la creatividad existen muchísimas propuestas, aquí se citarán dos muy concretas. En primer lugar, el *brainstorming*, que parte de poder sacar todas las ideas que tengamos alrededor de un concepto sin juicio alguno para, después, ir evaluando estas propuestas una por una. La base de esta técnica es la libertad de expresión. La *técnica de Walt Disney*, desarrollada por el creador de la compañía, que consiste en observar una idea a partir de tres puntos de vista, el soñador, el crítico y el realista.

La intuición es la expresión de nuestras capacidades psíquicas orientadas en una determinada dirección. Si contamos con nuestra inmensa capacidad cerebral, hay buena parte de ésta que no se está utilizando, y por ello, un cúmulo de habilidades e información de la que no tenemos conciencia. El proceso intuitivo no deja de ser un proceso de conectar y/o encontrar información del que tenemos una conciencia parcial. Es como el fenómeno de quedarnos en blanco o tener algo en la punta de la lengua que no podamos expresar y al cabo de unas horas aparece. ¿Qué pasa durante ese tiempo en nuestro cerebro? Probablemente, éste se dedica a revisar información hasta que localiza la adecuada.

- ⇒ *Etapas de evaluación final*: en ésta se medirá si se ha conseguido ese estado de fluir, pudiendo responder a preguntas tales como: *¿te sentías completamente absorto en la actividad?*, *¿sentías tu energía puesta en esta actividad?*, *¿te sentías completo/a mientras la realizabas?*, *¿has perdido la noción del tiempo o sentido que éste se acelera o enlentece?*, *¿sentías el máximo control sobre ti mismo/a y tus habilidades?*, *¿te has sentido bien?* Estas preguntas suponen una guía, aunque hay que destacar que las personas, al experimentar estas experiencias óptimas, las reconocemos con cierta facilidad. En este punto se puede proponer poder reflexionar acerca de posibles actividades para el futuro ligadas a la realizada.
-

EJERCICIOS

Las actividades que se proponen para promocionar la experiencia de fluir son (Csikszentmihalyi, 1998):

- ⇒ *Compartir nuestra experiencia con los demás*, de alguna manera ayuda a potenciarla. No se trata de regocijarse, sino de encontrar ese momento para poder explicar nuestros avances o logros.
- ⇒ *Recordar la experiencia*, lo que se denomina momento *hole pass* o de fotografía mental. Se trata de centrar esa imagen y definirla con detalles, lo cual ayudará a que se nos quede en la memoria.
- ⇒ *Elogio de uno/a mismo/a*, en la línea de saber cuáles son nuestras habilidades y promocionar aquellas que nos puedan favorecer en la experiencia, tal como se señalaba en las técnicas de *coaching*.
- ⇒ *Definir y evaluar los objetivos y los logros*, es decir, hacer una lista con los objetivos que debemos marcar para llegar a una determinada meta y, posteriormente, ir evaluando cómo se van consiguiendo los mismos.
- ⇒ *Agudizar nuestros sentidos*, por ejemplo, tal como señalaba la PNL de poner en marcha diferentes modalidades sensoriales, enriqueciendo así la propia experiencia.
- ⇒ *Promocionar y probar diferentes actividades*, como, por ejemplo, las físicas (bailar, caminar, etc.), las de los sentidos (artísticas, musicales, etc.) y las intelectuales (leer, estudiar, etc.). Aunque haya personas que tiendan a centrarse en un tipo de actividad, es positivo —para el bienestar físico y mental— encontrar de entre éstas varias diferentes.
- ⇒ *Hacer caso a la intuición*, y para lograr sentirla podemos realizar los siguientes pasos (De la Rosa, 2013):

- Crear una imagen mental que te recuerde aquello sobre lo que quieres indagar en tu interior. Ese pensamiento no producirá una respuesta inmediata, pero iniciará el camino hacia lo requerido (*proceso activador*).
- Mantener una actitud reflexiva y seleccionar una pregunta, momento en el cual intentamos cultivar el pensamiento de orientar la mente.
- Mantener la motivación sobre que encontraremos la respuesta y el esfuerzo.
- Cambiar las formas de expresión y de acercarse a esta pregunta, por ejemplo, de lo visual a lo auditivo.
- Hablar con uno/a mismo/a, o simplemente dejar que las ideas surjan y vuelen, lo que requerirá un momento relajado y propicio.
- Repetir expresiones como «quiero ser consciente de...» o «tengo la intención de conseguir...».

Csikszentmihalyi (2009) señala que prácticas como la meditación a conciencia, el yoga y las artes marciales favorecen ese estado de fluir, así como (Csikszentmihalyi, 2003):

- ⇒ *Concentrarse o enfocarse intencionadamente en la tarea que se va a realizar*, pues la atención elevada es la esencia de este proceso. Por ello, se podría plantear el uso de las técnicas atencionales; concretamente, este punto se trabaja desde el *mindfulness*.
- ⇒ *Relajarse y disminuir el estrés* para entrar en esta actividad de forma óptima, considerando además que ésta va a disminuir nuestra excitación cortical centrándose en un punto determinado.
- ⇒ *Plantear desafíos creativos*, tareas para las que tenemos habilidades, con las que nos comprometeremos y nos supongan un reto. En el fondo de nosotros/as mismos/as sabemos a qué debemos dedicar nuestra vida, cuál es este tipo de actividades.

Hasta cierto punto, las experiencias de «estado de flujo» tienden a suceder en actividades que para el principiante parecen como obsesiones. No se comprende por qué te puedes dedicar toda una vida a mirar por el microscopio y estudiar las células, o por qué te puede gustar correr cada día un poquito más rápido que otro. Se puede pensar que es una tontería, pero los que lo hacen saben que les gusta, que están en control de sus vidas y que obtienen beneficios de aquello que hacen y en lo que invierten. Esto les hace de lo más felices (Csikszentmihalyi, 2008). Por tanto, hay que buscar nuestras experiencias de fluir..., pues es la tarea más importante de nuestras vidas.

Ámbitos de aplicación

En el ámbito clínico se considera que el concepto *flow* se puede aplicar como *un medio para crear y diseñar técnicas de intervención a la medida del trastorno de la persona, logrando mayor bienestar y eficacia en el tratamiento. Es así cómo, en la depresión, disforia y rumiación se pueden ver favorecidos los pacientes, al entender los entornos y percepciones que les generan flow y así disminuir los síntomas de dichos trastornos. Estas investigaciones también recomiendan desarrollar nuevos estudios aplicados con el fin de confirmar, y en algunos casos encontrar, si es posible la generalización de eventos que provean al individuo de experiencias óptimas de acuerdo con su trastorno (Camacho, Arias, Castiblanco y Riveros, 2011). Así, la intervención para promover experiencias de fluir se podrá aplicar con aquellas personas que se sientan poco motivadas, apáticas e incluso perdidas, sin rumbo fijo.*

Para ampliar la información

- Alonso Monreal, C. (2000). *Qué es la creatividad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Camacho, C., Arias, D. M., Castiblanco, A. y Riveros, M. (2011). Revisión teórica conceptual de flow: medición y áreas de aplicación. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, vol. 11, núm. 1, 48-63.
- Chen, H., Wigand, R. T. y Nilan, M. S. (1999). Optimal Experience Of Web Activities. *Computers In Human Behavior*, 15, 585-608.
- Corbalán, F. J. et al. (2003). *CREA Inteligencia Creativa. Una medida cognitiva de la creatividad*. Madrid: TEA Ediciones. Premio I+D.
- Csikszentmihalyi, M. (1988a). Society, culture and person: a systems view of creativity. En R. J. Sternberg (ed.), *The nature of creativity: contemporary psychological perspectives*. Cambridge University Press.
- Csikszentmihalyi, M. (1996). *Fluir (flow). Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairós.
- Csikszentmihalyi, M. (1998). *Aprender a fluir*. Barcelona: Kairós.
- Csikszentmihalyi, M. (1998). *Creatividad, el fluir y la psicología del descubrimiento y la invención*. Barcelona: Paidós.
- Csikszentmihalyi, M. (1998). *Experiencia óptima. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Csikszentmihalyi, M. (1999). Implications of a systems perspective for the study of creativity. En R. J. Sternberg (ed.), *Handbook of creativity*. Cambridge University Press.
- De la Rosa, R. (2013). *El uso práctico de la intuición*. Barcelona: Ed. I.
- Koestler, A. (1959). *Las raíces del azar*. Londres: University of London.
- Marina, J. A. (1993). *Teoría de la inteligencia creadora*. Madrid: Anagrama.
- Maslow, A. (1964). *Religions, Values, and Peak Experiences*. Ohio: Ohio State University Press.
- Nakamura, J. y Csikszentmihalyi, M. (2002). The concept of flow. En C. R. Snyder y S. J. López (eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 89-105). Nueva York: Oxford University Press.
- Pascale, P. (2005). ¿Dónde está la creatividad? Una aproximación al modelo de sistemas de Mihaly Csikszentmihalyi. *Arte, individuo y sociedad*, 17, 61-84.
- Salanova, M., Martínez, I., Cifre, E. y Schaufeli, W. (2002). *Flow At Work: A Confirmatory Factor Analysis*. 25th International Conference On Applied Psychology. 7-12 de julio, Singapur.
- Wallas, G. (1926). *The Art of Thought*. Nueva York: Harcourt-Brace.
- Watson, D. (2002). Positive Affectivity. The Disposition to Experience Plesurable Emotional States. En C. R. Snyder y S. López (eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 106-117). Nueva York: Oxford University Press.

OPTIMISMO

Las personas pueden dividirse en dos grupos: las que llevan escrito un «sí» y las que llevan un «no» grabado en su interior.

MARTIN SELIGMAN

Candide, ou l'optimisme fue la respuesta de Voltaire a W. Leibniz, que afirmaba que *el mundo en el que vivimos es el mejor de los mundos posibles*.

Definición

El optimismo es una característica disposicional (OD) que mide entre los acontecimientos externos y la interpretación personal de los mismos (Vera, 2006). El optimismo es una manera de interpretar la realidad, es decir, un proceso cognitivo de construcción de significados sobre la base de una conceptualización positiva.

Objetivos

El objetivo principal de estas técnicas es fomentar una actitud mental positiva que nos acompañe en buenos y malos momentos. Así, específicamente, esto nos será útil para modificar nuestro estilo explicativo; encontrar una nueva explicación y percepción de la realidad; mejorar nuestras emociones positivas, nuestras expectativas de futuro, y esperanza hacia el mismo.

Las premisas

En el mundo existen dos tipos de personas, los del sí y los del no. Estas palabras son una reflexión que ofrece M. Seligman (2011) para hablarnos de optimismo. El optimismo es una manera de procesar la información e interpretarla, situándonos en una posición determinada frente a la vida. Va más allá de ser un proceso simple y nos condicionará en emociones, conductas e incluso motivación.

El constructo de optimismo

El constructo de optimismo proviene de la sabiduría popular, y gira sobre las expectativas positivas de las personas acerca del futuro (Carver y Scheier, 2001). De hecho, la consulta de bibliografía acerca del optimismo nos remite a definiciones literarias y consideraciones poco profundas sobre el mismo.

¿Qué significa optimismo? La palabra proviene del latín *optimum*, que significa *lo mejor*. En su sentido literal, sería la búsqueda de lo mejor o el sentimiento de tener lo mejor. Al ser un término tan extendido, hay definiciones y mitos.

Ser optimista quiere decir apreciar, valorar, estimular, honrar; reconocer lo mejor de una persona, situación o experiencia y, en general, del mundo que nos rodea; aumentar el valor; prestar atención y afirmar las fuerzas, éxitos y potenciales presentes y pasados de esas personas, situaciones o experiencias; identificar y prestar atención a las cosas que dan la vida —salud, vitalidad, excelencia— a los sistemas vivos; tener esperanza; tomar la determinación de hacer planes con la intención de alcanzar objetivos, y ejercer el control intencionado y confiado sobre la vida (Marujo y cols., 2003).

Ser optimista implica crear ilusiones, aunque éstas se utilizan de forma más saludable (Taylor, 1991).

Ser optimista es tener la *tenacidad para buscar el objetivo, pese a obstáculos y reveses* (Goleman, 1995).

De estas tres definiciones ejemplificadoras vemos que el optimismo es un constructo amplio que implica valoración, reconocimiento, percepción, determinación, ilusión y tenacidad, entre otras características.

Existen varios mitos que rodean el término y hacen puntualizar qué no entraría en una definición de optimismo. Así, los mitos que rodean al optimismo son:

- ⇒ El optimismo no es *sinónimo de vivir en una fantasía o irrealidad* (Avia y Vázquez, 1998). Se dice que las personas optimistas maquillan la realidad de tal manera que no la ven tal como es, pero si nos basamos en el constructivismo, todos construimos nuestra propia realidad, optimistas y no optimistas. Ser optimista no significa que no se pueda ser consciente de situaciones adversas o negativas.
- ⇒ *El optimismo, en ocasiones, se identifica con negar la realidad y ver el mundo de rosa, pero no tiene por qué ser así. Además, en el peor de los casos, es más adaptativa la ilusión positiva que el realismo depresivo. En este punto se puede abogar por un optimismo inteligente* (Vázquez y Avia, 1998). Maquillar la realidad si no algo peor como es negarla, ni verla. El optimista lleva unas gafas negras con vidrios opacos que le impiden ver lo que ocurre a su alrededor...
- ⇒ El optimismo no *significa que se sea así bajo cualquier circunstancia, sino que estas creencias son limitadas (se utilizan donde se puede), estratégicas y responsivas* (Aspinwall y cols., 2000). Hay momentos para el optimismo y otros para sentir depresión, desesperanza y negativismo. No es una estrategia general y de uso bajo cualquier circunstancia, sino que se adaptará a lo que estemos viviendo.
- ⇒ *El optimismo no es algo de simples, no es una ofensa a los que se enfrentan a la dureza de la vida, no es propio de la gente a la que todo le va bien, no depende sólo de los genes, no hay que esforzarse mucho para serlo y en algunas ocasiones, incluso mejor ser pesimista, y como todos los seres humanos, el optimista sufre y se entristece*

(Avia, 2009). Se tacha al optimista de inocente e inmaduro, entre otros adjetivos.

Teorías psicológicas sobre el optimismo

Existen dos teorías psicológicas principales que tratan de ofrecer mayor comprensión al fenómeno optimista:

- a) *Teoría de los estilos explicativos optimista-pesimista* (Seligman, 1991, 2001): hace referencia a las formulaciones que nos realizamos sobre nuestra realidad (lo que nos ocurre, las actividades que realizamos, las relaciones que mantenemos, etc.). Es un matiz que condicionará nuestra percepción, así como nuestros pensamientos, emociones, motivaciones, conductas y formas de comunicarnos. Se considera que se aprenden en la infancia y se desarrollan de forma bastante estable a lo largo de la vida. A estas diferentes formulaciones se les denomina estilo explicativo optimista y estilo explicativo pesimista, las descripciones de los cuales se recogerán en un apartado a continuación.
- b) *Teoría del optimismo disposicional* (Carver y Scheier, 1985, 1987, 1993): el optimismo se relaciona con las expectativas acerca del futuro y las generales, siendo ésta una variable de la personalidad. Recoge expectativas y resultados anticipados, lo que determinará los objetivos, el proceso y los resultados de aquello que anticipamos.

De ambas se deriva que es un constructo con una línea base estable a lo largo de la vida y con múltiples implicaciones.

Características del estilo explicativo optimista y pesimista

Cierto es que las personas optimistas y pesimistas tienen formas muy distintas de ver e interpretar las cosas.

Las personas que son optimistas mantienen la idea de que en la vida pasan cosas positivas, y cuando les ocurren cosas negativas se centran en buscar una solución.

Las personas pesimistas tienen la creencia de que la vida es un lugar inseguro y negativo, y cuando pasan por circunstancias adversas centran su pensamiento en la emoción o en huir del problema.

En la tabla 8.1, a continuación, se recoge cómo en ambos estilos se elaboran las causas de las situaciones que vivimos (personalización), lo que duran estas percepciones (permanencia) e, igualmente, cuánto tiempo persiste esta explicación o percepción (persistencia).

De ella se desprende que un optimista frente a un suceso positivo interpreta la realidad como algo que tiene una causa interna (lo ha provocado gracias a sus recursos), se mantendrá de forma permanente y se generaliza a otras experiencias y conductas. Por el contrario, frente a un suceso negativo interpreta que existen condicionantes externos, que se mantendrá durante

un tiempo limitado e inestable (lo malo pasará) y señala sólo una parte específica de la vida de la persona. Así, la persona optimista se queda con el vaso lleno frente a lo positivo y con el vaso sólo medio vacío en las situaciones negativas (y lo volverá a llenar).

TABLA 8.1
Estilos explicativos del optimista y el pesimista (Vera, 2006)

ESTILO EXPLICATIVO	OPTIMISTA (EEP)		PESIMISTA (EEP)	
Personalización (causa)	Interna	Externa	Externa	Interna
Permanencia	Permanente	Inestable	Temporal	Permanente
Persistencia	Global	Específico	Específico	Global
	Suceso +	Suceso -	Suceso +	Suceso -

El pesimista interpreta el suceso negativo como dependiente de sí mismo (de ahí que pueda aparecer la culpa), como algo que es permanente y generalizable, y el suceso positivo como externo (depende de circunstancias que se escapan de su control), temporal (durará poco) y específico (sólo afecta puntualmente y en un área). Por tanto, frente a situaciones positivas ve el vaso medio vacío, a punto de vaciarse, y en situaciones adversas, absolutamente vacío y difícilmente rellenable.

En este sentido queda claro que optimistas y pesimistas tienen características diferenciales destacables. A continuación se expone un listado de características, recogido de una propuesta evaluativa, para facilitar su comprensión y diferenciación (Marujo, Nieto y Perloiro, 2003).

Éstas son algunas de las posibles diferencias de ambos estilos explicativos en diferentes áreas.

Las ventajas del optimismo

El optimismo es ventajoso en los siguientes puntos (Seligman, 1990; Kluemper, Little y DeGroot, 2009):

LA PERSONA OPTIMISTA SE CARACTERIZA POR...	LA PERSONA PESIMISTA SE CARACTERIZA POR...
Ser una persona sociable.	Tendencia al aislamiento.
Tener una actitud confiada y positiva, sintiendo que es capaz de hacer las cosas.	Duda de sus capacidades.
Considera que controla los aspectos de su vida profesional y personal.	Le parece que lo que le ocurre está determinado por los demás, el azar, la suerte o el destino (los cuales no se pueden controlar).
Persevera ante la adversidad.	Desiste fácilmente ante la adversidad.
Tiene elevados niveles de responsabilidad.	Tiene dificultad para distinguir su responsabilidad en las situaciones, casi siempre considerando que tiene la culpa.

Tiene sueños respecto a su futuro.
Emprende acciones que le permiten alcanzar sus objetivos y sueños.
Su autoestima es elevada.
Tiende a ser saludable.
Cuando está enferma, se recupera más deprisa.
Acepta y se adapta, redefiniendo y asimilando lo que no puede cambiar.
Piensa que va a evolucionar y que tiene un gran potencial de desarrollo y de cambio.
Se imagina que va a tener éxito.
En general, piensa que las cosas le van a ir bien.
Ante un problema, trata de resolverlo.

Manifiesta pasividad y dificultad para visualizarse en el futuro.
Muestra indecisión y dudas continuas.
Su autoestima es baja.
Es enfermiza y tarda más en recuperarse de sus dolencias.
Es conformista y resignada.
Piensa que va a fracasar y tiene gran flojedad y falta de acción.
Mantiene creencias irracionales de que va a fracasar siempre.
Es fatalista y suele pensar que lo peor va a ocurrir.
Ante un problema, se dedica durante tiempo indefinido a rumiar sobre el asunto.

Figura 8.3. Características de estilo disposicional optimista y pesimista (Marujo, Nieto y Perloiro, 2003).

- ⇒ Se mantiene un mejor humor, mayor perseverancia, éxito y salud.
- ⇒ Mayor autoeficacia, así como fortaleza tras experimentar adversidades.
- ⇒ Aumento de experimentación de emociones positivas.
- ⇒ Una resolución de problemas más eficaz.

Estos cuatro puntos son de los que se van comprobando científicamente día a día y estudio tras estudio.

Descripción técnica

Siempre se ha estudiado el optimismo como un rasgo; sin embargo, se ha demostrado empíricamente que las personas pueden ser entrenadas para el optimismo (...) Yo no nací optimista, tuve que aprender, e incluso inventar, técnicas que me ayudasen a superar los obstáculos (Seligman, 1998, 1990). Es una predisposición, incluso hay un componente genético que lo determina, pero es entrenable. No es tarea fácil y se puede aprender.

La técnica básica para modificar el estilo explicativo es la terapia cognitiva, la cual nos ayuda a resituar el procesamiento de la información. Se utilizará el **modelo de ABC** (Ellis, 1962), que considera que frente a las adversidades (A), se pone en funcionamiento una serie de creencias (B) que desencadenarán una serie de consecuencias (C). Se trata de exponer este modelo, comprender el A-B-C y propiciar que la persona realice una observación sobre cómo se desarrollan éstos en sí mismos para pasar al debate de creencias.

Otras técnicas que se señalan para fomentar el optimismo (y otros conceptos afines) son (Carr, 2007; Wilde, 2001; Snyder, 2000; Taylor, 1989 y Seligman, 1988):

- ⇒ *Ilusiones positivas, esperanza y expectativas positivas*: las expectativas que

realizamos acerca de lo que ocurrirá generarán emociones positivas. La idea de un futuro mejor, de conseguir objetivos, de esperanza y fe. Los autores proponen las siguientes tareas:

- *Pensar en experiencias pasadas positivas*: tal como se señalaba en el *savoring*, se trata de traer el presente experiencias y logros positivos del pasado y recordar con los máximos detalles posibles.
- *Objetivos claros y planificación*: si deseamos lograr algo en el futuro, tal como se planteaba desde el *coaching* tipológico, se necesita no sólo la idea sino la planificación y ejecución consiguientes. En este sentido, es esencial marcar los objetivos que llevarán hacia ese futuro mejor, los pasos a realizar y, luego, sobrepasar esa zona de pánico que nos bloquea para conseguir nuestros sueños.
- *Incentivos para valorar presente y futuro*: los refuerzos sirven para ayudarnos con la motivación que suponen los procesos largos. Se trata de que tras un objetivo conseguido seamos capaces de ofrecernos una recompensa.
- *Marginal las áreas en las que nos sintamos poco competentes*: siguiendo la idea de que nadie es perfecto, en aquellas áreas en las que no nos sintamos competentes, nos hagan sentir frustrados/as y no supongan un reto de superación personal, no hace falta focalizar la atención. Siempre habrá varias áreas en las que no destaquemos y nos son altamente dificultosas.

⇒ *Optimismo*: señalan los autores que más allá del análisis ABC se pueden utilizar las técnicas de distracción y distanciamiento, así como el cuestionamiento y la búsqueda a la alternativa pesimista.

Por tanto, para fomentar ese optimismo que se ha mostrado entrenable debemos utilizar técnicas cognitivas y de cambio de pensamiento.

EJERCICIOS

Los ejercicios para trabajar el optimismo, sobre la base de las terapias cognitivas, son (Labrador, 2008):

⇒ *Discusión de creencias*: se realizará un debate filosófico y empírico acerca de aquellos pensamientos pesimistas que nos bloqueen. El *debate filosófico* se basa en tratar de poner en evidencia la falta de lógica de los razonamientos planteados, por ejemplo, tantear la información de la que se dispone o el lenguaje que se utiliza. El *debate empírico* es el designado a comprobar la realidad de las creencias, contrastándolas con la realidad, así como de las ventajas y desventajas del mismo. Debatar, discutir, cuestionar, preguntarse, observar otras opciones del pensamiento,

de eso se trata de forma estructurada.

- ⇒ *Pruebas de evidencia*: frente a ciertas creencias, podemos poner a prueba si éstas son ciertas o no mediante experimentos.
- ⇒ *Descatastrofización*: cuando una creencia negativa es correcta, pensar en las peores consecuencias puede llevar a aliviar tensión (cuando las consecuencias no son para tanto), o a buscar alternativas (cuando éstas sí son demasiado negativas).
- ⇒ *Pensar cosas en positivo*: este proceso de pensar las cosas en positivo se inicia practicando visualizaciones o afirmaciones positivas que, además, ayudan a motivarnos. Además, tal como se señalaba, recordar experiencias positivas en la línea planteada por el *savoring*; utilizar un lenguaje positivo (para lo que se puede crear un vocabulario positivo) y rodearse de personas optimistas, ayudan en el entrenamiento del optimismo.

El optimismo supone un esfuerzo cognitivo, es decir, un ejercicio que debemos realizar con el objetivo de integrar este tipo de procesamiento en nuestro día a día.

Ámbitos de aplicación

Se puede aplicar el entrenamiento del optimismo a todas aquellas personas que requieran una manera de pensar diferente y, por tanto, un estilo explicativo pesimista o una forma de pensar desadaptativa.

Para ampliar la información

- Aspinwall, L. G., Richter, L. y Hoffman, R. R. (2000). Understanding how optimism work: an examination of optimists adaptative moderation of belief and behavior. En E. D. Chang (ed.), *Optimism and pessimism. Implications for theory, research and practice* (pp. 217-238).
- Avia, M. D. (2009). Nueva mirada al optimismo inteligente. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 66 (23, 3), 73-84.
- Avia, M. D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva*. Madrid: Paidós.
- Carver, C. S. y Scheier, M. F. (1981). *Attention and self-regulation: A control therapy approach to human behavior*. Nueva York: Springer Press.
- Carver, C. S. y Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Carver, C. y Scheier, M. (2001). Optimism, pessimism, and self-regulation. En E. Chang (ed.), *Optimism and pessimism. Implications for theory, research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Chang, E. C. (2001). *Optimism and Pessimism: Implications for Theory, Research, and Practice*. Nueva York: American Psychology Association.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York: Lyle Stuart.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Kluemper, D. H., Little, L. M. y DeGroot, T. (2009). State or trait: effects of state optimism on job-related outcomes. *Journal of Organizational Behavior*, 30(2), 209-231, febrero.
- Labrador, F. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Marujo, H. A., Nieto, L. M. y Perlorio, M. F. (2003). *Pedagogía del optimismo. Guía para lograr ambientes positivos y estimulantes*. Madrid: Narcea.
- Peterson, C. y de Ávila, M. E. (1995). Optimistic explanatory style and the perception of health problems. *Journal of Clinical Psychology*, 51(1), 128-132.
- Rojas, L. (2007). *La fuerza del optimismo*. Madrid: Aguilar.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1985). Optimism, coping and Health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of personality*, 55, 169-210.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1989). Dispositional Optimism and recovery from Coronary Artery Bypass Surgery: The beneficial effects on Physical and Psychological Well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, 2, 26-30.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. y Bridges, M. W. (1994). Distinguishing Optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.
- Seligman, M. (1991). *Aprenda optimismo: haga de la vida una experiencia maravillosa*. Grijalbo, 1998.
- Seligman, M. (2001). *La auténtica felicidad*. Madrid: Zeta Bolsillo.
- Seligman, M. (2005). *Niños optimistas: cómo crear las bases para una existencia feliz*. Editorial Debolsillo.
- Seligman, M. (2011). *La vida que florece*. Madrid: Ediciones B.
- Sharot, T., Korn, C. W. y Dolan, R. J. (2011). How unrealistic optimism is maintained in the face of reality. *Nature Neuroscience*, 14, 1475-1479.
- Sharot, T., Riccardi, A. M., Raio, C. M. y Phelps, E. A. (2007). Neural mechanisms mediating optimism bias. *Nature*, 450, 102-106.
- Taylor, S. E. (1991). *Seamos optimistas. Ilusiones positivas*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Vaughan, S. C. (2004). *La psicología del optimismo: el vaso medio lleno medio vacío*. Barcelona: Paidós.

Vera, B. (2006). *Psicología positiva. Una nueva forma de entender la psicología*. Madrid: Calamar Ediciones.

RESILIENCIA

Una experiencia traumática siempre es positiva, pero lo que suceda a partir de ella depende de cada persona. En las manos del hombre está escoger su opción, que puede ser convertir la experiencia negativa en victoria, la vida en un triunfo interno, o bien puede ignorarse el desafío y limitarse a vegetar y a caer.

VIKTOR FRANKL (1946)

La resiliencia es el arte de navegar en los torrentes, el arte de metamorfosear el dolor para darle sentido; la capacidad de ser feliz incluso cuando tienes heridas en el alma.

BORIS CYRULNIK

Definición

La resiliencia es *la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a parte de los acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves* (Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik, 2001). La resiliencia hace referencia a las habilidades y respuestas positivas y/o adaptativas que ponemos en marcha frente a la adversidad.

Objetivos

El objetivo principal de la intervención con la resiliencia será el de proveer a la persona de estrategias para hacer frente a cambios o infortunios de la vida. Los objetivos específicos, más allá de esas estrategias de afrontamiento, serían los de encontrar nuevas maneras de explicar nuestra realidad; generar proyecciones de futuro y esperanza; fomentar el autoconocimiento, la autoconfianza y la autovaloración; propiciar extraer un aprendizaje de ello y mejorar nuestras relaciones interpersonales y redes de apoyo social.

Las premisas

El término resiliencia proviene del latín *resilium* o *resilio*, que significa «volver atrás», «volver de un salto» o «volver al estado inicial». Se definió inicialmente como *la cualidad de elasticidad y plasticidad de una sustancia* (Greene y Conrad, 2002).

¿Resiliencia hace referencia a una habilidad, un rasgo de personalidad o una respuesta específica? Conceptualizar la resiliencia es un proceso difícil en tanto que, tal como señalan algunos autores (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000): *existe ambigüedad y variaciones en las definiciones y en el uso de la terminología; se dan variaciones en el funcionamiento psicológico entre áreas y entre situaciones de riesgo en niños resilientes; inestabilidad en el fenómeno de resiliencia y controversia de carácter teórico que pone en duda la utilidad*

científica del concepto de resiliencia. Además, no sólo es difícil definir, también de encontrar consenso entre las múltiples definiciones que existen.

Definición de resiliencia

Garmezy (1991) la define como *la capacidad de recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante.* De esta definición se desprende que la resiliencia es una habilidad o competencia asociada a conductas adaptativas bajo cualquier circunstancia que nos pueda suceder.

La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, es decir, la capacidad de proteger la propia integridad, bajo presión, y, por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a las circunstancias difíciles (Vanistendael, 1994). Este autor la conceptualiza como una capacidad que incluye tres aspectos: resistencia, protección y fortalecimiento.

Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive ser transformados por ellas (Grotberg, 1995). Por tanto, añade a las anteriores la capacidad de transformación.

La resiliencia es un proceso dinámico que tiene por resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad (Luthar, 2000), la cual remite a una habilidad, es decir, algo que sucede en función de las circunstancias.

La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida «sana» en un medio insano. Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente social y cultural (Rutter, 1992). Se correlaciona en esta definición el proceso, con el tiempo y la generación de unos determinados atributos.

La resiliencia es el resultado del enfrentamiento efectivo ante eventos y circunstancias de la vida severamente estresantes y acumulativos (Lösel, Blieneser y Köferl, 1989). En esta última definición se habla de resiliencia como un resultado.

Por tanto, de las definiciones se desprende la dificultad de conceptualización de la resiliencia, pues en ocasiones se entiende como una habilidad, otras como un proceso y, finalmente, tal cual resultado.

Investigación de la resiliencia

La investigación de la resiliencia surgió como resultado de los estudios de los factores de riesgo (Greene y Conrad, 2007). Múltiples ámbitos y ejemplos componen la investigación de la resiliencia. Se habla de tres etapas marcadas por las definiciones anteriores, como son (Greene y Conrad, 2007):

- a) El estudio de las cualidades de la resiliencia, generando listados de habilidades que

conjugan en las personas resilientes (habilidades).

- b) La investigación sobre el proceso y la teoría de la resiliencialidad (proceso).
- c) Las fuerzas motivacionales y la resiliencia innata (proceso).

Son tres líneas de investigación que resultan interesantes para un concepto de tantas definiciones que ayudan a iluminar aspectos positivos del ser humano.

Las cualidades o habilidades de las personas resilientes

Wolin y Wolin (1992, 1999) plantean que la resiliencia se puede manifestar a partir de diferentes habilidades o rasgos, lo que denominaron las características pilares de las personas resilientes, siendo éstas siete. Definieron un modelo que llamaron el modelo del desafío, mediante el que afirman que las circunstancias negativas no actúan de forma idéntica para todas las personas, sino que hay algunas de éstas que actúan como si tuvieran un escudo protector y entienden la circunstancia como un desafío. Los siete pilares que distinguen a las personas que la entienden adversidad como reto son:

- a) *La introspección*, como aquella capacidad de observación y análisis de uno/a mismo/a, así como la de preguntarse y responderse de forma honesta a uno/a mismo/a.
- b) *La interdependencia*, es decir, la capacidad de fijarse límites y contenerse emocionalmente sin caer en el aislamiento.
- c) *La capacidad de relacionarse* y establecer lazos con otras personas.
- d) *La iniciativa o tendencia a exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes*, señalan estos autores, lo cual constituye un locus de control interno, asumiendo la responsabilidad propia frente a los hechos.
- e) *El humor y la creatividad*, como variables que ayudan en el manejo del dolor.
- f) *La ética*, definiendo ésta como la conciencia moral y de valores.

Otros factores que definen a las personas resilientes se disponen según si son aspectos *que tenemos, que somos, que estamos o que podemos* (Grotberg, 2001).

YO TENGO

Lo que tenemos son aspectos que nos facilitan la integración de este tipo de situaciones, como son las personas en quienes confiamos y que nos quieren incondicionalmente, las que nos ponen límites para que aprendamos acerca de peligros o problemas, las que nos muestran por medio de su conducta la forma correcta de proceder, las que quieren que aprendamos a desenvolvernos solos y las que nos ayudan cuando estamos enfermos o en peligro o cuando necesitamos aprender. De esta consideración se desprende que la resiliencia estará relacionada con nuestra red de apoyo social, con aquellas personas que nos acompañan en

estos momentos difíciles de nuestras vidas.

YO SOY

Lo que somos lo componen los aspectos que hacen que seamos personas por las que otros sienten aprecio y cariño, que sienten felicidad cuando hacen algo por los demás y con capacidad de amor y respeto hacia uno/a mismo/a y los demás. Afectividad, felicidad, respeto y altruismo serían las variables personales a desarrollar en la resiliencia.

YO ESTOY

Lo que estamos dispuestos a responsabilizarnos y a pensar que las cosas saldrán bien, por tanto, responsabilidad y confianza se añadirían a las anteriores como variables personales.

YO PUEDO

Lo que puedo estaría conformado por la capacidad de hablar de las cosas negativas, de buscar fórmulas para resolver problemas, de control sobre riesgos o situaciones poco adaptativas, de buscar el momento para hablar y actuar y de encontrar ayuda. En este sentido habla el autor de recursos específicos para iniciarse en la resiliencialidad.

Desde *modelos ecológicos* se incluyen variables inter e intrapersonales, como serían (Ungar, 2003):

- ⇒ *Características propias de los/as niños/as resilientes:* aptitudes físicas e intelectuales, autoeficacia, introspección con una autoimagen positiva, buena autoestima, metas y aspiraciones, sentido del humor y creatividad, perseverancia, empatía, expresividad, iniciativa, autonomía y moralidad.
- ⇒ *Características interpersonales:* relaciones significativas con otras personas, mantenimiento de la red social, capacidad de saber restablecer la autoestima cuando ésta se ve amenazada por otras personas, asertividad y atención positiva a otros/as.
- ⇒ *Características familiares:* calidad en la crianza y educación, expresividad emocional, flexibilidad, bajo nivel de conflictividad familiar, recursos económicos insuficientes y colaboración.
- ⇒ *Características del ambiente y socioculturales:* ambientes seguros, acceso a recursos comunitarios, educativos y de ocio, percepción del apoyo y la integración social y afiliación a organizaciones religiosas.

Por último, a título de resumen, diríamos que las personas resilientes han sido definidas con las características indicadas en la figura 8.4 (Fernández-Abascal y cols., 2009).

Conocer rasgos que están presentes en las personas que muestran resiliencia es un puente para generar estrategias de intervención fomentando las mismas.

El proceso de resiliencia

La pregunta a la que responder en este apartado sería *¿cómo se adquiere la resiliencia o se llega a desarrollar la misma?* Se hablaría en este apartado del proceso resiliente, que describen los autores como *un modelo de etapas* (Richardson y cols., 1990).

- Sentido de la autoestima fuerte y flexible.
- Independencia de pensamiento y de acción.
- Habilidad para dar y recibir en las relaciones con los demás.
- Alto grado de disciplina y de sentido de la responsabilidad.
- Reconocimiento y desarrollo de sus propias capacidades.
- Una mente abierta y receptiva a nuevas ideas
- Una disposición para soñar.
- Gran variedad de intereses.
- Un refinado sentido del humor.
- La percepción de sus propios sentimientos y de los sentimientos de los demás.
- Capacidad para comunicar estos sentimientos de manera adecuada.
- Una gran tolerancia al sufrimiento.
- Capacidad de concentración.
- Las experiencias personales son interpretadas con un sentido de esperanza.
- Capacidad de afrontamiento.
- Apoyo social.
- La existencia de un propósito significativo en la vida.
- La creencia de que uno puede influir en lo que sucede a su alrededor.
- La creencia de que uno puede aprender con sus experiencias, sean éstas positivas o negativas.

Figura 8.4. *Características de las personas resilientes (Fernández-Abascal y cols., 2009).*

Inicialmente, los seres humanos buscamos una homeóstasis biopsicoespiritual, cambios mínimos y estabilidad de estos tres elementos. La vida produce cambios y movimientos de forma ineludible, lo cual genera continuas crisis, desde las propias de la evolución a las sociales (por ejemplo, cambios madurativos o de estatus socioeconómico, respectivamente). Estas crisis crean una necesidad de integración, lo cual supone una elección —que no tiene por qué realizarse ni consciente ni racionalmente—, como serían (Richardson y cols., 1990):

- a) La elección resiliente, la cual supone adquirir comprensión, crecimiento, transformación y fortalecimiento después de la crisis.
- b) La elección homeostática, que supone no reparar demasiado en la crisis e intentar volver a la situación de antes de la misma.
- c) La elección reintegración con pérdida, lo que supone un proceso de duelo y la motivación frente a próximas demandas de la vida.
- d) La elección reintegración disfuncional, que sería la caracterizada por comportamientos poco adaptativos hacia uno/a mismo/a o los demás.

Considerando la resiliencia como proceso, cabe destacar que ésta se debe a factores que

actúan antes y después de la crisis que favorecen el desarrollo de la misma. De hecho, el propio concepto de resiliencia nació de los estudios acerca de factores de riesgo y de protección, así como los dedicados a *la indefensión aprendida* (Seligman, 1975) —que describía aquella forma de actuar cuando veíamos el futuro sin posibilidad ni esperanza y, por tanto, con indefensión (*learned helplessness*)—. En ambos tipos de estudios se localizaron personas que parecían inmunes a las circunstancias, que reaccionaban de forma adaptativa pese a las situaciones adversas en las que se veían envueltas. En este sentido, se definió el concepto de crecimiento postraumático, el cual hace referencia a la posibilidad de aprender y mejorar tras la adversidad. ¿Cómo se sabe si hubo crecimiento postraumático tras la adversidad? Se habla, pues, de tres factores: la mejora de la posición social, un sentimiento global de satisfacción personal, un sentimiento de utilidad y el haberle dado sentido al sufrimiento. Asimismo, señalan que ésta es la elección escogida por la mayoría de las personas que viven una situación adversa, entre el 35% y el 55% de las respuestas que se registraron (Bonanno, 2005).

Así, la resiliencia es un proceso, un devenir, de forma que no es tanto la persona la que es resiliente como su evolución y el proceso de vertebración de su propia historia vital (Cyrulnik, 2001).

La fuerza y la motivación de la resiliencia

Este tercer modelo de investigación conjuga aquellos estudios que hacen referencia a las situaciones adversas como un fenómeno que hace reaccionar y motiva a las personas en busca de un futuro mejor, produciendo cambios a diferentes niveles, como (Calhoun, Tedeschi y Park, 1998):

- ⇒ En uno mismo (de adquisición de autoconfianza, recursos y aprendizaje).
- ⇒ En las relaciones (comprendiendo quiénes son nuestras personas de referencia más allá de los buenos momentos, y también para los malos, así como conociendo mejor cómo funcionan las relaciones).
- ⇒ En nuestra espiritualidad (cambio marcado de valores).
- ⇒ La resiliencia conduce a un proceso que nos produce cambios, que tiene unos resultados determinados y que durante el mismo nos hace activarnos.

Descripción técnica

Una técnica que tenga como objetivo el fomento de la resiliencia es tan compleja de encontrar como de delimitar el concepto. Si consideramos la resiliencia como un rasgo de personalidad, se tratará de fomentar fortalezas personales, así como hacer de los/as niños/as y adolescentes la semilla de éstos. Si la consideramos como proceso, se propondrán medidas

preventivas, anticipatorias, antes de que ocurra el suceso, mientras se desarrolla y *a posteriori*. Si la entendemos como reto que activa energía y motivación, el interés estaría en cómo activar éstas.

La propuesta técnica que se expone a continuación es integradora de estos tres ejes y los autores que las representan.

Ejemplo 1. Intervención transversal: competencias personales

Lo blando es más fuerte que lo duro; el agua es más fuerte que la roca, el amor es más fuerte que la violencia.

HERMAN HESSE

Nadie dijo que vivir fuera fácil (...). El ser humano está dotado de una extraordinaria capacidad de resistir y rehacerse de una experiencia traumática. El ser humano no es vulnerable sino resistente, no débil sino fuerte, y no es una víctima sino un luchador que dispone de instrumentos para manejar los efectos de una experiencia traumática (Vera, 2006).

TABLA8.2
Características y propuestas para el desarrollo de la resiliencia

CAPACIDADES DE PERSONAS RESILIENTES	PROPUESTAS PARA FOMENTARLAS
Sentido de la autoestima fuerte y flexible.	Autoconocimiento. Autovaloración.
Independencia de pensamiento y de acción.	Fomento del pensamiento flexible.
Habilidad para dar y recibir en las relaciones con los demás.	Trabajar la generosidad en las relaciones. Responsabilidad personal activa. Proceso de hacerse responsable
Alto grado de disciplina y de sentido de la responsabilidad.	Autoconocimiento. Autovaloración. Ideas alternativas y pensamiento creativo.
Reconocimiento y desarrollo de sus propias capacidades.	Logoterapia. Sentido del humor. Técnicas específicas.
Una mente abierta y receptiva a nuevas ideas.	Conciencia y regulación emocional. Comunicación emocional.
Una disposición para soñar.	Aceptación del sufrimiento.
Gran variedad de intereses.	Aumento de la conciencia de presencia.
Un refinado sentido del humor.	Trabajo sobre la esperanza. Buscar puntos de iluminación.
La percepción de sus propios sentimientos y de los sentimientos de los demás.	Aumento de la red social. Logoterapia.
Capacidad para comunicar estos sentimientos de manera adecuada.	Terapia de reestructuración cognitiva y/o modificación de creencias.
Una gran tolerancia al sufrimiento.	Terapia de reestructuración cognitiva y/o modificación de creencias.
Capacidad de concentración.	
Las experiencias personales son interpretadas con un sentido de esperanza.	
Capacidad de afrontamiento.	
Apoyo social.	
La existencia de un propósito significativo en la vida.	
La creencia de que uno puede influir en lo que sucede a su alrededor.	

La creencia de que uno puede aprender con sus experiencias, sean éstas positivas o negativas.

FUENTE: elaboración propia.

Las personas resilientes mantienen una serie de características que podemos aprender y fomentar en otras. Se han realizado múltiples estudios para conseguir responder a la pregunta *¿qué nos hace supervivientes?* en situaciones de las que no podemos ni hacernos idea.

Teniendo en cuenta estas características se pueden crear estrategias individualizadas (o en grupo) para fomentarlas.

Ejemplo 2. Prevención primaria: educar la resiliencia

Los niños son inherentemente vulnerables, sin embargo, a la vez son fuertes en su determinación a sobrevivir y crecer.

RADKE-YARROW Y SHERMAN (1990)

Los/as niños/as tienen un espíritu de supervivencia sin igual, pero a la vez los consideramos vulnerables partiendo de su inmadurez. Cyrulnik (2001) señala que es necesario conocer el oxímoron, las dos caras: felicidad y sufrimiento. Éste se construye desde la vida intrauterina y a partir de nuestros primeros meses de vida y el apego y seguridad que establecemos con nuestros padres. Describe un perfil de niños traumatizados que desarrollan resiliencia, siendo éstos el 90%-95% de los que viven situaciones traumáticas primarias.

Si nuestros padres son los primeros que suministran respuesta a las necesidades de su hijo/a, quiere decir que la intervención educativa inicial debería realizarse en pro de las *capacidades parentales* para poder generar un apego seguro y un *contexto familiar adecuado*.

La *educación de la resiliencia en educación primaria*, más allá de la información y competencias lingüísticas, matemáticas, artísticas, sociales, etc. Se señala la necesidad de trabajar autoestima, introspección, independencia, capacidad de relación, iniciativa, sentido del humor, creatividad, moralidad y capacidad de pensamiento crítico. Otro aspecto fundamental será el desarrollo de contextos resilientes en los que los/as niños/as puedan experimentar buenos tratos, participar en procesos de diálogo y negociación —en los que puedan sentir que se les da voz—, apoyo social —más allá de nuestros padres—, luchar contra las injusticias mediante el respeto a los derechos humanos y el compromiso social —sociedades más justas, solidarias y menos violentas—.

De igual forma, se han creado programas de *promoción de la resiliencia en secundaria y entorno universitario*, momentos en los cuales hablamos de fomentar las fortalezas personales.

Finalmente, tal como señala Cyrulnik (2001) existen *tutores de resiliencia*, en concreto tres, que ayudan a desarrollar la resiliencia —pre y postrauma—, como son: la familia, los

amigos y la cultura. *Si la herida es demasiado grande, si nadie sopla sobre las brasas de resiliencia que aún quedan en su interior, será una agonía psíquica y una herida imposible de curar* (Cyrulnik, 2001).

Ejemplo 3. Prevención secundaria: durante la situación adversa

Los traumas se definen como aquellas circunstancias que producen un elevado padecer psíquico; por tanto, responden a unas determinadas circunstancias generando dolor. La intervención psicológica temprana tras vivir una situación *adversa tiene como objetivo detectar a las personas de riesgo, evitar la aparición o agravación del trastorno y discriminar a las víctimas necesitadas de las no necesitadas para derivar a las primeras a los dispositivos asistenciales* (Echeburúa y Corral, 2007). Así, Robles y Medina (2002) proponen las siguientes intervenciones (tabla 8.3).

TABLA8.3
Medidas de intervención en situaciones de emergencia

MEDIDAS	DEFINICIÓN
Para modificar la forma en que el sujeto percibe la situación traumática.	Información de su situación y del estado de los suyos. Proporcionar percepción de seguridad. Apoyo emocional.
Medidas para controlar las respuestas fisiológicas.	Técnicas de relajación. Favorecer liberación emocional. Eventual empleo de tranquilizantes.
Medidas para modificar las conductas emitidas.	Evitar el desconcierto y la pasividad. Ocupación en tareas sencillas. Evitar aislamiento.
Medidas para evitar la aparición de secuelas postraumáticas.	Integración de fenómenos postraumáticos dentro de la experiencia personal. Programa de gestión de riesgos (prevención de abuso de sustancias).

FUENTE: Robles y Medina (2002).

En estos primeros momentos se recomienda el acompañamiento, es decir, que la persona sienta que cuenta con un determinado apoyo —sea personal o profesional—. Una de las técnicas que se utilizan es el *debriefing psicológico*, que se realiza en grupo, en el cual se intenta normalizar el contenido del suceso traumático y promover el crecimiento postraumático.

La *intervención terapéutica* debe llevar a que la persona pueda hacer real la pérdida, así como identificar emociones, pensamientos y consecuencias que se padecen tras la situación

adversa. *Las técnicas que van a favorecer la consecución de estas tareas serán expresivas: el uso de un lenguaje evocador; la escritura —por ejemplo, una carta de despedida, diario, etc.—; el uso de símbolos —por ejemplo, ver fotos—; el libro de recuerdos; los juegos de rol; la imaginación guiada o el uso de metáforas* (Nomen, 2007).

Ejemplo 4. Prevención terciaria: crecimiento postraumático

Tal como señalan Calhoun y Tedeschi (1998), se trata de fomentar tres tipos de recursos una vez se ha experimentado la situación adversa, como los cambios en uno mismo, en las relaciones interpersonales y en la espiritualidad y filosofía de vida. En este sentido, fomentar la resiliencia postrauma supone:

1. *Asumir las características y la realidad del cambio.* Poder describir qué ocurrió (como se señalaba en el eje anterior) y los cambios desencadenados. Igualmente, se debería trabajar para modificar la concepción negativa del cambio y considerar éste desde la normalidad (el cambio es inevitable en la vida), como una posibilidad (tal vez de aprendizaje) e incluso de mejora personal (no sólo extrayendo experiencia, sino mediante un proceso de superación personal). Por tanto, trabajar desde estas consideraciones del cambio.
2. *Cambios en uno mismo*, lo que supone un proceso de autoconocimiento de los cambios que nos ha dejado la circunstancia traumática.
3. *Cambios en las relaciones interpersonales*, valorando a los que se quedaron y nos apoyaron —pudiendo recoger a estas personas en una lista junto a lo que hicieron por nosotros/as—, así como intentando crear relaciones saludables y positivas.
4. *Cambios en la espiritualidad y la filosofía de vida*, ya que al producirse cambios significativos en nuestro interior se desencadenará la necesidad de redefinir nuestras creencias más profundas y posición en el mundo. El uso de la espiritualidad debe responder a las necesidades y características de cada uno.

La intervención para el fomento de la resiliencia abarca áreas tan extensas como la educativa —enseñando a los padres el arte de ser buen padre—, y la clínica —intentando promover que las personas surjan renacidas cual ave fénix tras la tormenta—.

EJERCICIOS

Al ser un concepto compuesto de tan diferentes variables, a continuación se incluyen las propuestas de distintos autores y modelos.

Ejercicios para promover la resiliencia desde la PsiPos

M. Seligman (2011) señala tres ejercicios para trabajar la resiliencia, como son:

1. La fijación de objetivos futuros, mediante listados, visualización o *collaging*, proyectando así un propósito de lo que queremos para nuestra vida.
2. El ejercicio de filosofía de vida que pone énfasis en aquellos valores o mensajes que nos rigen y que igualmente pueden ayudar a superar dificultades.
3. Las 15 peores cosas que podrían pasarle a alguien y poder buscar historias de superación para cada una de estas circunstancias.

A. Carr (2007) propone los siguientes objetivos (que podemos traducir en ejercicios específicos):

- ⇒ La nueva narración, en la línea de las propuestas narrativas; se trataría de crear una nueva explicación y discurso acerca de lo ocurrido.
- ⇒ Uso de estrategias de afrontamiento, buscando el apoyo social, el apoyo espiritual, la solución de problemas, la catarsis, el humor, un replanteamiento, las rutinas de relación, el ejercicio físico y las técnicas de distracción.
- ⇒ Utilizar y desarrollar las defensas adaptativas, como la previsión, la afiliación y el altruismo, el humor, las autoafirmaciones, la autoobservación, la sublimación y la supresión.

C. Vázquez y G. Hervás (2008) señalan *las intervenciones positivas en situaciones adversas*, las que incluyen los siguientes puntos:

- ⇒ Capacidad de dar propósito y significado a las cosas que suceden, lo que nos llevaría a proponer cuál es el aprendizaje que se ha extraído de lo que hemos vivido, lo que definirá nuestra experiencia e incluso sabiduría.
- ⇒ Capacidad de elegir caminos en la vida (*self determination*), lo que supone observar los diferentes caminos, abrirnos de miras, ver las posibilidades y decidir. De buen uso en este punto, el *coaching* tipológico.
- ⇒ Optimismo y sentido del humor, según lo que se señala en el apartado que trabaja este punto, ya que se señala la necesidad de utilizar éstos hasta en los momentos más difíciles de nuestra vida.
- ⇒ La esperanza, la cual nos lleva a buscar flores en el desierto, aquellos brotes verdes que se pueden encontrar hasta en el clima más adverso. Mirar en nuestro interior para ver qué nos puede traer algo de luz, aunque sea pequeña.
- ⇒ Confianza en uno/a mismo/a y autosatisfacción. La percepción de contar con el máximo de recursos posibles para afrontar la situación nos hace cambiar la forma de ver la misma. Por tanto, trabajaremos los talentos que tiene cada persona y la valoración que hace de los mismos para generar esa autosatisfacción que se señala como segundo punto.

- ⇒ Reconstrucción situacional, focalización y autorrecompensas (Kobasa y Mardi, 1984).
- ⇒ Vida plena y propósito vital. Como ya señalaba V. Frankl, todos los hombres y mujeres necesitamos un objetivo, un propósito de vida. ¿Qué propósito tenemos en la vida? Ésa sería la pregunta a responder y trabajar en este punto.
- ⇒ Conciencia y regulación emocional, ya expuesta en capítulos anteriores.
- ⇒ Relaciones interpersonales positivas, pues al rodearnos de personas positivas, mejora nuestra situación anímica e igualmente puede funcionar como modelaje.
- ⇒ Huella vital (Neimeyer, 2000). Es un ejercicio de exponer qué huellas nos han dejado las personas y/o situaciones de nuestra vida.
- ⇒ Entrenamiento en memoria autobiográfica positiva (Seligman, 2003), recuperando aspectos positivos del pasado, así como situaciones en las que nos hayamos percibido como competentes.
- ⇒ Intervenciones basadas en el perdón, las cuales se pueden hacer de forma metafórica o real, en imaginación o en vivo, y mediante formatos variados —por ejemplo, las cartas—. También hay ejemplos de ejercicios de perdón, como oraciones.
- ⇒ Carta de proyección hacia el futuro, describiendo cómo nos vemos en diez años y cómo nos gustaría vernos.
- ⇒ Creación de una nueva descripción metafórica de un acontecimiento estresante.
- ⇒ Definir una nueva posición personal en el mundo, explicando cómo nos vemos en relación a lo que podemos o no podemos hacer, nuestras creencias sobre cambio y la responsabilidad (la lectura que se hace de si tenemos o no responsabilidad, así como la responsabilidad de terceros).
- ⇒ Aceptación realista, lo que supone poner en marcha el pensamiento flexible y la aceptación de que hay situaciones que se escapan de nuestro control.
- ⇒ Detectar y potenciar signos de cambio, por ejemplo: visualizar nuestro futuro sin problemas y buscar modelos de cambio positivo.

Diez formas de construir la resiliencia (APA, 2015)

El APA señala una serie de aspectos que favorecen la resiliencia y que debemos tener en cuenta a la hora de diseñar nuestra intervención, como son:⇒ Establecer relaciones.

- ⇒ Evitar ver las crisis como obstáculos insuperables.
- ⇒ Aceptar que el cambio es parte de la vida.
- ⇒ Moverse hacia metas.
- ⇒ Llevar a cabo acciones decisivas.
- ⇒ Buscar oportunidades para descubrirse.
- ⇒ Cultivar una visión positiva de uno/a mismo/a.

- ⇒ Mantener cosas en perspectiva.
- ⇒ Nunca perder la esperanza.
- ⇒ Cuidar de uno/a mismo/a.

Rueda de la resiliencia (Morales, 2012)

Es un instrumento que se ha utilizado en el entorno del trabajo con adolescentes en un centro de menores, pero que se podría aplicar en otros entornos. Así, se trata de rellenar una rueda que incluya información acerca de apoyos internos, apoyos externos, habilidades y, al finalizar, proponer un plan de cambio. La representación podría ser la mostrada en la figura 8.5.

Resiliencia autogenerativa (Grané, 2015)

La resiliencia autogenerativa hace referencia a la aplicación de esta habilidad con el objetivo de crecimiento, autoaplicación y construcción, por tanto, de ampliar su uso de forma creativa. Parte de cuatro supuestos, como son el apostar por la idea de una resiliencia generativa, por los vocabularios de esperanza, por la construcción de mundos de palabras amables y de mundos generativos. Señalar que la resiliencia generativa hace referencia a aquella en la que interviene la generación de posibilidades y de transformación de amenazas en oportunidades. Se centra en el componente de construcción (crear, transformar, apreciar), de ahí su denominación:

*Resiliencia generativa = Apreciar y potenciar
lo que se tiene + Construir y crear lo que
se quiere + Transformar e innovar hacia
lo que hay que ser (Grané, 2015)*

En relación al vocabulario de esperanza, hace referencia este autor al uso de carteles y palabras de esperanza que siempre surgen frente a situaciones adversas como conflictos armados o desastres naturales. Nuestros mejores deseos en pro de un mundo mejor y en el sí de estos deseos, la esperanza y la fe. Las palabras amables son aquellas que sirven para cambiar el guión que utilizamos para describir nuestra vida de negativo a positivo, de ahí su importancia. Por último, el mundo generativo es aquel que se basa en la dimensión comunitaria y en cambiar apropiación por aportación, y, por tanto, empezar por entender lo que nos trasladan desde África a partir de la palabra Ubuntu, y es que uno es porque todos somos.

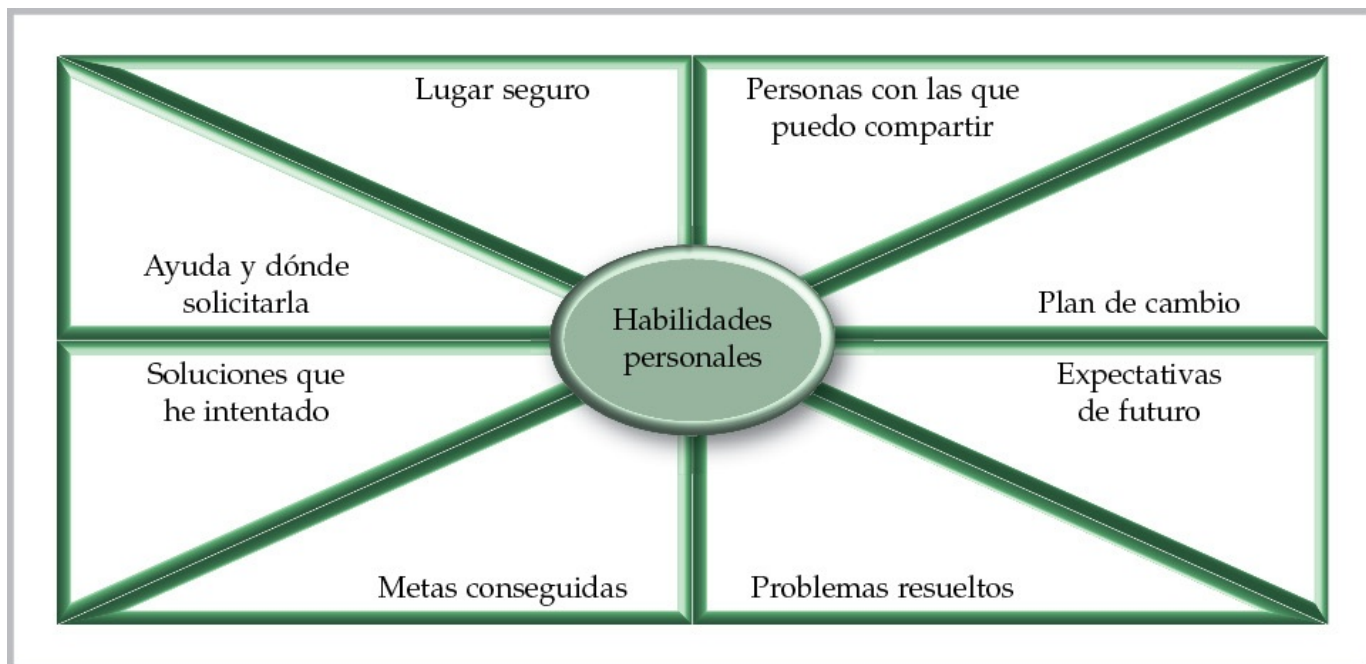


Figura 8.5. Rueda de la resiliencia (adaptada de Morales, 2012).

Modelo MPR (Giusti, 2015)

Describe un modelo que incorpora elementos de terapia cognitiva y resiliencia. Considera la resiliencia como puente para el cambio contemplando seis áreas de trabajo, como son: la física, la espiritual, la moral, la emocional, la social relacional y la cognitiva. El MPR o modelo personal de resiliencia propone cuatro fases para desarrollar la resiliencia:

- ⇒ *Conceptualización cognitiva del problema interpersonal*: se trata de proponer un registro de aquellos pensamientos automáticos, creencias irracionales y distorsiones cognitivas que puedan estar presentes.
La identificación de este sistema parte de la definición del problema, la identificación de la estrategia habitual (conducta, estado emocional y pensamiento), premisa subyacente o regla que se utiliza (que hace que se mantenga y qué pasaría si no la aplicara) e identificar buenas razones de la estrategia.
- ⇒ *Reformulación positiva de conductas y creencias desadaptativas*: esta reformulación parte de un listado de problemas para el que señalaremos las posibilidades; por tanto, se trata de pasar de (A) problema a (B) posibilidad.
- ⇒ *Construcción del MPR para los problemas más persistentes*: en este momento de la intervención se trata de cambiar de estrategia mediante la intención positiva. Es decir, tras la toma de conciencia de aquellos esquemas que no están funcionando debemos optar por construir un sistema nuevo, creando reglas de protección (avisos frente a la aparición de esquemas antiguos) y ruptura de patrones conductuales.

- ⇒ *Creación de los puentes para fortalecer el nuevo sistema:* se recomienda acompañar el proceso de construcción con experimentos conductuales (tareas), así como del uso de ideas generadas o nuevas reglas y practicar todo lo expuesto.
- ⇒ *La casita de Vanistendael* es una buena representación de este constructo. A partir de la construcción de una casa, plantea todos los elementos necesarios para que ésta sea una construcción resiliente (figura 8.6).

Para trabajar a partir de esta representación, el autor recomienda realizar un análisis de las diferentes plantas y cómo éstas se manifiestan en el propio individuo.

Autoafirmaciones resilientes (Grotberg, 2001)

En relación al modelo de resiliencia que definía la misma a partir de lo que somos, tenemos, estamos o podemos, creó una serie de afirmaciones que pueden ser de utilidad en la integración de la resiliencia, como:

- ⇒ SOY una persona por la que los otros sienten afecto.
 - Feliz cuando muestro mi afecto.
 - Comunicativo con mis amigos y familiares.
- ⇒ TENGO personas a mi alrededor en las que confío y me aceptan.
 - Personas que me ponen límites.
 - Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.
- ⇒ ESTOY dispuesto a responsabilizarme de mis actos.
 - Triste y soy capaz de reconocerlo.
 - Seguro de que saldrá bien.
- ⇒ PUEDO hablar sobre lo que me molesta.
 - Buscar la manera de resolver mis conflictos.
 - Equivocarme sin perder el afecto de mis padres.

Éstas son sólo un ejemplo de un ejercicio que se puede llevar a cabo individualmente, creando nuevas autoafirmaciones según las circunstancias de la persona a la que se atiende.

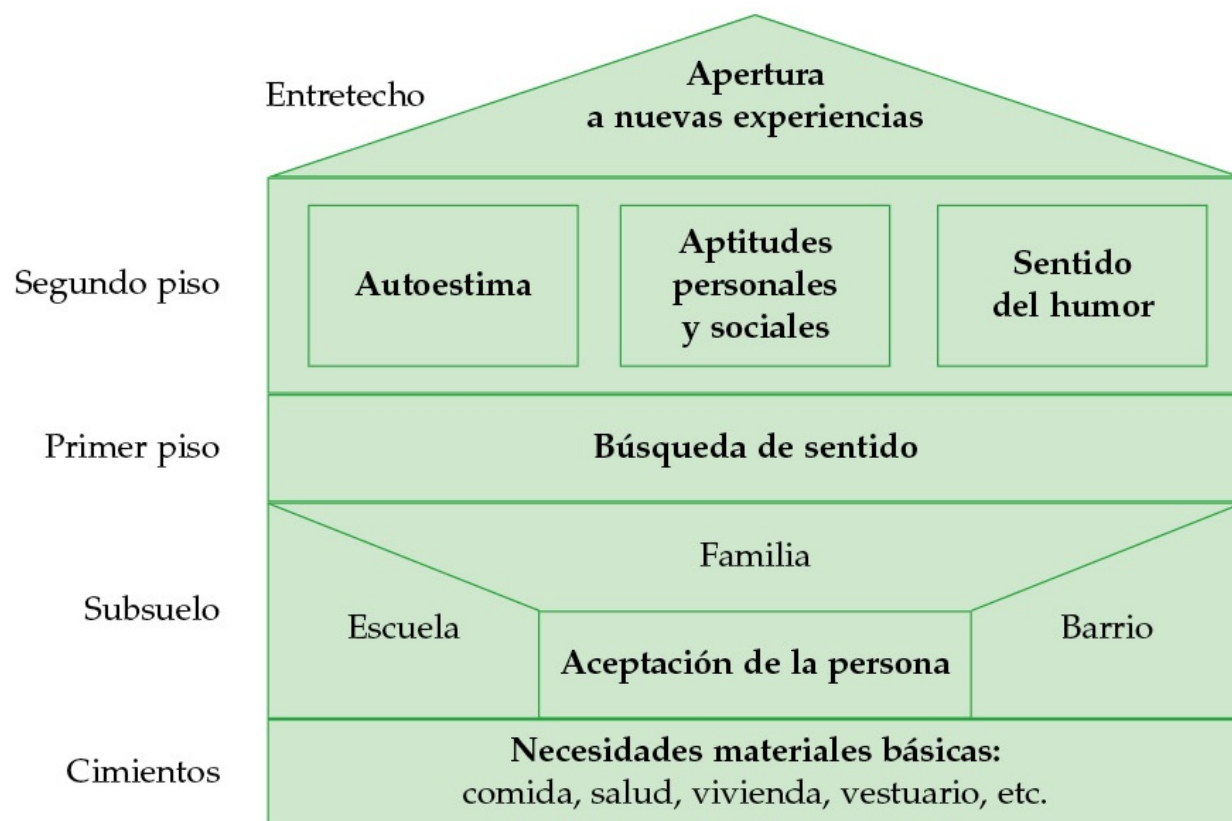


Figura 8.6. La casita de Vanistendael (Vanistendael, 1994).

Ámbitos de aplicación

La intervención sobre la resiliencia se aplica a ámbitos tan variados como el urbanismo, la acción social o la educativa. Inicialmente, se aplicaba la intervención sobre la resiliencia asociada a individuos, tanto antes como después de las situaciones adversas (preparando en el primer supuesto para la futura adversidad y creando nuevas estrategias frente al estrés cuando ya se ha desarrollado alguna situación de este tipo), y familias. Se han creado estrategias de intervención grupal con diferentes colectivos, así como otras más globales, tal como se señalaba, de acción social y/o comunitaria.

Los ámbitos de aplicación, más allá del individual y terapéutico, serán:

- Resiliencia relacional* (familiar y grupal), que, tal como señala F. Walsh (1988), propone una concepción sistémica de la resiliencia, enmarcada en un contexto ecológico y evolutivo, y presenta el concepto de resiliencia familiar atendiendo a los procesos interactivos que fortalecen con el transcurso del tiempo tanto al individuo como a la familia [...] La resiliencia relacional puede seguir muchos caminos,

variando a fin de amoldarse a las diversas formas, recursos y limitaciones de las familias (y los grupos) y a los desafíos psicosociales que se les plantean. Se trata en este sentido de reconocer los problemas del sistema y comunicarlos de forma explícita, así como señalar y trabajar en pro de los recursos del mismo. Los elementos básicos a trabajar en este ámbito serían la cohesión, la comunicación y las normas y creencias del sistema, así como la capacidad resolutoria del mismo.

- b) Resiliencia familiar. La resiliencia familiar es aquella capacidad de autorreparación de la propia familia que ayuda a identificar y fomentar ciertos procesos que permiten a éstas hacer frente con más eficacia las crisis o estados persistentes de estrés, sean internas o externas, y emerger fortalecidas de ellos* (Villalba, 2004). Esta propuesta de acercarse a las familias en promoción de su propia capacidad de resiliencia ya se utilizaba en el modelo sistémico, señalando cinco puntos básicos de resiliencia familiar a promover, como la cohesión, la flexibilidad, la comunicación franca, la resolución de problemas y la reafirmación de sistemas de creencias (Dallos, 1996).
- c) Resiliencia en el ámbito social.* En el contexto de servicios de atención a colectivos en riesgo o en proceso de exclusión social se señala la resiliencia como un foco de trabajo para medidas preventivas que facilitarán nuevos caminos a los individuos (Carretero, 2010).
- d) Resiliencia comunitaria,* siendo un enfoque desarrollado por A. Melillo y N. Suárez Ojeda (2001) que parte de la observación de desastres padecidos en comunidad y el efecto movilizador que éstos generan, pudiendo definir de este modo la resiliencia que se lleva a cabo en comunidad. En este sentido, incluiríamos como pilares la colaboración y solidaridad, la identidad y la pertenencia a la comunidad, así como la capacidad de reacción y respuesta que se genera en ésta.
- e) Resiliencia educativa.* Es la que se centra en el desarrollo de ésta en niños y adolescentes *para que puedan afrontar su crecimiento e inserción social del modo más favorable* (Melillo, Rubbo y Morato, 2004). Por tanto, de este punto surgen propuestas a adaptar en el entorno escolar para el desarrollo de este tipo de habilidades. Destacarían los siguientes aspectos a trabajar en las escuelas en relación a la resiliencia (Henderson y Milstein, 2003): afecto y apoyo de la escuela, fomento de las expectativas en todos los alumnos, brindar oportunidades de participación, mejorar los vínculos prosociales entre familia y escuela, capacitación personal y enseñar habilidades competenciales para la vida.

Para ampliar la información

- APA (2015). *Diez formas de construir la resiliencia.* En <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx> (consultado el 23/12/2015).
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de*

psicopatología y psicología clínica, 11(3), 125-146.

- Bernard, B. (1999). Applications of resilience: Possibilities and Promise. En M. Glantz y J. Johnson (ed.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptation* (pp. 269-277). Nueva York: Plenum.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28.
- Calhoun, L. G., Tedeschi, G. y Park, C. L. (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva*. Madrid: Paidós.
- Carretero, R. (2010). Resiliencia. Una visión positiva para la prevención e intervención desde servicios sociales. *Nómadas. Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas*, 27(3).
- Cyrulnyk, B. (2001). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Madrid: Gedisa.
- Cyrulnik, B. (2002). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.
- Dallos, R. (1996). *Sistema de creencias familiares*. Barcelona: Paidós.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué? *Psicología conductual*, 15(3), 373-387.
- Fernández-Abascal, E. G. (coord.) (2009). *Emociones positivas*. Madrid: Pirámide.
- Forés, A. y Grané, J. (2008). *La resiliencia. Crecer desde la adversidad*. Barcelona: Plataforma Editorial.
- Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34, 416-430.
- Garmezy, N., Masten, A. S. y Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97-111.
- Giusti, E. (2015). Descubriendo las fortalezas y construcción de resiliencia con terapia cognitiva: un modelo en cuatro pasos. *Psicodebate*, 9. Psicología, Cultura y Sociedad, Universidad de Palermo: <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico9/9Psico%2007.pdf> (consultado el 20/12/2015).
- Grané, J. (2015). *Cuando juzgamos el pez por su habilidad para subir a los arboles. La resiliencia y la construcción de mundos apreciativos*. En <http://www.diba.cat/documents/14465/11189146/Resiliencia+Jordi+Gran%C3%A9.pdf> (consultado el 20/12/2015).
- Greene, R. R. y Conrad, A. P. (2002). Basics Assumptions and Terms. En R. Greene (ed.), *Resiliency. An Integrated Approach to Practice, Policy and Research*. Washington, DC: NASW Press.
- Grotberg, E. (1999). Countering depression with the five building blocs of resilience. *Researching today's youth*, 4(1), 66-72, otoño.

- Grotberg, E. H. (2001). Nuevas tendencias en resiliencia. En A. Melillo y E. N. Suárez Ojeda (comp.), *Resiliencia. Descubriendo las propias resiliencias*. Barcelona: Paidós, Tramas Sociales.
- Luthar, S. S. y Cushing, G. (1999). Measurement issues in the empirical study of resilience. An overview. En M. Glantz y J. Johnson (ed.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptation* (pp. 129-160). Nueva York: Plenum.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Manciaux, M. (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. y Cyrulnik, B. (2003). La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Manciaux (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.
- Martínez, I. y Vázquez-Bronfman, A. (2006). *La resiliencia invisible*. Madrid: Gedisa.
- Masten, A. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. En M. C. Wang y E. W. Gordon (eds.), *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects* (pp. 3-25). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19, 921-930.
- Melillo, A. y Suárez Ojeda, E. N. (comp.) (2001). *Resiliencia. Descubriendo las propias resiliencias*. Barcelona: Paidós.
- Morales, M. E. (2012). Rueda de la resiliencia, una herramienta para el trabajo con menores en prevención y riesgo en los centros educativos. *RES, Revista de educación social*, 18, enero de 2014.
- Nomen, L. (2007). *El duelo y la muerte. El tratamiento de la pérdida*. Madrid: Pirámide.
- Richardson, G. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321.
- Richardson, G. E., Neiger, B., Jensen, S. y Kumpfer, K. (1990). The resiliency model. *Health Education*, 21, 33-39.
- Robles, J. L. y Medina, J. L. (2002). *Intervención psicológica en las catástrofes*. Madrid: Síntesis.
- Rutter, M. (1992). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of adolescent Health*, 1(14).
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.
- Seligman, M. (2011). *La vida que florece*. Madrid: Ediciones B.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Ungar, M. P. (2003). *Creciendo peligrosamente: formando la resiliencia escondida en jóvenes y familias difíciles*. Conferencia presentada en la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.
- Vanistendael, S. (1994). *La resiliencia: un concepto largo tiempo ignorado*. Suiza: BICE.
- Vanistendael, S. (2001). La resiliencia en lo cotidiano. En M. Manciaux (comp.), *La*

resiliencia: resistir y rehacerse. Madrid: Gedisa.

Vázquez, C. y Hervás, G. (eds.) (2009). *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Vera Poseck, B. (2004). Resistir y rehacerse: una reconceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva. *Revista de psicología positiva*, 1.

Vera Poseck, B., Carbelo, B. y Vecina, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 40-49.

Villalba, C. (2003). El concepto de resiliencia. Aplicaciones en la intervención social. *Psychosocial intervention*, 12(3), 283-299.

Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. Nueva York: Guilford Press.

Wolin, S. J. y Wolin, S. (1993). *The resilient self*. Nueva York: Willard.

Para ampliar la formación

Instituto Español de Resiliencia

Paseo Pintor Rosales, 16, bajos
28008 Madrid.

Telf: 91 542 93 89

E-mail: info@resiliencia-ier.es

Web: <http://resiliencia-ier.es>

SENTIDO DEL HUMOR

La vida es demasiado importante como para tomársela en serio.

OSCAR WILDE

El humor es la manifestación más elevada de los mecanismos de adaptación del individuo.

SIGMUND FREUD

A fin de cuentas, todo es un chiste.

CHARLES CHAPLIN

Definición

Nosotros definimos el humor como cualquier estímulo que pueda provocar la reacción psicofisiológica de la risa (juegos, bromas, chistes, viñetas, situaciones embarazosas, incongruencias, inocentadas, cosquillas...) y el sentido del humor como la capacidad de experimentar y/o estimular esta reacción. Dentro de la enorme variedad de estímulos de la risa, adoptaremos el término humor positivo para referirnos al tipo de humor que provoca una risa inofensiva, al menos en intención, diferenciable del humor negativo (agresivo, ofensivo, etc.). También puede hablarse de un sentido del humor positivo, que busca provocar la risa propia o ajena sin ofender o agredir a nadie, distinto de un sentido del humor negativo, que busca provocar la risa incluso a costa de los demás (Carbelo y Jáuregui, 2006). El sentido del humor implica, desde esta perspectiva, diferentes variables: la risa y la sonrisa, producida a partir de variables muy diferentes —desde chistes a cosquillas— y que produce efectos muy variados.

Objetivos

El sentido del humor y su mejora tiene como objetivo mejorar el bienestar personal de las personas. Los objetivos específicos son poder generar emociones agradables, como las que desencadenan el sentido del humor; promover una visión más amplia de las circunstancias y poder sobrellevar situaciones adversas de una forma diferente, así como mejorar nuestra autoestima y nuestras relaciones interpersonales.

Las premisas

¿Cómo definir el sentido del humor?

El sentido del humor hace referencia a diferencias individuales en las conductas, experiencias, afectos, actitudes, pensamientos y habilidades relacionadas con la diversión y la risa. El humor será el material (situación u objeto) específico o una respuesta concreta. Es decir, el sentido del humor sería un aspecto de rasgo y el humor de estado.

¿Es el sentido del humor una manera de pensar o una emoción? *El sentido del humor es un estado de ánimo más o menos persistente que capacita para relativizar críticamente las experiencias emocionales* (Garanto, 1983); *esto producirá apreciación y disfrute de la vida, sonrisa, afrontamiento optimista de los problemas y establecimiento de relaciones positivas* (García Larrauri, 2008).

Eysenck (1942) plantea que el sentido del humor tiene tres factores, como son el cognitivo (representado a partir de la comicidad), el conativo (ingenio) y el afectivo (humor), por tanto, un sistema multidimensional complejo; ni cognición, ni emoción, ni factor de personalidad, sino un conjunto de todos ellos.

El sentido del humor es un sistema diseñado para detectar ciertos estímulos del entorno, un sistema psicosomático (...), que al activarse nos hace sentir una emoción positiva muy placentera acompañada de risa (Jáuregui, 2007).

El sentido del humor es un proceso cognitivo-emocional complejo que implica una actitud lúdica y positiva ante la vida, que ayuda a relativizar los problemas y verlos con cierta distancia. Por tanto, añadido a los elementos anteriores, también es un mecanismo de defensa o estrategias de afrontamiento.

Teorías clásicas acerca del sentido del humor

Existen diferentes teorías que tratan de conceptualizar el sentido del humor o de explicar cómo funciona, como son las siguientes (Martín, 2000; Perlmutter, 2000):

- a) *Teoría de la superioridad y/o denigración*: teoría que trata de delimitar el uso de la risa en cuanto que se identifica ésta con un gesto de superioridad y de comparación, de reírse de. Por otro lado, señalan que el sentido del humor también se ha asociado con la agresividad, de marcar territorio y de remarcar victorias. La lectura moderna de este posicionamiento describe el sentido del humor como *aquel que se usa para reírse de defectos ajenos o del ridículo que otros puedan hacer (...), y de sus desviaciones sociales* (Gruner, 1997; Bergson, 1986).
- b) *Teoría de la incongruencia*: definen el sentido del humor como un proceso cognitivo de asociación de ideas dispares o incongruentes (Roeckelin, 2002), por tanto, enlace entre aspectos disparatados.
- c) *Teoría del alivio o descarga frente a la reserva o control*: desde la perspectiva psicoanalítica, se distinguen tres tipos de situaciones alegres, como son los chistes, lo cómico y el humor (Freud, 1905). Así, se entiende que el sentido del humor y la risa son formulaciones que alivian y liberan frente a los mecanismos de contención y control. El

sentido del humor se define como un recurso liberador, así como un mecanismo de defensa adaptativo.

Funciones del sentido del humor

¿Para qué sirve el sentido del humor? Éste responde a diferentes funciones, entre las que se pueden citar las siguientes:

- ⇒ Facilitar una respuesta afirmativa ante la sociedad pesimista, desencantada y apática (Garanto, 1983).
- ⇒ Promocionar nuevos elementos de análisis y comprensión de la realidad (Fernández, 1999).
- ⇒ Ayudar a pensar y estimular la creatividad (De Bono, 1985).
- ⇒ Mejorar nuestro autoconocimiento y autoestima, así como nuestras relaciones y formas de comunicarnos.

Se engloban en las siguientes funciones generales: la motivadora, la de crear camaradería y amistad, la distensión y diversión, la agresiva y defensiva, la intelectual y creativa, la pedagógica, la transformadora y la terapéutica (Fernández, 2002). Por tanto, el sentido del humor podrá tener muy diversas aplicaciones, educativas y terapéuticas.

Elementos negativos del sentido del humor

No todo el humor es beneficioso, por ejemplo, la risa hostil, la ridiculización, la burla o el sarcasmo pueden perjudicar a las personas. El sentido del humor podría considerarse negativo en los siguientes supuestos (adaptado de Fernández, 1999):

- ⇒ *Si se entiende como una manera de ridiculizar*, lo cual conllevará vergüenza y ansiedad.
- ⇒ *Si se entiende como una manera de marcar superioridad*, habría que entenderlo desde la humildad y el antiperfeccionismo.
- ⇒ *Si se entiende como un método evasivo de la realidad*.
- ⇒ *Si se entiende como un sinónimo de inmadurez*, de falta de seriedad o de eficacia.

Por tanto, el sentido del humor debe utilizarse con coherencia y responsabilidad, así como con profesionalidad, como lo haríamos con cualquier otro concepto o técnica psicológica.

Efectos del humor

El sentido del humor produce una serie de efectos, múltiples y positivos; sólo a título de

ejemplo, se citan algunos:

- ⇒ Resistencia frente a la enfermedad a partir de una mejora de nuestro sistema inmunológico
- ⇒ Moderador frente al estrés, la ansiedad y los estados de ánimo bajos.
- ⇒ Autoprotección y mecanismo de afrontamiento frente a la realidad.
- ⇒ Promociona la amabilidad y las relaciones sociales saludables.

Dimensiones del sentido del humor

La definición de sentido del humor ya deja dilucidar la complejidad del mismo. Las dimensiones que componen el sentido del humor, y sobre las que se basa la propuesta de intervención, son (Thorson y Powell, 1991):

- ⇒ *Creación o generación del humor*: propuestas cómicas que emitimos para un receptor o receptores, sea a partir de nuestra propia creatividad o generado a partir de otros elementos ya existentes.
- ⇒ *Uso del humor para hacer frente a la vida*: uso del recurso del sentido del humor como fórmula para asumir ciertas circunstancias de la vida.
- ⇒ *Reconocimiento y apreciación del humor*: punto en el cual actuamos como receptores del humor, cada uno con preferencias específicas sobre el tipo de humor que más risa nos produce.
- ⇒ *Actitudes hacia el humor y el uso del mismo en situaciones sociales*: serían las respuestas que nos genera el sentido del humor, cómo lo percibimos y el uso que damos en reuniones sociales.

Ellis (1981) contempla el humor como una dimensión cognitiva y favorecedora a la hora de procesar y afrontar determinadas realidades. Hablaba de recursos humorísticos, como llevar las cosas al extremo, reducir las ideas al absurdo, hacer comparaciones paradójicas, juegos de palabras o retruécanos, inducir la ingeniosidad, ironías, extravagancias, uso de atrevimientos, bromas o chistes, entre otros. Asimismo, señaló cómo utilizar el sentido del humor en terapia:

- ⇒ Ayudar a las personas a reírse de sí mismas.
- ⇒ Aceptación de los puntos débiles y errores.
- ⇒ Comprender comportamientos autodestructivos.
- ⇒ Proporcionar nuevos datos o información en la solución de problemas.
- ⇒ Medio de distracción en determinadas situaciones.

Beck (1986) instauró la búsqueda de la parte cómica de la vida en el tratamiento de pacientes depresivos.

Descripción técnica

Las técnicas para potenciar el sentido del humor pasan por determinar la naturaleza del sentido del humor propio, cultivar una actitud más alegre ante la vida, trabajar el humor verbal diariamente y aprender a reírse de uno mismo. *Una intervención que promueve la salud y el bienestar mediante la estimulación, el descubrimiento, la expresión y la apreciación de las incongruencias y las situaciones absurdas de la vida* (American Association for Therapeutic Humor).

La intervención terapéutica para fomentar el sentido del humor contempla diferentes elementos (García-Larrauri, 2006):

1. *Crear humor y evaluar nuestro sistema de humor*: sería el proceso de generar sentido del humor, por ejemplo, mediante *exageración o simplificación, incongruencia, sorpresa, revelación de la verdad, superioridad o ridículo, represión y juegos de palabras* (Killinger, 1987). Además, se puede medir el sentido del humor mediante diferentes instrumentos, como: el *Sense of Humor Questionnaire* (SHQ, Svebak, 1974), cuya última versión es el SHQ-6 (1996); *The Coping Humor Scale* (CHS, Martín y Lefcourt, 1983); *The Situational Humor Response Questionnaire* (SHRQ, Martín y Lefcourt, 1984), y la *Multidimensional Humor Sense Scale* (MSHS, Thorson y Powell, 1991, 1993a, 1993b; Thorson, Powell, Sarmay-Schuller y Hampes, 1997). Se evaluará un constructo que se desarrolla en diferentes procesos, apreciación y producción del humor, influido por diversas variables: cognitivas, emocionales, conductuales, actitudinales y socioculturales.
2. *Apreciar y buscar humor*: lo que supondrá recibir el humor que otros puedan expresar, así como localizar momentos de humor, como, por ejemplo, mediante las anécdotas que nos ocurren cotidianamente. En este punto será importante la capacidad para jugar, así como la de reírse de uno/a mismo/a y de las situaciones que nos rodean.
3. *Afrontar contrariedades o problemas con visión positiva*: utilizar el humor en malos momentos o situaciones adversas, no de forma desadaptativa y riéndose en momentos que requieren otro tipo de actitudes o respuestas, sino buscar la comicidad y expresarla en los momentos y personas adecuadas hasta en momentos de este tipo.
4. *Acercamiento y disminución de tensiones*: el sentido del humor también surge como una estrategia para reducir la tensión y relajarnos. Por ejemplo, antes de una evaluación compleja podemos dedicar un tiempo a reírnos y a desconectar.

Otra forma de intervención es integrarlo en el proceso terapéutico, es decir, como una herramienta específica del terapeuta. Así, podemos señalar que *el uso más efectivo del humor se da cuando el terapeuta logra integrarlo en su propia forma de ser; entonces el humor se convierte en una parte integral de la interacción con los pacientes* (Sultanoff, 2003), *facilitará y mejorará el vínculo terapéutico* (Salameh, 1987). Se sugiere que éste debe partir

de un cierto grado de espontaneidad, con la idea de producir cambios en el paciente, así como en la percepción de los demás y del ambiente (Thomson, 1990). Por tanto, en el ejercicio de nuestra profesión puede integrarse el sentido del humor siempre que sea una estrategia que dominemos y sepamos utilizar adecuadamente.

EJERCICIOS

Los ejercicios que se exponen a continuación son útiles en el sentido de promocionar el sentido del humor (Jáuregui, 2007; García Larrauri, 2006):

- ⇒ *Ejercicios para conectar con el humor:* se podría empezar por hacer un diario de humor con diferentes elementos divertidos, por ejemplo: diario humorístico con las *anécdotas del día*, fotografías locas, archivo divertido, *sitcom* personal sobre cagadas del pasado, biblioteca de comedia o dieta informativa (o informarse sin flagelo, por ejemplo, con la revista *El jueves*®).
- ⇒ *Ejercicios para crear humor:* los cuales pueden incluir los siguientes experimentos humorísticos:
 - Crear extraños usos para diferentes objetos y crear palabras nuevas o nuevas versiones de los cuentos en clave de humor. Por ejemplo, hacer un vocabulario de nuevos insultos.
 - Ejercicio de acción-reacción: pensar en una escena o circunstancia vital y en las posibles reacciones cómicas que se pudieran generar. Así, sería un buen ejercicio imaginar qué pasaría en una reunión de equipo si todos los participantes se ponen a cantar y bailar.
 - Ejercicio de restricciones endiabladas: hablar implementando variaciones como hablar con una sola vocal o no decir NO dentro de un diálogo. Quien dice hablar, se puede restringir endiabladamente la forma de actuar (por ejemplo, durante un día no recogerse el pelo e ir despeinado/a).
 - Ejercicio de monólogo cómico: busca un tema que te moleste y crea alrededor un monólogo con ideas disparatadas.
 - Ejercicio de señales de desvío: identifica alguna actividad cotidiana que te cueste (por ejemplo, tender la ropa) y haz una lista de posibles desvíos (por ejemplo, ordenar la ropa por colores, colgar la ropa de forma original, bailar salsa mientras lo haces, etc.).
 - Ejercicio de celebraciones de día: pensar y organizar rituales con excusa para divertirse, como, por ejemplo, el día del revés, desayuno del viernes con churros y porras, la hora del plátano o el día del orgullo *freak* (el 25 de mayo).
 - Ejercicios infantiles: reproduciendo actividades infantiles como una guerra de globos de agua, hacer y recibir cosquillas, hacer caras feas, hablar con la lengua

fuera, comer con las manos o visitar un parque de atracciones.

- Bromas de Amelie Poulain: hacer bromas con ganas de repartir felicidad a los demás, como entregar un ramo de flores o un regalo a un desconocido en plena calle.

La risa es el máximo exponente del sentido del humor, por eso es positivo intentar promover días de sonrisa. El primer paso es sonreír de forma habitual, mostrando además una expresión gestual y corporal alegre y utilizando el lenguaje de manera positiva. Algunos ejercicios para la promoción de la risa se exponen a continuación (adaptado de Mora y Quintana, 2010).

El sentido del humor y la risa pueden ser unos buenos aliados en el proceso terapéutico, pero también en el de vivir y seguir adelante, en los buenos y los malos momentos.

- *¡Mis mejores risas!:* es un ejercicio que nos invita a valorar los días según su desarrollo (días pésimos o días magníficos y los de en medio), e intentar minimizar los primeros y maximizar los segundos. Una variación podría ser intentar buscar en nuestro día a día «la anécdota del día» o «el momento de risa del día».
- *Diccionario de risas:* cambiar el significado que le otorgamos a palabras en negativo e intercambiarlas por positivos, por ejemplo, de la palabra «desencanto» podríamos redefinir su significado como «aspecto de la vida en el que debería introducirse música y canto».
- *Gimnasia de la risa:* consiste en sonreír y reír sin motivo para entrenar la misma y poder aplicar la risa a diferentes situaciones. Por ejemplo, nos ponemos frente al espejo y sonreímos, luego reímos con la A (jajaja), con la E (jejeje), con la I (jijiji), con la O (jojojo) y con la U (jujuju).
- *La risa en el arte (o en otros objetos):* escogemos una obra de arte u objeto y buscamos interpretaciones diferentes y cómicas de los mismos.

Figura 8.7. Ejercicios para fomentar la risa extraído del artículo de Mora, R. y Quintana, E. (2010).

Ámbitos de aplicación

El programa para mejorar el sentido del humor se podrá llevar a cabo a nivel individual y grupal, en procesos de crecimiento personal, en organizaciones y combinados con diferentes terapias y técnicas para tratar personas con problemas del estado de ánimo, ansiedad y otras patologías. Generalmente, se relaciona el sentido del humor con una mejora de la salud general, aunque *diversos estudios han identificado posibles efectos nocivos de la risa, especialmente en relación a otros problemas de salud. Puede provocar, en ciertas condiciones, ataques de asma, síncope y micciones involuntarias («mearse de risa», un problema que para las personas que sufren de incontinencia urinaria no tiene ninguna gracia)* (Jáuregui, 2006). Son las únicas contraindicaciones que se han definido.

Para ampliar la información

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1986). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Bergson, H. (1986). *La risa. Introducción a la metafísica*. México: Porrúa.
- Carbelo, B. (2005). *El humor en la relación con el paciente: una guía para profesionales de la salud*. Madrid: McGraw-Hill.
- Carbelo, B. y Jáuregui, E. (2006). *Emociones positivas: humor positivo*. En INFOCOP, 21 de marzo de 2006: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=687 (consultado el 26/11/2015).
- De Bono, E. (1985). *Seis sombreros para pensar*. Buenos Aires: Juan Granica.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1981). *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Eysenck, H. J. (1942). The appreciation of humor: an experimental and theoretical study. *British Journal of Psychology*, 32, 295-309.
- Fernández, J. D. (1999). Hacia una pedagogía del humor. *Revista Ñaque: teatro, expresión educativa, Hanoi*, 9.
- Fernández, J. D. (2002). Pedagogía del humor. En A. R. Idígoras, *El valor terapéutico del humor*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating Positive Emotions to Optimize Health and Wellbeing. *Prevention & Treatment*, 3.
- Freud, S. (1928). Humor. *International Journal of Psychoanalysis*, 9, 1-6.
- Freud, S. (1994). *El chiste y su relación con lo inconsciente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Garanto, J. (1983). *Psicología del humor*. Barcelona: Herder.
- García Larrauri, B. (2006). *Programa para mejorar el sentido del humor*. Madrid: Pirámide.
- García Larrauri, B. (dir.) (2009). *Todo rueda mejor si se engrasa con humor. Claves para aprender en un ambiente positivo y divertido*. Madrid: Pirámide.
- García Larrauri, B., Monjas, I., Román, J. M., Flores, V. y Cuetos, A. (2004). Sentido del humor: delimitación conceptual, evaluación y propuestas de intervención. En M. I. Ruiz y cols. (eds.), *Aportaciones psicológicas y desarrollo difícil* (pp. 387-430). Badajoz: Psicoex.
- Idígoras, A. R. (2002). *El valor terapéutico del humor*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Jáuregui, E. (1998). *Situating Laughter: Amusement, Laughter and Humor in Everyday Life* (tesis doctoral). Instituto Universitario Europeo.
- Jáuregui Narváez, E. (2007). *El sentido del humor. Manual de instrucciones*. Madrid: Editorial Integral.
- Killinger, B. (1987). Humor in psychotherapy: A shift to a new perspective. En W. Jr. Fry y W. Salameh (eds.), *Handbook of humor and psychotherapy: Advances in the clinical use of humor* (pp. 21-40). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Martin, R. A. (1998). Approaches to the sense of humor: a historical review. En W. Ruch (ed.), *The sense of humor: Explorations of a personality characteristic* (pp. 15-62). Berlín:

Mouton de Gruyter.

- Martin, R. A. (2000). Humor and Laughter. En A. E. Kazdin (ed.), *Encyclopedia of Psychology* (vol. 4). Nueva York: Oxford University Press.
- Martin, R. A. (2001). Humor, laughter, and physical health: Methodological issues and research findings. *Psychological Bulletin*, 127, 504-519.
- Martin, R. A. (2004) Sense of Humor and Physical Health. Special Double Issue on Humor and Health. *Humor: International Journal of Humor Research*, 17, 1-2.
- Martin, R. A. (2009). *La Psicología del humor: un enfoque integrador*. Orión Ediciones.
- Mora, R. y Quintana, E. (2010). Risa y terapias positivas: moderno enfoque y aplicaciones prácticas en medicina. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 3(1), 27-34. Barcelona.
- Perlmutter, D. D. (2000). Tracing the origin of humor. *Humor: International Journal of Humor Research*, 13, 457-468.
- Roeckelein, J. (2002). *The Psychology of Humor: A reference guide and annotated bibliography*. Londres: Greenwood Press.
- Salameh, W. y Fry, W. (2004). *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Seligman, M. E. P. (2002). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B.
- Sultanoff, S. (2003). Integrating humor into psychotherapy. En E. Schaefer (ed.), *Play therapy with adults* (pp. 107-143). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Thomson, B. (1990). Appropriate and inappropriate uses of humor in psychotherapy as perceived by certified reality therapist: a Delphi Study. *Journal of Reality Therapy*, 10, 59-65.
- Thorson, J. A. y Powell, F. C. (1991). Measurement of sense of humor. *Psychological Reports*, 69, 691-702.
- Thorson, J. A. y Powell, F.C. (1993a). Sense of humor and dimensions of personality. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 799-809.

Para ampliar la formación

La página web del psicólogo Eduardo Jáuregui muestra un amplio material acerca del sentido del humor (<http://humorpositivo.com/>). Ofrece formación y consultoría de aplicación del sentido del humor en diferentes ámbitos.

Finalmente, la web de Beatriz García-Larrauri que ha formado la *Universidad del Yoga de la Risa*, con amplios programas de formación del sentido del humor y la risa (<http://laughteryoga.es/14-sample-data-articles/127-05-begona-garcia-larrauriv>).

FORTALEZAS PERSONALES

Definición

Las fortalezas personales son los rasgos positivos del buen carácter (Seligman, 2002), o lo que se concreta como una familia de rasgos positivos que se manifiestan en las diferencias individuales y a través de pensamientos, sentimientos y acciones, modificables a lo largo de la vida y medibles, sujetos a influencias contextuales (Park y Peterson, 2009). Las fortalezas personales (FP) son aquellas que conforman el buen carácter, también denominadas virtudes. Es decir, serían los rasgos de una personalidad positiva que nos definirían como buenas personas, de buen carácter.

Objetivos

El estudio de las FP se inicia con el objetivo de clarificar con qué fortalezas contamos y cuáles debemos potenciar. Los objetivos secundarios en relación a las fortalezas personales serían los de conocer las fortalezas; educar para la comprensión y adquisición de estas fortalezas a edad temprana y, por último, como elementos sobre los que intervenir en el proceso terapéutico. La potenciación de las FP, teóricamente, supone un nuevo paso hacia el bienestar personal.

Las premisas

Las FP se relacionan con el bienestar personal y la satisfacción vital; así, pues, trabajar en pro de promocionarlas es un buen ejercicio personal. El exceso de cualquier fortaleza no produce un efecto nocivo, sino lo contrario, mayor bienestar.

Las *seis virtudes básicas* del ser humano (*High Six*) (Park y Peterson, 2006; Peterson y Seligman, 2004) son la sabiduría y el conocimiento, el coraje, la humanidad, la justicia, la contención o moderación y la trascendencia. Éstas son las seis fortalezas personales más generales y abstractas, con difícil operativización. Derivadas de éstas se han identificado 24 fortalezas personales que contribuyen a nuestra plenitud.

Virtud básica: sabiduría y conocimiento

Esta virtud incluirá todas aquellas fortalezas cognitivas que incluyen adquisición, procesamiento y uso de la información y el conocimiento. La sabiduría y el conocimiento están formados por las siguientes fortalezas:

- ⇒ *Creatividad*, lo que supone crear información y productos nuevos a partir de cierto conocimiento, considerándose éstos desde la novedad y el ingenio que se apliquen en tal creación.
- ⇒ *Curiosidad*, de la que se dice es el preludio de la inteligencia y supone interés por el mundo que nos rodea, así como búsqueda de novedades y exploración del entorno.
- ⇒ *Apertura mental*, es decir, flexibilidad de pensamiento, examinando toda la información que consta para evitar prejuicios o un pensamiento crítico en exceso. También se considera dentro de ésta la capacidad de cambiar de opinión.
- ⇒ *Amor por el aprendizaje*, lo que hace referencia a la pasión por aprender nuevas cosas, así como adquirir habilidades.
- ⇒ *Perspectiva*, que supone poder poner distancia con el conocimiento como para adquirir una mayor comprensión e incluso la capacidad de dar consejos —lo que supondría una de las bases del proceso terapéutico—.

Virtud básica: coraje

El coraje es una emoción que implica motivación para llegar a conseguir ciertos objetivos en situaciones adversas:

- ⇒ *Valentía*: proviene de la palabra valor y, por tanto, representa no bloquearse frente a las dificultades que puedan surgir en la situación, así como mantener los valores y creencias y las convicciones de forma coherente.
- ⇒ *Perseverancia*: sinónimo de tenacidad, diligencia o laboriosidad, lo que define la capacidad de finalizar los proyectos y esforzarse para llegar a este final, a pesar de los obstáculos que puedan presentarse.
- ⇒ *Integridad*: relacionada con la honestidad o la capacidad de decir la verdad o actuar con sinceridad.
- ⇒ *Vitalidad*: tiene que ver con la energía y el nivel de activación que ponemos frente a este tipo de situaciones.

Virtud básica: humanidad

La humanidad es la capacidad de cuidar y tratar a las personas de forma amable y compasiva. Es situarse frente a cualquier ser humano desde una perspectiva cercana, accesible y con sentimientos positivos:

- ⇒ *Amor*: lo que se definiría no desde el punto de vista romántico, sino como la emoción afectuosa y de cuidado hacia las personas que son significativas en nuestras vidas.
- ⇒ *Amabilidad*: hace referencia al trato que tenemos hacia las personas, que debería partir de la bondad, la generosidad, el cuidado, la compasión, la ayuda y la simpatía.
- ⇒ *Inteligencia social*: es aquella habilidad que nos permite relacionarnos con los demás

de forma óptima, desde nuestras necesidades sinceras de compartir y la empatía de entender a la persona con la que nos relacionamos. Asimismo, también se considera la capacidad de saber adaptarnos en situaciones sociales.

Virtud básica: justicia

La justicia es aquella virtud que hace referencia al civismo y la convivencia armónica, así como a seguir una serie de normas que la faciliten:

- ⇒ *Ciudadanía*: sería el reflejo de nuestro comportamiento en el sí de la comunidad en la que vivimos, tratando de promover el bienestar en la misma.
- ⇒ *Sentido de la justicia*: hace referencia a la aplicación del trato justo y la equidad en las relaciones y el entorno.
- ⇒ *Liderazgo*: se define como la capacidad de formar, motivar y acompañar a las personas hacia un objetivo u actividad determinada.

Virtud básica: moderación

La moderación tiene que ver con la capacidad de autocontrol frente a conductas, emociones o pensamientos excesivos, lo cual supone tener la capacidad de sentir placer y de responder a nuestras necesidades, así como la de parar en un determinado momento:

- ⇒ *Capacidad de perdonar*: ser misericordioso y poder ejercer perdón con aquellas personas que según nuestro criterio no han actuado de forma correcta.
- ⇒ *Modestia y humildad*: nos llevaría a actuar desde la sencillez, evitar poner de relevancia de forma continua nuestros logros o buscar aprobación o atención.
- ⇒ *Prudencia*: supone una forma de actuar con cautela y discreción, valorando todas las posibilidades para, así, evitar riesgos innecesarios y autorreproches.
- ⇒ *Autocontrol o autorregulación*: se refiere a las emociones y los impulsos y nuestra capacidad de expresarlos y superarlos según nuestra voluntad y criterio.

Virtud básica: trascendencia

La trascendencia se define como ir más allá o considerar al ser humano una parte ínfima del universo y de la vida:

- ⇒ *Apreciación de la belleza y la excelencia*: lo que generaría admiración y sorpresa al reconocer algo que es bello, bueno y supremo.
- ⇒ *Gratitud*: es la capacidad de dar las gracias y valorar las cosas que tenemos.
- ⇒ *Esperanza*: incluirá el concepto presentado anteriormente, el optimismo, así como fe en

un futuro mejor.

- ⇒ *Sentido del humor*: tal como se ha definido, la capacidad de divertirse, de reírse y de ver el lado positivo de la vida.
- ⇒ *Espiritualidad*: incluye la fe en las creencias personales y/o religiosas.

La elaboración de este listado, tal como destacan los autores señalados, ha sido tarea laboriosa, compleja y en continua definición y revisión. Se han incluido aquellas que (Peterson y Park, 1999): son reconocidas por diferentes culturas, producen bienestar, son valores morales y no entorpecen la evolución de otras personas, cuyos opuestos: son negativos, son medibles, componen nuestra personalidad y suponen diferencias individuales.

Descripción técnica

La intervención sobre las FP se propone a partir de *una primera evaluación de las mismas*. Para ello se ha creado el VIA (*Values in Action*), un instrumento de medida de las FP (www.viacharacter.org), el cual ofrece un mapa de las fortalezas personales con las que contamos. *Cuando los clientes han identificado sus principales fortalezas del carácter mediante cuestionarios en línea, se les anima a utilizarlas de nuevas formas en su vida cotidiana* (Seligman y cols., 2004). Contemplan estos autores que las personas tienen entre tres y siete fortalezas preferentes, y señalan que nos centremos en las cinco de las que obtenemos puntuaciones mayores.

Las intervenciones psicológicas en relación a las fortalezas personales se centran en *entrenar las FP (educativas)* (1), y *fomentarlas (terapéuticas)* (2). En relación al primer tipo de actuaciones encontramos ejemplos como el de las *aulas felices* para incorporarlas como trabajo de valores en la infancia y adolescencia. Para fomentar las FP se han creado propuestas individuales y grupales. A. Amorós, E. Remor y J. A. Carrobbles (2005) crearon una intervención grupal que incluía el trabajo sobre los siguientes aspectos:

- a) Conocer qué son los recursos psicológicos.
- b) Tomar conciencia de la importancia de los recursos psicológicos.
- c) Conocer la relación entre el uso de los recursos psicológicos, la salud y el bienestar subjetivo.
- d) Diferenciar los estilos de comunicación personales: agresivo, tímido y asertivo.
- e) Desarrollar estrategias de afrontamiento optimista de los problemas.
- f) Identificar las claves para el desarrollo del entusiasmo y la vitalidad.
- g) Tomar conciencia de la importancia de la capacidad de perdonar.
- h) Conocer las diferencias entre los pensamientos positivos y negativos y el efecto que pueden tener sobre la salud y el bienestar subjetivo.
- i) Conocer la importancia de dar y de recibir elogios.
- j) Conocer y evaluar los logros personales y las capacidades para conseguirlos.

k) Adquirir y/o mejorar la capacidad de relajación.

Por tanto, se trataría de entender el concepto de FP, conjuntamente con el de bienestar psicológico, y trabajar por la mejora de las habilidades comunicativas, las estrategias de afrontamiento (concretamente el pensamiento positivo), el entusiasmo, el perdón, la autoapreciación y autovaloración y la capacidad de desactivación.

Otra propuesta es la de *intervenir sobre las seis virtudes básicas*, aquellas que son *valoradas de forma más consciente y que producen efectos positivos más destacables* (Peterson y Park, 2009). Recordando estas seis virtudes, se trataría de intervenir sobre la sabiduría y el conocimiento, el coraje, la humanidad, la justicia, la contención o moderación y la trascendencia. A partir del reconocimiento de las fortalezas, se puede intervenir de la siguiente manera:

- ⇒ *Entrenar las fortalezas personas en diferentes áreas de la vida de la persona*, por ejemplo, aplicar el coraje en el entorno laboral planteando aquella conversación pendiente con el jefe que no nos habíamos atrevido a tener o manifestando contención en una discusión con nuestra pareja. Sería una forma de plantear *experimentos con las fortalezas personales*. Asimismo, la práctica de estos experimentos también puede llevarse a cabo con las fortalezas con las que ya contamos y se puedan practicar a diario.
- ⇒ *Programa Taking Action with Strength* (Niemiec, 2013): propone la respuesta a qué debemos hacer una vez evaluadas las fortalezas personales. Plantea un proceso en tres fases: *toma de conciencia, exploración y acción*. En la primera fase, señala el doctor R. Niemec que debemos trabajar para adquirir un vocabulario relacionado con las fortalezas partiendo de la pregunta ¿cuáles son mis fortalezas y virtudes?, y aplicando ésta al día a día, ¿qué fortaleza estoy utilizando en este momento? Asimismo, se trata de comprender todas las correlaciones que existen entre éstas y el bienestar, desde el ámbito laboral al personal. La fase de exploración es básicamente reflexiva; una vez obtenidos los datos del VIA, pensar acerca de las fortalezas señaladas, los sentimientos que mantenemos respecto a estas fortalezas detectadas, profundizar en las cinco fortalezas con mayores puntuaciones y buscar situaciones pasadas y presentes en las que se hayan puesto en funcionamiento. La acción requiere poner en funcionamiento las de mayor puntuación, pero también la promoción de las menores.
- ⇒ *Programa Acquisition and use: 340 Ways*, de Tayyab Rashid (2015): plantea 340 ejercicios para cada una de las fortalezas, así como películas que pueden inspirarlas.
- ⇒ *Intervenciones sobre la gratitud*: esta emoción positiva del pasado se fomenta a partir del *ejercicio de las tres bendiciones* (Seligman, 2011) mediante el cual se recogen tres aspectos de nuestra vida que supongan que debemos dar gracias, es decir, que valoramos enormemente y lo escribimos cada día. También se puede trabajar mediante cartas de gratitud. Se trata de dar gracias en cualquier formato que podamos imaginar.

⇒ *Intervenciones sobre la admiración*: se reconoce la capacidad de admirar, así como de focalizar en personas y entorno mediante el modelado. Para ello, como se ha señalado anteriormente, se debe definir específicamente el modelo que admiramos, explicando las habilidades y valores que manifiesta y, por último, se intenta ejecutar en modo propio.

De hecho, M. Seligman (2011) señala que la intervención sobre fortalezas y virtudes se basa en su ejercitación en situaciones en las que ya las utilizamos (por tanto, observar de qué manera las desarrollamos y mejorar los puntos que dominemos menos) y en situaciones novedosas.

Por último, tal vez la mejor opción frente a éstas es adaptar su uso a nuestra realidad, por ello sería propicio *crear un plan de trabajo para aquellas fortalezas que deseemos potenciar*, detallando en el mismo actividades que permitan su uso (Carr, 2007).

EJERCICIOS

Los ejercicios que se exponen a continuación son los más comunes citados por fuentes y programas experimentales:

- ⇒ *Ejercicio de promoción y uso de las fortalezas y virtudes personales*: se trata de pensar las situaciones en las que podríamos utilizar aquellas fortalezas detectadas, así como encontrar modos novedosos para su uso (tabla 8.4).
- ⇒ *Ejercicios del programa Taking Action with Strengths* (Nimiec, 2013): el programa del doctor Nimiec incluye los siguientes puntos:
 - Autoobservación de las fortalezas a partir de la redacción sobre situaciones en las que se ha utilizado, y en las que no, las fortalezas personales.
 - Diario de las fortalezas y virtudes, por ejemplo, a través de cartas de gratitud o de perdón, las cuales, además, producen una mejora interpersonal.

TABLA 8.4 ([Descargar](#) o [imprimir](#))
Plan de promoción y uso de las fortalezas personales

FORTALEZAS PERSONALES DETECTADAS EN EL VIA	EJEMPLOS. ¿CÓMO HE UTILIZADO LA FORTALEZA HOY?	USO NOVEDOSO. ¿CÓMO PUEDO UTILIZARLA DE FORMA NOVEDOSA?	SITUACIONES. ¿EN QUÉ TIPO DE SITUACIONES AYUDARÍA ESTA FORTALEZA EN UNA MEJOR ACTUACIÓN?

Día 1: Fortaleza

Día 2: Fortaleza

Día 3: Fortaleza

Día 4: Fortaleza

Día 5: Fortaleza

FUENTE: elaboración propia.

- Emulación del modelo o ejemplo de alguien que cuente con una determinada fortaleza que se quiera potenciar y practicar en el uso de la misma.
- Proyectar la fortaleza en el futuro, es decir, visualizar de qué manera se podría utilizar más adelante.

⇒ *Ejercicios «los nueve de la PsiPos»* (Gander, Proyer, Ruch y Wyss, 2012): a continuación se exponen los ejercicios más comunes para fomentar fortalezas personales:

1. Visita de gratitud (Seligman y cols., 2005): escribir una carta de gratitud a una persona hacia la que sentimos esta emoción, pero a la que no se lo habíamos expresado.
2. Tres cosas buenas (Seligman y cols., 2005): escribir tres cosas buenas que han hecho por uno/a mismo/a.
3. Tres cosas que fueron bien: escribir tres cosas que fueron bien y cómo ocurrieron.
4. Tres cosas divertidas: escribir tres anécdotas que se recuerden e ir recogiendo las mismas que pasen en el día a día.
5. Uso de las fortalezas de una forma novedosa (Seligman y cols., 2005), ya comentado anteriormente.
6. Contando amabilidad (Otake y cols., 2006): contar los actos amables que se realicen a lo largo de una semana.
7. Regalo de tiempo (Peterson, 2006): ofrecer tres momentos de tiempo para conectar o reunirse con personas que son significativas para nosotros/as.
8. Una puerta se cierra y otra se abre (Rashid y Anjum, 2008): escribir sobre momentos de la vida negativos y consecuencias positivas que se derivaron de éstos.
9. Memorias tempranas (Seligman y cols., 2005): escribir sobre memorias tempranas.

Se puede aplicar el programa de Tayyab Rashid (2005) realizando una adaptación individual para cada persona a la que aplicamos el mismo, considerando las cinco fortalezas preferentes y recogiendo aquellas propuestas de mayor interés.

Ámbitos de aplicación

Se ha aplicado la intervención sobre fortalezas personales en el ámbito educativo y clínico, tal como se señalaba. En el ámbito educativo existen propuestas para trabajarlas en educación primaria y secundaria. La terapia basada en las fortalezas personales se incluye dentro de las intervenciones de psicología positiva para todo tipo de personas que requieran una mejora en relación a alguna/s de las fortalezas definidas.

Para ampliar la información

- Amorós-Gómez, A., Remor, E. y Carroble, J. A. (2005). Intervention Program For Promotion of Psychological Resources in Adults: Working in Progress. En *The Fourth International Positive Psychology Summit*. University of Toyota/The Gallup Organization, 29-2 de octubre de 2005, Washington DC.
- Aspinwall, L. G. y Staudinger, U. M. (2007) *Psicología del potencial humano*. Barcelona: Gedisa.
- Biswas-Diener, R., Kashdan, T. B. y Minhas, G. (2011). A dynamic approach to psychological strength development and intervention. *The Journal of Positive Psychology*, 6(2), 106-118. Se puede consultar en: <http://positiveacorn.com/wp-content/uploads/2012/02/BiswasDiener-Kashdan-2011-Strengths-JOPP4.pdf> (consultado el 10/12/2015).
- Carr, A. (2008). *Psicología positiva*. Madrid: Paidós.
- Gander, F., Proyer, R. T., Ruch, W. y Wyss, T. (2012). Strength-based positive interventions: further evidence for their potential in enhancing well-being and alleviating depression. *Journal of Happiness Studies*. DOI 10.1007/s10902-012-9380-0.
- Linley, A. P., Nielsen, K. M., Wood, A. M., Gillett, R. y Biswar-Diener, R. (2010). *Using signature strengths in pursuit of goals: Effects on goal progress, need satisfaction, and well-being, and implications for coaching psychologists*. En http://positiveacorn.com/wp-content/uploads/2012/01/Linley_2010.pdf pp. 6-15 (consultado el 10/12/2015).
- Niemiec, R. (2010). *Ten Principles of Character Strengths*. Se puede consultar en: <http://positivepsychologynews.com/news/ryan-niemiec/2010052611161> (consultado el 10/12/2015).
- Niemiec, R. (2013). *Character Strengths and Goal-Setting*. Se puede consultar en: <http://www.viacharacter.org/blog/character-strengths-goal-setting/> (consultado el 10/12/2015).
- Niemiec, R. (2013). *OK Now What? Taking Action with Strength*. Se puede consultar en: <http://www.viacharacter.org/blog/ok-now-taking-action-strengths/> (consultado el 10/12/2015).
- Park, N., Peterson, C. y Seligman, M. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal*

of Social and Clinical Psychology, 23, 603-619.

- Park, N. y Peterson, C. (2006). Moral competent character strengths among adolescents, the development and validation of the Values in Action Inventory of Strengths for Youth. *Journal of Adolescence*, 29, 891-905.
- Park, N., Peterson, C. y Seligman, M. (2006). Character strengths in fifty-four nations and fifty US states. *Journal of Positive Psychology*, 1, 118-129.
- Peterson, C. y Park, N. (2009). El estudio científico de las fortalezas humanas. En C. Vázquez y G. Hervás (coords.), *La ciencia del bienestar. Fundamentos de una psicología positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Peterson, C. y Seligman, M. (2001a). *Values in Action (VIA) Classification of Strengths*.
- Peterson, C. y Seligman, M. (2001b). *Values in Action Inventory of Strengths (VIA-IS) Manual*. Department of Psychology. Universidad of Pennsylvania.
- Peterson, C. y Seligman, M. (2003). Character strengths before and after September 11. *Psychological Science*, 14, 381-384.
- Peterson, C. y Seligman, M. (eds.) (2004). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. Londres: Oxford University.
- Peterson, C., Park, N. y Seligman, M. (2006). Greater strengths of character and recovery from illness. *Journal of Positive Psychology*, 1, 17-26.
- Rashid, T. (2005). *340 Ways to Use VIA Character Strengths*. Se puede consultar en: http://www.actionforhappiness.org/media/52486/340_ways_to_use_character_strengths.pdf (consultado el 10/12/2015).
- Seligman, M. (1998). *Aprenda optimismo. Haga de la vida una experiencia maravillosa*. España: Grijalbo.
- Seligman, M. (2002). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B.
- Seligman, M. (2011). *La vida que florece*. Madrid: Ediciones B.
- Seligman, M. y Vázquez, C. (2006). *Cuestionario VIA de fortalezas principales*. Recuperado el 2 de diciembre del 2015 del sitio web del Centro de Psicología Positiva de la Universidad de Pennsylvania y el Instituto de Psicología Positiva de la Universidad Complutense de Madrid: <http://www.authentichappiness.sas.upenn.edu/Default.aspx>
- Seligman, M., Steen, T., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress. Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.

Para ampliar la formación

Se empiezan a desarrollar programas de intervención sobre fortalezas personales. Las páginas web de referencia sobre el tema son:

<http://www.authentichappiness.sas.upenn.edu/>

<http://www.viacharacter.org>

FELICIDAD

Cada persona busca la felicidad de una manera diferente y por diferentes medios, y así se fabrican las diferentes formas de vivir.

ARISTÓTELES

La felicidad frecuentemente se cuela por una puerta que no sabías que estaba abierta.

JOHN BARRYMORE

Definición

La felicidad es aquello que perseguimos todos los seres humanos y de la que se han dado infinidad de definiciones y generado múltiples reflexiones, como las de los siguientes científicos y sabios.

Lo que dicen los científicos sobre la felicidad (Punset, 2005)

- ⇒ La felicidad es un estado emocional activado por el sistema límbico (de la amígdala en el hipotálamo) (...), el cerebro consciente tiene poco que decir.
- ⇒ La felicidad es una alternativa que supone una inversión de esfuerzo en su mantenimiento.
- ⇒ La felicidad está escondida en la sala de espera. El conocimiento se adquiere observando a los otros y, por último, el problema básico para adquirirla es el miedo. Todos los reptiles y mamíferos compartimos la resistencia al cambio y a la novedad.
- ⇒ Interpretamos los recuerdos cuando no hay tiempo ni información disponibles. El cerebro elucubra para sobrevivir.
- ⇒ Al principio y al final siempre hay una emoción.
- ⇒ La felicidad programada: la comida, el sexo, las drogas, el alcohol, la música y el arte. Éstos son algunos ejemplos de objetos o hechos que activarían nuestro sistema de motivación y de recompensa (por ejemplo, activando las endorfinas).
- ⇒ Para alcanzar la felicidad hay que considerar desaprender lo aprendido y disfrutar de la búsqueda y la expectativa (a veces más que de la consecución).

Lo que dicen los sabios (contemporáneos) sobre la felicidad (Santandreu, 2009)

- ⇒ Boris Cyrulnik habla de la resiliencia como aquella habilidad de saber construirse en cada ocasión. Así, un entorno afectivamente seguro desde el que explorar el mundo es necesario, ya que todo comienza en la infancia. Hay que hacer una lectura creativa y

positiva de lo que sucede, y en último lugar, en clave de aprendizaje.

- ⇒ Carl Honoré habla de una nueva forma de vivir, enlentecida. Crece la necesidad de pararse a pensar y escoger lo que queremos hacer y dejar que las emociones sigan su curso, y, finalmente, huir del perfeccionismo.
- ⇒ Andrew Weil afirma que hay que cuidar los circuitos de la mente mediante la meditación y la mejora de la función respiratoria, ya que nuestro mejor ansiolítico está en nuestro interior.
- ⇒ Claudio Naranjo habla de ser más auténticos e intentar hacer volver la espontaneidad, la independencia ante el pensamiento único y la capacidad de amar al hombre. Propone aprender a enfocar, escuchando el cuerpo y haciéndolo resonar en la frecuencia adecuada. Abre tu mente, juega, rodéate de personas, conecta con la naturaleza, práctica alguna forma de espiritualidad y sé sincero.
- ⇒ Lou Marinoff nos recomienda desarrollar el sentido de la vida, por ejemplo, mediante el ejercicio del funeral podemos encontrar nuestro camino. Sigue el camino de enmedio y así encontrarás la felicidad, nos dice.
- ⇒ Giorgio Nardone plantea la increíble capacidad que tenemos los seres humanos para complicarnos la vida, y que habría que deshacer los nudos que generamos (...). Los problemas se mantienen debido a un sistema de retroalimentaciones, por ejemplo, evitando o manteniéndose atascado.
- ⇒ Tomás Castillo dice que hay que ser racional en un mundo irracional. El ser humano tiene una ventaja evolutiva, el desarrollo del cerebro. Hay que cambiar nuestra forma de pensar. El primero es asumir que la adversidad nos hace grandes.
- ⇒ José Antonio Marina nos habla de aceptarse a uno mismo y a los demás. Aceptarnos incondicionalmente, no sentirnos superiores sino todos iguales, saber qué necesitamos de los demás y renunciar a juzgar, al orgullo y los castigos.
- ⇒ Jaume Sanllorente habla de la belleza del diario y de la virtud de la belleza interior, entrenándose en la bondad y en ayudar a los demás.

Se recogen aquí los propuestos por R. Santandreu (2009), pues la lista podría ser tan larga no como un libro, sino como una enciclopedia, si bien, en este punto es importante remarcar que se contempla la felicidad como un objetivo vital al que nos podemos acercar mediante esfuerzo, actitud y ciertas técnicas.

Objetivos

El objetivo principal sería poder acercarse o conseguir experimentar la felicidad. Específicamente, se trataría de fomentar las emociones positivas y la aceptación de las negativas; promover el sentido de la vida y un proyecto personal significativo; aumentar el uso de las fortalezas y virtudes personales; mejorar nuestro sentido del humor; encontrar aquellas

actividades que produzcan la experiencia de fluir y superar los reveses de la vida. Por tanto, sería una conclusión o cierre de los aspectos expuestos anteriormente.

Las premisas

¿Cómo se reparte la felicidad?

La felicidad es un estado relativamente invariable a lo largo de la vida que está determinado por factores genéticos en un 50%, actitudinales en un 40% y circunstanciales en un 10%. Nuestra familia y su propia experimentación de la felicidad determinará la nuestra, así como nuestras experiencias o lo que estemos viviendo. No obstante, en un 40% podemos conseguir una mejora de la misma. Se afirma que si se nos pregunta sobre cuál sería nuestro estado de felicidad en una escala del 0 al 10, las personas solemos asignar puntuaciones de 6 a 7, lo que denotaría una felicidad moderada. *Al fin y al cabo pensemos que la persona normal es moderadamente feliz, la media en una escala del 0 al 10 es de 6,75, en diferentes grupos de edad, sexos y razas* (Carr, 2007). Ésta varía a lo largo del tiempo, es un rasgo, tal como se ha señalado, a la vez que un estado.

Las personas buscamos la felicidad desesperadamente, pero no sabemos encontrarla. *Nuestro cerebro nos engaña constantemente porque nos hace buscar la felicidad en objetos, personas y situaciones que no nos producirán el placer o la satisfacción que esperábamos y nos oculta con malicia las auténticas delicias y regalos de la vida* (Gilbert, 2007).

En la obra *La vida que florece* (Seligman, 2011), el autor nos plantea que los seres humanos elegimos aquello que nos hace sentir bien. La felicidad se divide en tres elementos (según el valor intrínseco): la emoción positiva (de placer, gozo, calidez, consuelo...), la entrega (fluir, fundirse y sentir el tiempo parado) y el sentido o el propósito. La felicidad es un constructo abstracto, muy costoso de operativizar y rodeado de mitos, por lo cual es un concepto que nos cuesta definir, medir y entender.

Tipos de felicidad

La felicidad se puede entender desde diferentes perspectivas (Seligman, 2011):

- a) Hedonista (la que contempla buenos momentos, acumulación de experiencias y placeres sensoriales y que suele ser pasajera).
- b) La buena vida (entendida como aquella que se vive a partir de la experimentación de emociones positivas).
- c) Significativa (la que contemplaba A. Maslow como de autorrealización).

La felicidad hedonista es aquella que buscamos en la experimentación de placeres

sensoriales, por ejemplo, mediante observación de la belleza, escuchando un concierto o con un masaje corporal. Es un tipo de felicidad que suele ser pasajera y que mantiene un umbral de habituación —nos habituamos si experimentamos ese placer a menudo— y saciación —nos cansamos de ello—.

La felicidad que se basa en la buena vida se entiende como aquellos aspectos —objetos o relaciones— que nos hacen sentir bien, los cuales desencadenarán un alud de emociones positivas (y buenas sensaciones en general).

La felicidad significativa es aquella que nos da el poder experimentar las anteriores, así como el sentido de propósito y significado. Sentir que estamos haciendo aquello para lo que nos llama la vida. Y se añade que esta realización se consigue de forma inequívoca ayudando y acercándonos a los demás (la que se denomina *felicidad eudaimónica*).

La felicidad es el proceso que se vive experimentando placeres, teniendo una buena vida y/o llegando a cumplir con nuestros propósitos.

Variables determinantes de la felicidad

Existe una serie de variables que pueden relacionarse con diferentes niveles de felicidad: nula (no son determinantes o influyentes), moderada (influyen en ocasión) y alta (determinantes para nuestra felicidad). Son un primer punto de partida para la promoción de la felicidad.

Además de las variables expuestas anteriormente, también hay ciertas características de personalidad que facilitarán este estado como son ser una persona extrovertida, con propensión a la sociabilidad y la tendencia a volcarse con todo tipo de experiencias gratificantes (Deneve y Cooper, 1998). Así, observaremos a personas que se rodean de otras personas y de entornos ciertamente estimulantes y positivos, activos, con estabilidad emocional, reacciones frente a situaciones adversas moderadas y que manejan las mismas (o tienen la percepción de ser capaces de afrontar lo que venga en el futuro).

Los aspectos trabajados en puntos anteriores, como el optimismo, las emociones positivas, el sentido del humor o las fortalezas, muestran fuerte correlación con el bienestar personal (Park, Peterson y Seligman, 2004), con cierta convergencia entre las fortalezas de padres e hijos. Las fortalezas pueden ser enseñadas.

Son determinantes en el camino de la felicidad nuestras relaciones interpersonales, y la inteligencia social una herramienta clave. Las personas felices muestran relaciones familiares y de amistad sólidas, saludables y satisfactorias (Diener y Seligman, 2002).

Por último, se dice que la felicidad depende sólo en cierta medida de las circunstancias, por ejemplo, el estado o sociedad que nos rodea. La paradoja de Easterlin plantea que *el crecimiento económico no incrementa significativamente el bienestar de los ciudadanos, ya que observó que el bienestar subjetivo de la gente parece estancado aunque el crecimiento económico se hubiera duplicado* (Easterlin, 1995).

Mitos acerca de la felicidad

Al ser un concepto complejo, existen mitos que lo rodean; el primero que nos sobreviene es el del dinero que da la felicidad. Contrariamente a lo que se suele pensar, el dinero no da la felicidad más allá de la obligación de cubrir nuestras necesidades básicas. Una vez cubiertos estos mínimos, *la relación entre dinero y felicidad no es paralela, sino difuminada, pasajera y con una intensidad en disminución progresiva* (Wilson y Gilbert, 2005). Aunque pensemos que el hecho de que nos tocara la lotería sería la máxima felicidad, se ha comprobado que esta emoción positiva dura entre uno a tres años después de que toque, y después volvemos a nuestra línea base.

TABLA 8.5
Correlaciones positivas con la felicidad y la satisfacción vital

NULA O ESCASA	MODERADA	ALTA
Edad	Número de amigos	Gratitud
Sexo	Matrimonio	Optimismo
Educación	Religiosidad	Tener trabajo
Clase social	Tiempo de ocio	Actividad sexual
Salario	Salud física	Afecto positivo
Etnia	Extraversión	Gemelos
Inteligencia	Neuroticismo	Autoestima
Atractivo físico	Locus interno	

FUENTE: Peterson (2006).

Otro mito es el que rodea las circunstancias, pensamos qué circunstancias *X* o *Y* nos producirán mayor o menor felicidad. Éstas sólo determinan un 10%, considerando además que las personas recordamos si fueron agradables o desagradables, el punto de mayor intensidad y cuando finalizan (Kahneman, 1999). Es evidente que en ciertas circunstancias es difícil sentir felicidad, por ejemplo, bajo pérdida de libertad.

De hecho, el equipo de Sonja Lyubomirsky (2014) ha realizado un estudio acerca de los mitos de la felicidad, entre los que señalan los siguientes:

- ⇒ *Seré feliz cuando encuentre a la persona adecuada:* se justifica su no cumplimiento en el hecho de que las parejas evolucionan de forma normal de una etapa de enamoramiento y euforia a otra, menos apasionada y positiva. Señalan que pasamos de momentos de acercamiento a otros de evitación; por ello, tener pareja te sitúa en una posición más favorable para sentir la felicidad, pero no te la da todos los días, a todas horas y no sin esfuerzo y algún que otro conflicto.
- ⇒ *No seré feliz si mi relación fracasa:* señala la autora que después de un divorcio o separación aún hay vida. Es evidente que mantener una relación tiene ciertas ventajas,

pero vivir sin pareja también, además de que es posible encontrar pareja después de una separación.

- ⇒ *Seré feliz cuando tenga hijos*: ligar la felicidad a la crianza de los hijos, lo cual supone esfuerzo, estrés y agotamiento emocional, es relativo. Los hijos dan felicidad, sobre todo al dar el paso de no tenerlos a tener el primero; posteriormente, al haber experimentado ya lo que se siente, no es que disminuya la emoción, pero se vive de otra manera.
- ⇒ *No seré feliz si no tengo pareja*: las personas solteras también son felices y no responden a la imagen de soltería es igual a vida amargada —como nos imaginábamos a esas tías que no se casaban en otras épocas—.
- ⇒ *Seré feliz cuando encuentre el trabajo apropiado*: tras un nuevo empleo solemos experimentar felicidad, lo que se denomina efecto resaca, el cual dura un año aproximadamente. Después, cualquier trabajo tiene efectos positivos y negativos, produciéndose además el efecto techo —cuando hemos aprendido todo lo que nos hacía falta del trabajo—. Por tanto, como en el caso de la pareja, es un proceso evolutivo, dinámico y cambiante.
- ⇒ *No seré feliz sin dinero*: como ya se ha señalado, el dinero no da la felicidad, el dinero da tiempo libre para invertirlo en uno/a mismo/a —lo cual no es sinónimo de felicidad, igualmente—. Los ingresos económicos se correlacionan con la felicidad de forma escasa —más valorados para los que no lo tienen y se encuentran en el umbral de la pobreza que para los que se mantienen y aspiran a cobrar un sueldo mayor—. Se puede vivir igual de feliz con menos.
- ⇒ *Seré feliz cuando sea rico*: no existe correlación entre mayor nivel de riqueza y mayor nivel de felicidad.
- ⇒ *No puedo ser feliz si cuando miro al pasado no puedo hacer balance positivo*: todos tenemos un pasado medio feliz o infeliz, con aspectos positivos y negativos, no se puede borrar y supone una parte de nosotros. Ciertamente el pasado deja marca, pero cual cicatriz; aunque de vez en cuando produzca dolor, también nos recuerda quiénes somos, nuestras batallas y éxitos.
- ⇒ *No seré feliz si no consigo ser grande*: sería aquella reflexión que realizamos generalmente al sobrepasar cierta edad acerca de lo que siempre quisimos hacer o ser y no llegamos (lo que deseamos y no fue). Tenemos tendencia a focalizarnos en los aspectos que se mantienen inconclusos de nuestra vida, lo que se llama *efecto Zeigarnik*. Pensemos que no podemos conseguir todo lo que nos proponemos.
- ⇒ *No seré feliz, pues no puedo volver a aquellos años felices*: la idea de que otros tiempos fueron mejores ha sido llevada al cine de forma magnífica por Woody Allen en *Midnight in Paris*. Además, pensamos que nuestra infancia, adolescencia o juventud son mejores que lo que nos queda por delante. Atribuimos la felicidad a etapas evolutivas anteriores, cuando, si las recordáramos fehacientemente, veríamos que éstas tuvieron sus malos y buenos momentos, como cualquier etapa. Respecto al ciclo vital, la

mayoría de los niños tienen una tendencia natural hacia la satisfacción vital (Huebner, 2004) y son más felices que los adultos. Además, la memoria nos hace trampas, como, por ejemplo, con *el efecto bump* (Rubin y Berntsen, 2003), que dice que cuando se trata de recordar cosas positivas, las personas de más de cuarenta años recuerdan experiencias de la adolescencia o juventud temprana e identifican los momentos más felices en torno a los 30.

La felicidad no está en un objeto, persona o estado, sino en nuestro interior, componiéndose de un poco de esto y otro de aquello.

¿Cómo conseguir una vida satisfactoria?

La vida satisfactoria se consigue a partir de diferentes elementos, como son (Vázquez y Hervás, 2009):

- a) Las *metas vitales*, que son aquellos objetivos que nos planteamos conseguir en la vida y que nos producen un alto nivel de motivación. Éstas producen conductas de aproximación y de evitación (alejándonos de situaciones desagradables), produciendo bienestar y alivio, respectivamente. Para que estas metas puedan llevar a la vida satisfactoria es necesario que sean accesibles, mejor si son a corto o medio plazos y, en el caso de ser a largo plazo, que en el camino se vaya recibiendo *feedback* positivo.
- b) Las *necesidades básicas* deben cubrirse, siendo más fáciles aquellas que dependen de nosotros/as mismos/as. Las necesidades psicológicas básicas son (Deci y Ryan, 2000): las de vinculación (relaciones saludables), las de competencia (sentirnos productivos y eficaces), de autonomía (independencia), autoaceptación (valorarnos positivamente), de sentido (con propósitos) y de vitalidad y crecimiento. La felicidad está asociada a mantener un cierto equilibrio en la consecución de estas necesidades (Sheldon y Niemec, 2006), no en conseguirlas todas.

Por tanto, la vida satisfactoria está determinada por metas y necesidades, conseguir plantearlas con coherencia y lograr cumplirlas.

Constructos de felicidad

Años más tarde del planteamiento del modelo PERMA, explicado en la introducción del presente capítulo, M. Seligman (2002) señala que la felicidad responde a la siguiente fórmula, la ansiada *fórmula de la felicidad*:

$$\text{Felicidad} = R \text{ (rango fijo)} + \\ + C \text{ (circunstancias)} + V \text{ (voluntad)} -$$

Así, la felicidad se compone de un rango fijo —una línea base personal— de las circunstancias que nos rodean, nuestra actitud y restarían ciertos bloqueos u obstáculos. Algunos de los mayores obstáculos para la felicidad son (André, 2010): pensar que no estamos dotados para la felicidad y que ésta está fuera de nuestro alcance; el miedo a sentirse feliz y la comodidad de no cambiar y mantenerse en el malestar (algo que respondería al refrán «más vale malo conocido que peor por conocer»); miedo a la incertidumbre y a lo que pueda venir después (sería como cambiar el «después de la tormenta viene la calma» y pensar que «después de la calma viene la tormenta»), y mantener una distancia demasiado amplia entre lo que se espera y lo que se puede lograr. Es decir, como máximo obstáculo frente a la felicidad estarían nuestros miedos.

En su libro *La ciencia de la felicidad* (Lyubomirsky, 2008) destaca que *todos queremos ser felices, aunque no lo admitamos abiertamente o envolvamos nuestro deseo con otra palabras.*

Otro concepto importante es el de bienestar personal (Vázquez y Hervás, 2009). *El bienestar personal es la valoración subjetiva y reflexiva, además de una sensación emocional y pensamiento, de sentirse bien.* El bienestar personal se compone en este caso de afecto positivo y de la percepción de satisfacción respecto al global de nuestra vida y de aspectos específicos que conjugan la misma. Así, *en este afecto positivo parece que tiene un mejor efecto promover, disfrutar y mantener placeres cotidianos, aunque parezcan pequeños, que buscar placeres más explosivos aunque infrecuentes* (Avia y Vázquez, 1998). La satisfacción global se definiría a partir de un sentimiento de satisfacción vital, de vinculación, de significado y éxito y, por último, la satisfacción específica se consigue aplicando los elementos anteriores en un área específica de la vida, como, por ejemplo, la profesión, el ocio, la pareja, etc.

La felicidad, considerada un constructo poco operativo, imposible, lejano e incluso, a veces, ilusorio e ingenuo, es una opción y no sólo eso, debería ser el objetivo de cualquier persona.

¿Cómo piensan las personas felices?

Las personas felices muestran patrones de pensamiento determinados, lo cual da una pista más sobre cómo trabajar en pro de la misma. A continuación las características del pensamiento en personas con altos niveles de felicidad (Lyubomirsky, 2008):

- ⇒ Dedicar mucho tiempo a su familia y amigos, a fortalecer sus relaciones y disfrutar de éstas.
- ⇒ Se sienten cómodas expresando su gratitud.
- ⇒ Son las primeras en ofrecer ayuda a los demás.

- ⇒ Son optimistas al imaginar el futuro.
- ⇒ Saborean los placeres de la vida y tratan de vivir el presente.
- ⇒ Hacen ejercicio físico como un hábito semanal.
- ⇒ Profundamente comprometidas en objetivos y ambiciones para toda la vida.
- ⇒ Soportan estrés, tienen crisis y sufren tragedias (...), pero tienen la fuerza suficiente para hacerlos frente.

Finalmente, como conclusión de este apartado acerca de las premisas básicas sobre la felicidad, cabe destacar que el cultivo de la misma empieza por tomar la decisión de ser feliz. *El príncipe de Ligne, mariscal del imperio austrohúngaro, creó un tratado de la felicidad en el que proponía despertarse y preguntarse a sí mismo: ¿podré complacer a alguien hoy?, ¿cómo podría divertirme?, ¿qué comeré?, ¿podré ver a alguien amable o interesante?, y, finalmente, ¿haré algo interesante, útil o agradable? Así, la felicidad es fruto del esfuerzo y la reflexión sobre cuatro verbos: ser, tener (poseer), hacer (caminar, trabajar, hablar) y pertenecer (a una familia, amigos, etc.) (...) La felicidad se construye no a base de conseguir objetos, sino como un sentimiento de lo que deberíamos ser conscientes (André, 2007).* Por tanto, podemos trabajar para conseguir potenciar al máximo ese 40% de margen actitudinal.

Descripción técnica

La psicología positiva sería la consideración genérica de un tipo de técnicas dedicadas a la mejora del bienestar personal. Existen múltiples propuestas y modelos de intervención en psicología positiva, de los que se exponen a continuación algunos:

1. *Método AIM de búsqueda de la felicidad* (Diener, 1984, 1994): mediante el acrónimo AIM identifica tres acciones que se pueden aplicar en la búsqueda de la felicidad, como son: atender y prestar atención a cosas positivas (A), interpretar de forma positiva y elegir hacer las cosas de la mejor manera posible (I) y memorizar los momentos felices y rememorarlos (M). Implicaría poder centrar la atención en el presente, por ejemplo, mediante *mindfulness* o *savoring*; interpretar las cosas de otra manera, a partir de un optimismo inteligente o de técnicas narrativas que nos muestran que el cambio es posible y, el memorizar selectivamente o como mínimo trabajar sobre los detalles que recogemos de cada situación, lo cual se puede facilitar desde la PNL.
2. *Aplicación de la psicología positiva en el tiempo pasado, presente y futuro* (Leimon y McMahon, 2014): estos autores plantean un enfoque desde la intervención presente, considerando igualmente nuestro pasado y nuestro futuro. Consideran que las experiencias del pasado determinan nuestra conducta presente, así como condicionan el futuro. Proponen una serie de ejercicios reflexivos acerca del pasado que ya pasó, como son:

- Pensar acerca de las experiencias más significativas de nuestras vidas; por eso necesitamos elaborar *un mapa vital*, por ejemplo, dividiendo un papel en tres columnas en las que recoger las experiencias positivas y negativas de las diferentes etapas vividas, así como considerando cómo nos afectan todas ellas en el presente (pudiéndolo recoger en otro apartado).
- Ejercitar el perdón sobre aquellas circunstancias que lo requieran, lo cual no significa olvidar sino aprender de ello y pasar página, sin olvidar.
- Practicar el agradecimiento, lo cual se expone como técnica propia de intervención de psicología positiva.
- Intentar experimentar viendo con los ojos de un niño/a, como se expone en el libro de *El Principito* tras la famosa frase de «Lo esencial es invisible a los ojos...», y poder ver con esa mirada pura, inocente y alegre puede ayudar a experimentar el pasado de otra manera.

Respecto a las propuestas enfocadas al presente, destacan todas aquellas que van dirigidas a prestar atención, saboreando momentos y actividades.

Para el futuro plantean una planificación y consideración positiva. Por tanto, además de intentar mirar al futuro con esperanza, proponen anticipar lo mejor, comportarse de manera constructiva, centrarse en lo importante (ordenar las prioridades para el futuro) e intentar dejar un buen legado al mundo.

3. *Intervenciones psicológicas positivas* (Vázquez y Hervás, 2009): existen distintos programas de aplicación de las diferentes intervenciones de psicología positiva, las cuales destacan:

- El *programa Fordyce* (1977, 1983), identificando el bienestar personal como un aspecto educable y entrenable. Es un programa de actividades intencionales, entre las que describe las siguientes:
 - Mantenerse activo y ocupado, con actividades placenteras, físicas demandantes, innovadoras, en compañía y con sentido.
 - Dedicar más tiempo a actividades sociales y fuera de casa.
 - Trabajos productivos y con significado.
 - Gestión y manejo del tiempo.
 - Detener las preocupaciones.
 - Ajustar las expectativas y las aspiraciones.
 - Desarrollado un sentido de pensamiento optimista y positivo.
 - Centrarse en el presente y no en el pasado o en el futuro.
 - Cultivar una personalidad saludable y auténtica.
 - Eliminar sentimientos negativos y problemas.

Es un programa de activación conductual que respondería a las técnicas con dicho nombre, así como de reestructuración del pensamiento —en la línea de lo expuesto para fomentar el optimismo— y, por último, de promoción de emociones positivas. Pero lo importante no son sólo estos puntos, sino entender el bienestar personal desde el punto de vista educativo.

- *Intervenciones positivas sobre el pasado:* técnicas narrativas sobre sucesos del pasado, intervenciones basadas en la gratitud, entrenamiento en memoria autobiográfica positiva (Seligman, 2003) e intervenciones basadas en el perdón.
- *Intervenciones sobre el futuro y el desarrollo de potencial:* intervenciones basadas en la esperanza, en los hitos, en las fortalezas...
- *Intervenciones en trastornos adaptativos:* de aceptación, afrontamiento y aprendizaje a partir de los problemas. Imprenta vital y progreso (Neimeyer, 2000), carta de proyección hacia el futuro (cómo me veo dentro de diez años, escribirla en segunda persona), mis mejores virtudes, creación de una descripción metafórica del acontecimiento estresante, abrirse hacia el futuro (con curiosidad, esperanza y optimismo) y el libro de mi vida (con palabras y símbolos).
- *Intervenciones positivas en situaciones adversas:* para crear capacidad de dar propósito y significado a las cosas que suceden (Frankl, 1946; Wong y Fry, 1998), capacidad para escoger los caminos de la vida (*self-determination*), optimismo y sentido del humor, sobre la esperanza (Cheavens y cols., 2006) y confianza en uno mismo. Para ello hay que trabajar sobre tres conceptos, como son la reconstrucción situacional, la focalización y las autorrecompensas (Kobasa y Mardi, 1984). Algunas de las tareas relacionadas son: crear un concepto de vida plena y con sentido (*meaningful*), conciencia y regulación emocional, satisfacción con uno mismo y crecimiento personal, relaciones con personas positivas, definir una posición positiva en el mundo (respondiendo a la pregunta ¿qué podemos hacer para crear un mundo mejor?), aceptación realista y detección de signos de cambio.
- *Programa VIP* (Águeda y Nieto, 2008): desde este programa integran diferentes modelos teóricos, como el constructivismo social o la pedagogía de la opresión, más allá del propio de la psicología positiva. Los aspectos sobre los que trabajar son: la percepción de uno/a mismo/a en el presente (fortalezas y valores), elaboración del pasado y consideración de lo que nuestra familia nos ha dejado, cambios de lenguaje, pensamiento optimista, desarrollo del humor, fomento de la felicidad e integración de esto en el contexto sociocultural. Para cada uno de estos aspectos presenta una serie de ejercicios.

4. *Revisión de intervenciones de psicología positiva* (Tayyab Rashid, 2014): se presentan las principales intervenciones que se proponen desde la psicología positiva, exponiendo 14 tipos de técnicas específicas, algunas ya recogidas en apartados anteriores.

Un estudio realizado por Seligman y cols. (2005) describe cinco ejercicios de psicología positiva que demuestran eficacia en el tratamiento de la depresión, como son: la carta de agradecimiento (escrita a una persona significativa para la persona y compartida con la misma), el ejercicio de las tres bendiciones, recoger y trabajar sobre las fortalezas personales (representando tres ejercicios: cuestionario, situaciones que representen su uso y fomento de uso en situaciones novedosas).

TABLA 8.6
Intervenciones de psicología positiva

ÁREA DE INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA
Orientación hacia la psicología positiva y potenciación de recursos	Comprender los conceptos de base de la psicología positiva, los seis elementos expuestos, así como el modelo PERMA, que determina la importancia de trabajar sobre las emociones positivas, el compromiso, las relaciones, el significado y el logro de objetivos. Un primer ejercicio que se plantea en este punto es escribir sobre nuestra biografía y la mejor versión de nosotros/as mismos/as, con final feliz.
Fortalezas personales	Identificación de las fortalezas personales, junto con los cinco de mayor uso, así como potenciar una a una las de mayor interés para nuestra cotidianidad.
Emociones positivas	Identificación de emociones positivas, así como valoración y potenciación de las mismas, tal como se expone en el capítulo correspondiente.
Buenas y malas memorias	Discusión acerca de cómo las malas memorias perpetúan los síntomas que se puedan experimentar y de su poca utilidad cognitiva, creando un registro mayor de buenas memorias.
Perdón	Recoger las circunstancias que nos han dañado o en las que nosotros hemos dañado a otros (transgresión), recoger las emociones desencadenadas y, por último, carta de perdón (pidiéndolo o perdonando a quienes nos agredieron).
Gratitud	Ejercicio de gratitud y tres bendiciones, considerando todo aquello que tenemos a nuestro alrededor y por lo que queremos dar gracias.
Satisfacción <i>versus</i> maximización	Se trata de trabajar sobre la toma de decisiones frente a múltiples posibilidades con las que nos encontramos en nuestro día a día. La tendencia maximizadora se define como aquella búsqueda de la perfección, del máximo y mejor, que no se puede conseguir y que produce infelicidad. En este sentido, se trata de buscar la alternativa y es la satisfacción con aquello escogido.
Esperanza y optimismo	Atención y fomento del pensamiento positivo.
Comunicación positiva	Buscar fórmulas de comunicación óptima, no se trata de mantener siempre un diálogo positivo, sino también de saber decir cosas negativas de la mejor manera posible. Sería responder a la premisa de haz a los otros como harías por ti mismo/a, pero aplicándolo a comunicar, di las cosas como te gustaría que te las dijeran a ti.
Potenciación de otros	En este sentido, se trata de realizar actos de empatía, así como de reconocimiento de las fortalezas personales de los otros (familiares, amigos y conocidos, incluso). Todos tenemos fortalezas y virtudes y si las reconocemos e incluso comunicamos a los demás, estableceremos un refuerzo sobre la base de esta comunicación positiva.
<i>Savoring</i>	Saborear desde la comida a cualquiera de las actividades cotidianas que realicemos, más o menos

agradables.

Regalo de tiempo y legado	Se trata de ofrecer nuestro tiempo a los demás para diferentes tareas y/o actividades, así como plantearse un legado personal (un hijo, un libro y plantar un árbol son aquellos ejemplos que nos proponían antiguamente, pero se puede ampliar a múltiples aspectos).
Vida plena	Desarrollo de actividades de fluir, así como de nuestro potencial personal y una vida significativa. ¿Para qué crees que estás en este mundo? ¿Cuál es tu propósito de vida?, esas serían las preguntas sobre las que reflexionar.
Seguimiento y evaluación	Se recomienda ir evaluando la consecución y resultados de las diferentes intervenciones expuestas.

FUENTE: Rashid (2014).

El objetivo último de la vida no es meramente sobrevivir ante la adversidad, sino florecer y crecer. Todos merecemos una vida feliz, saludable y plena. Una buena vida es posible para todos, pero requiere las estrategias adecuadas y trabajar duro en ello. La investigación y las prácticas guiadas por la psicología positiva pueden contribuir de modo significativo a lograr este objetivo (Park, Peterson y Sun, 2013). Las terapias de bienestar, y genéricamente la psicología positiva, aspiran a ayudar a las personas a cumplir este objetivo final.

EJERCICIOS

Los ejercicios que se presentan a continuación se han englobado según el equipo de investigación que los proponen. Se han querido incluir todos los ejercicios de cada equipo de investigación aunque algunos sean similares con diferentes nombres:

⇒ *Ejercicios del equipo de investigación de Sonja Lyubomirsky (2008):*

Primera evaluación de la felicidad: es el ejercicio que encabeza su libro y que parece no sólo una reflexión inicial positiva, sino también una manera de desmontar mitos al respecto.

Haz un primer pensamiento sobre lo que crees que te haría más feliz, entre: una relación, más flexibilidad laboral, otro trabajo, más espacio, un marido o una mujer más atentos, un hijo/a, parecer más joven, menos dolor, adelgazar, más dinero, más tiempo u otros. Especifica:

Ninguna de estas cosas te hará mucho más feliz. Tendemos a buscar la felicidad en lugares equivocados. Lo que creemos que supondrá un gran cambio en nuestras vidas sólo supone una pequeña diferencia, mientras que pasamos por

alto las verdaderas fuentes de la felicidad y el bienestar personal.

Así, desde este equipo de investigación proponen (Lyubomirsky, 2008):

- *Ejercicio de analizar las causas de la infelicidad:* Leon Tolstoi, en *Ana Karenina*, afirma que *las familias felices son todas diferentes, y las familias infelices, cada cual también es infeliz a su manera*. Hay muchas variedades y causas de la infelicidad. Se trata a este respecto de pensar cuáles son los factores que interfieren y/o bloquean nuestra felicidad.
- *Expresar gratitud:* dar las gracias por las buenas cosas que tenemos o transmitir su gratitud y reconocer a las personas a las que nunca has dado las gracias como corresponda.
- *Cultivar el optimismo:* llevar un diario en el que imaginas y escribes el mejor futuro posible para ti trata de practicar el lado positivo de todas las situaciones y piensa en lo que puedes aprender.
- *Evitar pensar demasiado y la comparación social:* utilizar estrategias como la distracción para disminuir la frecuencia con la que piensas en tus problemas y lo que te comparas con los demás.
- *Practicar la amabilidad:* hacer cosas buenas por los demás, sea directamente y de forma anónima.
- *Cuidar las relaciones:* invertir tiempo y energía en curarlas, cultivarlas, ratificarlas y disfrutar.
- *Aprender a perdonar:* diario o carta en la que tratas de desprenderte de la ira y el resentimiento respecto a una persona o varias que te hayan hecho daño o hayan sido injustas contigo.
- *Hacer actividades que te distraigan y te atraigan,* aumentando experiencias que te entusiasman.
- *Saborear las alegrías de la vida:* prestar atención, deleitarse y repetir los placeres de la vida y sus maravillas.
- *Comprometerse con los objetivos planteados,* en puntos anteriores y para la vida.
- *Practicar la religión y la espiritualidad.*
- *Ocuparse de tu cuerpo:* recomiendan a este respecto la actividad física, la meditación, sonreír y reír.

⇒ *El equipo de investigación de M. Seligman (2006, 2011, 2015):* propone, sin repetir los anteriores —puesto que algunos son propuestas compartidas—, los siguientes:

- *Ejercicio que consiste en ser amable:* piense en algo totalmente inesperado y hágalo mañana.

- *La visita del agradecimiento*: cierre los ojos y evoque el rostro de alguien que esté vivo y que años atrás hizo algo o dijo algo que cambiaría su vida para mejor. Escriba una carta de agradecimiento.
- *Ejercicio sobre fortalezas personales*: se trataría de ejercitar una o más FP de una forma novedosa (por ejemplo, si una de las FP que tenemos es la creatividad, dedicar dos horas a escribir un guión).
- *Ratio de Losada*: plantea una ratio para las intervenciones positivas que debemos respetar en diferentes áreas, así se deberían dar 2,9 aspectos positivos por cada uno de negativo en el ámbito laboral y cinco positivos por cada uno negativo en un matrimonio sólido. Por tanto, según la ratio de losada podemos trabajar para propiciar un trabajo y un matrimonio más felices; así, primero pasa por un registro de aspectos positivos y negativos en ambas áreas y, luego, un plan de intervención elaborado individualmente.
- *Ejercicio de fijación de objetivos para el futuro*: escribir una lista, técnicas de visualización o *collaging* con imágenes o palabras que resuman lo que quieres en la vida.
- *Ejercicio de filosofía de la vida*: resumir la filosofía de vida en un máximo de 25 palabras.
- *Ejercicio de aprovecharse de emociones positivas*: recordar ejemplos claros en los que uno/a se sintió positivo.

⇒ *Ejercicios, experimentos y rituales de psicología positiva* (Vöpel, 2003): este autor ha realizado un planteamiento de psicología positiva desde la intervención clínica al ámbito educativo, tratando de exponer cómo potenciar la psicología positiva en educación primaria y secundaria. De entre los ejercicios planteados para la terapia, destacan los siguientes:

- *Valora tu pasado*: haz una línea y escribe en esta línea de vida tus buenos y malos momentos, y luego ponle el valor que le otorgan con el signo $\pm$, según corresponda, y el significado que han tenido para ti.
- *El reloj de la vida*: dibuja un reloj y pon la hora, después piensa sobre lo siguiente: *es demasiado tarde para ..., es demasiado temprano para ..., es el momento para ..., necesitaría más tiempo para ..., espero que ocurra ..., y otras cuestiones que se plantean en torno al tiempo.*
- *Las estaciones del alma*: para que pueda nacer algo nuevo, tiene que morir el viejo. Haz una lista con cosas importantes que has perdido y que estarías dispuesto a perder y una segunda lista sobre cosas que salen a la luz.
- *Las tres personas más importantes de tu vida*: piensa en aquellas personas que han sido importantes para ti y que te han hecho aprender más o acompañado mejor, tanto si hablamos de amigos, como de enemigos. Escribe una carta a una

de esas personas con las que hayas tenido una relación difícil.

- *Mi imagen del mundo:* haz una carta a un hijo —presente o futuro—, sobre cómo es el mundo. Intenta generar una imagen positiva del mundo, y, si te cuesta, puedes consultar imágenes sobre cuán hermoso puede ser éste.
- *Abrazo por escrito:* si te cuesta expresar tus sentimientos, siempre puedes hacerlo por escrito y enviar un abrazo, o lo que sea necesario.
- *Mi mundo interior:* hazte una minientrevista preguntándote sobre tus triunfos y objetivos en la vida, las heridas y cómo has conseguido curarte, tu mundo emocional y cómo te gustaría evolucionar.
- *Honrar a los otros:* piensa en la persona, lo que te ha dado y los acontecimientos concretos por los que te sientes agradecido/a.
- *Dar más significa recibir más:* estamos equivocados, pensamos que tenemos el derecho de pedir y recibir lo que pedimos, cuando la premisa debería ser la contraria, hacer el ejercicio de dar sin esperar recibir nada a cambio. De hecho, cuando hacemos este ejercicio, acabamos recibiendo más de lo que esperábamos inicialmente.
- *Energía positiva:* piensa que el positivo atrae a lo positivo, por tanto, si tu aspiración es tener buenas relaciones, comienza a imaginar que te rodeas de gente buena, bonita, divertida, positiva y que cubren tus necesidades. Todo empieza por esta buena energía, y verás cómo irás llamando a este tipo de gente a tu alrededor.

La felicidad está a disposición del que la busca, aunque hace falta asumir ciertos matices a tal afirmación y una buena dosis de actitud y esfuerzo.

Ámbitos de aplicación

La psicología positiva se ha aplicado principalmente en tres ámbitos, el de la clínica, el de la salud y el educativo. A nivel clínico, se aplica sobre diferentes problemáticas, como la depresión, la agresividad o el estrés (Seligman, 2001; Seligman y Peterson, 2003), así como para problemas subclínicos en los que haga falta trabajar sobre las emociones o pensamiento negativo. Desde la psicología de la salud se aplica ésta en dos sentidos, el preventivo y el de recuperación de ciertas patologías, pues favorece ambas (Seligman, 2011). Por último, a nivel educativo, existen estudios en relación a ésta y el fomento de diferentes tipos de motivación, la extrínseca y la académica (Ryan y Deci, 2000), así como la exploración de ambientes que favorecen el aprendizaje (Grolnick y Ryan, 1987).

Para ampliar la información

- André, C. (2007). *El arte de la felicidad*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- André, C. (2010). *Los estados de ánimo. El aprendizaje de la serenidad*. Barcelona: Kairós.
- Argyle, M. (1992). *La psicología de la felicidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Avia, M. D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bertisch, H., Rath, J., Long, C., Ashman, T. y Rashid, T. (2014). Positive psychology in rehabilitation medicine: A brief report. *Neuro Rehabilitation*.
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva*. Madrid: Paidós.
- DeNeve, K. M. y Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124(2), 197-229.
- Diener, E. (1984). Subjective Well Being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. (1994). Measuring Subjective Well Being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 28, 35-89.
- Diener, E. y Seligman, M. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13, 80-83.
- Easterlin, R. A. (1995). Will raising the incomes of all increase the happiness of all? *Journal of Economic Behavior and Organization*, 27, 35-47.
- Fordyce, M. W. (1981). *The psychology of hapiness*. Fort Myers, Florida: Cypress Lake Media.
- Gilbert, D. (2007). *Stumbling on happiness*. Nueva York: Vintage.
- Grolnick, W. S., y Ryan, R. M. (1987). Autonomy in children's learning: An experimental and individual difference investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 890-898.
- Headey, B., Schupp, J., Tucci, I. y Wagner, G. G. (2010). Authentic happiness theory supported by impact of religion on life satisfaction: A longitudinal analysis with data for Germany. *The Journal of Positive Psychology*, 5, 73-82.
- Huebner, E. S. (2004). Research and assessment of life satisfaction of children and adolescents. *Social Indicators Research*, 66, 3-33.
- Kahneman, O. (1999). Objective happiness. En E. Diener, N. Schwartz y O. Kahneman, *Well-being: the foundations of hedonic psychology* (pp. 3-27). Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Kashdan, T. B. y Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30, 865-878.
- Leimon, A. y McMahon, G. (2014). *Psicología positiva para dummies*. Madrid: Para Dummies.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la felicidad: un método probado para conseguir el bienestar*. Barcelona: Urano.
- Park, N., Peterson, C. y Sun, J. K. (2013). La psicología positiva: investigación y aplicaciones. *Terapia psicológica*, 31(1), 11-19.
- Peseschkian, N. (2000). *Positive Psychotherapy*. Nueva Delhi: Sterling Publishers.
- Peterson, C. (2006). Strengths of Character and happiness: introduction to special issue. *Journal of Happiness Studies*, 7(3), septiembre, 289-292.
- Punset, E. (2007). *El viaje a la felicidad*. Madrid: Destino.

- Rashid, T. (en prensa). Positive Psychotherapy: A strength-based approach. *Journal of Positive Psychology*.
- Rashid, T. y Seligman, M. (2013). Positive Psychotherapy. En D. Wedding y R. J. Corsini (eds.), *Current Psychotherapies* (pp. 461-498). Belmont, CA: Cengage.
- Rubin, D. C. y Berntsen, D. (2003). Life scripts help to maintain autobiographical memories of highly positive, but not highly negative, events. *Memory & Cognition*, 31, 1-14.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000a). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000b). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Santandreu, R. (2014). *Escuela de felicidad*. Madrid: RBA Libros.
- Seligman, M. (2001). *La auténtica felicidad*. Madrid: Zeta Bolsillo.
- Seligman, M. (2011). *La vida que florece*. Madrid: Ediciones B.
- Seligman, M. (2015). *Florecer. La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. Madrid: Grupo Océano.
- Seligman, M. E., Rashid, T. y Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774-788.
- Sheldon, K. M. y Niemiec, C. (2006). Its not just the amount that counts: Balanced need satisfaction also affects well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 331-341.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (eds.) (2009). *La ciencia del bienestar: fundamentos de una psicología positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (eds.) (2009). *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Vera, B. (2006). *Psicología positiva. Una nueva forma de entender la psicología*. Madrid: Calamar Ediciones.
- Vopel, K. W. (2005). *Praxis de la psicología positiva. Ejercicios, experimentos y rituales*. Madrid: CCS.
- Wilson, T. D. y Gilbert, D. T. (2005). Affective forecasting knowing what to want. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 131-134.

NOTAS

- ⁶ Sheldon, K., Fredrickson, B., Rathunde, K., Csikszentmihalyi, M. y Haidt, J. (1999). *Positive psychology manifesto*. Presentado en el Akumal 1 Conference, Akumal, México.
- ⁷ Leimon, A. y McMahon, G. (2014). *Psicología positiva para dummies*. Madrid: Para Dummies Ed.
- ⁸ Seligman, M. (2001). *La auténtica felicidad*. Madrid: Zeta Bolsillo.
- ⁹ Vázquez, C. y Hervás, G. (eds.) (2009). *La ciencia del bienestar: fundamentos de una psicología positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- ¹⁰ Wortman, C. B. y Silver, R. C. (2001). The myths of coping with loss revisited. En: M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut (eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 405-430).

Washington: American Psychological Association.

[11](#) Avia, M. y Vázquez, C. (2008). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.

[12](#) Vera, B. (2006). *Psicología positiva. Una nueva forma de entender la psicología*. Madrid: Calamar Ediciones.

[13](#) Seligman, M. (2001). *La auténtica felicidad*. Madrid: Zeta Bolsillo.

[14](#) Prieto-Ursua, M. (2006). Psicología positiva: una moda polémica. *Clínica y Salud*, v. 17, n. 3, enero de 2006, Madrid.

9. TÉCNICAS EXPERIENCIALES Y CONSTRUCTIVISTAS

Las terapias experienciales y constructivistas se encuadraron inicialmente dentro de la psicología humanista (...), considerada por Maslow como una tercera fuerza, esto es, como una alternativa defendida por quienes centraban su interés en el estudio científico de la creatividad, el amor, los valores superiores, la autonomía, el crecimiento, la autorrealización y la gratificación de las necesidades humanas.

BOJÍ Y SAÚL, 2005)

Las *psicoterapias experienciales* tienen su origen en la filosofía, concretamente en el existencialismo y la fenomenología, asumiendo desde éstas que la experiencia es la base de la creación de nuestro mundo de significados. Desde el existencialismo se recoge el papel fundamental de la existencia, la libertad y la elección individual y de la fenomenología, la relación entre fenómenos y conciencia intencional. Asimismo, ponen énfasis en la experiencia como modo de aprendizaje, tanto en el entorno terapéutico como en el personal. Es cuando experimentamos el miedo cuando logramos un mayor conocimiento del mismo, y quien habla de miedo también puede referirse a pautas o pensamientos positivos.

La *psicología existencial* añade a la intencionalidad citada la posición que adquirimos y la proyección que realizamos acerca de nosotros mismos, es decir, que da significado a nuestra existencia (proyecto original). La noción principal es que el ser humano, cuando tiene una meta, puede conseguir cualquier cosa. Por tanto, se habla de volición, motivación, energía, objetivo, prioridad y sueños como modo para avanzar en la vida.

La *psicoterapia constructivista* entiende que el ser humano es el creador de su propio mundo a partir de una construcción continua de la realidad. Otorgamos significado y organizamos nuestro entorno en función de esta creación subjetiva.

Así, las terapias experienciales y constructivistas se basan en las siguientes premisas (Rojí y Saúl, 2005)¹⁵:

- ⇒ El individuo experimenta activamente ciertos hechos vitales.
- ⇒ Estos fenómenos desencadenan un aprendizaje determinado.
- ⇒ El aprendizaje se traduce en una interpretación personal de los hechos y de lo que éstos han desencadenado en la misma persona.
- ⇒ Todas las personas tienen un objetivo final que otorga un significado global a su existencia.

Experiencia, existencia y construcción entretejen una serie de propuestas de ayuda a las personas para promover un funcionamiento lo más optimizado posible, mediante aprendizajes profundos, metas de vida y la construcción del mejor mundo que podamos para nosotros/as.

TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE (TCC)

Si me abstengo de entrometerme, los demás cuidan de sí mismos. Si me abstengo de ordenar a los demás, ellos se gobiernan a sí mismos. Si me abstengo de predicar, los demás avanzan por sí solos. Si me abstengo de imponer mi voluntad, los demás se convierten en ellos mismos.

LAO-TSE

Definición

Para describir en pocas palabras el cambio que se ha operado en mí, diré que durante los primeros años de mi carrera profesional solía preguntarme: «¿cómo puedo tratar, curar o cambiar a esta persona?», en tanto que ahora mi pregunta sería: «¿cómo puedo crear una relación que esta persona pueda utilizar para su propio desarrollo?» (Rogers, 1980). La terapia centrada en la persona o cliente (TCC) fue creada por Carl Rogers como modelo y técnica, enfatizando en la persona como agente activo de cambio y en el terapeuta con unas actitudes determinadas que ayudarán en este proceso.

Objetivos

El objetivo principal de la TCC es el de ayudar a la persona a desarrollar sus potencialidades y facilitar que ésta escoja su camino de crecimiento y superación. Los objetivos específicos serían los de mejorar la autoestima de la persona y su autoconfianza, establecer relaciones saludables y centrarse en el aquí y el ahora, así como en el proceso de autorresponsabilizarse de su situación actual y las propuestas de cambio que puedan surgir.

Las premisas

Inicialmente, C. Rogers denominó a esta *terapia no directiva*, en tanto que creía firmemente en las capacidades de la persona para superarse a sí misma y en el terapeuta como acompañante. También se conoce como *psicoterapia centrada en el cliente o de persona a persona*, siendo esta última la denominación que prefirió Rogers en los últimos años y poniendo énfasis en su esencial, la relación bidireccional que se establecía.

Un primer cambio es el de pasar **de paciente a cliente o persona** en la denominación de la persona que pide ayuda. Este cambio responde a un intento de otorgar protagonismo a la persona, una función activa y evitar desplazar responsabilidades hacia otros (por ejemplo, creyendo que es el terapeuta el que generará el cambio). Así, el cliente es la persona que se enfrenta, genera y desarrolla el proceso de cambio y, por tanto, asumirá la dirección de la terapia. Considera otro factor para justificar este cambio epistemológico, y es que la persona que acude en demanda de ayuda es la máxima conocedora de sus necesidades (aunque sin

saberlo de las soluciones a sus problemas). Afirma Rogers (1974) que *la hipótesis gradualmente construida y probada de que el individuo alberga dentro de sí mismo vastos recursos para la autocomprensión, para cambiar su autoconcepto, actitudes y conducta autodirigida y que estos recursos sólo se manifiestan cuando está presente un clima definible de actitudes psicológicas facilitadoras.*

El cliente acudirá a terapia con **una imagen de sí mismo/a**, así como de las relaciones que ha mantenido y mantiene en función de dos tipos de *feedback* del mundo exterior, como son: las consideraciones positivas incondicionales y las positivas condicionales. Nuestro objetivo es conseguir la aceptación de los demás de modo incondicional; por contra, solemos sacrificar espontaneidad y necesidades personales a favor del *feedback* condicional. Este modelo se incluye dentro de las teorías de la personalidad, pues realiza propuestas en este sentido. Considera que la persona mantiene un *proceso de actualización* constante, un *yo emergente*. Todos los seres humanos son bondadosos en sí mismos/as, teniendo motivaciones e intereses esencialmente positivos. Generamos un yo actual (más o menos alejado de nuestro *yo real*) que se mueve hacia el yo ideal. Cuando existe una distancia elevada entre *el yo actual y el yo ideal* surge la *incongruencia*, y de ésta los síntomas que llevarán a la persona a terapia. El síntoma es una manifestación emergente de algún aspecto al que debemos prestar atención. Éstos son defensivos frente a una situación intrapsíquica que nos supera y que da lugar a *la negación o la distorsión perceptiva*. La negación es cuando bloqueamos una situación que nos resulta amenazante y queremos evitar, y la distorsión perceptiva una manera de interpretar la realidad como menos amenazante.

La persona es la responsable de construir, desarrollarse, autoactualizarse y madurar, encontrando el equilibrio entre la interdependencia y el pleno funcionamiento biopsicosocial (***fully functioning person***). Las personas que funcionan plenamente se caracterizan por (Rogers, 1961):

- ⇒ Mantener obertura hacia las experiencias, siendo capaces de escucharse a sí mismas y a las demás y mostrar autoconciencia.
- ⇒ Vivir plenamente el momento de la experiencia.
- ⇒ Confianza orgánica durante el proceso de toma de decisiones, es decir, la persona confía en su capacidad para tomar decisiones valiosas y fiables.
- ⇒ Percepción de libertad personal.
- ⇒ Creatividad y adaptabilidad al entorno, manteniendo no siempre actitudes convencionales y tradicionales.

El proceso de convertirse en persona se basa en llegar a ser una persona autónoma intra e interpersonalmente, es decir, en armonía consigo/a mismo/a y con las relaciones que mantiene. Este proceso incluye una serie de etapas (Rogers, 1980):

- ⇒ *Etapas 1: Fijeza.* Es el estado neurótico en el que la persona experimenta malestar

respecto a su situación actual, desarrollando una serie de síntomas que se fijan en su interior.

- ⇒ *Etapas 2: Vivir la experiencia de ser plenamente aceptado.* Esa búsqueda es la que lleva a la persona al proceso terapéutico. En este entorno la persona intenta sentirse aceptada y no condicionada, a diferencia de cómo se siente en su entorno cotidiano.
- ⇒ *Etapas 3: Desarrollo y flujo de la expresión simbólica.* La relación terapéutica se inicia con la expresión verbal, acompañada de la simbólica, la cual se manifiesta para encontrar la respuesta a sus problemas. Está en manos del terapeuta ayudar a detectar este flujo.
- ⇒ *Etapas 4: Flexibilización de constructos y sentimientos.* En un estado avanzado de la terapia, la persona siente mayor libertad de expresión, lo que conlleva poder aceptar nuevas ideas y emociones.
- ⇒ *Etapas 5: Flujo orgánico.* Se genera sensaciones físicas mejores, así como más relajación y posibilidad de exploración y creatividad.
- ⇒ *Etapas 6: Inicio de la experienciación plena.* Sería un punto de no retorno en el cual se experimentan retrocesos o la sensación de no necesidad de un cambio más profundo.
- ⇒ *Etapas 7: Fluidez.* Si se supera la etapa posterior, se llega a la responsabilización, autonomía y funcionamiento pleno.

La relación terapéutica a partir de estas tres condiciones es de contacto mínimo, no directivo e interacciones adaptadas a la persona y situación específica. El terapeuta, conociendo las características de la relación asistencial, promoverá **las condiciones suficientes para el cambio terapéutico**.

La terapia no estará determinada por las técnicas específicas, sino por las características y el desarrollo de la relación asistencial.

El terapeuta deberá generar una serie de **actitudes en pro de una buena relación asistencial**, tres condiciones necesarias y suficientes (*actitudes base*):

- ⇒ *Aceptación y consideración incondicionalmente positiva*, aceptando los diferentes aspectos del *self* del cliente, así como sus explicaciones e interpretaciones.
- ⇒ *Empatía*, definida como la capacidad del terapeuta de intentar comprender y acercarse al sufrimiento, las vivencias y emociones de la persona que acude a él.
- ⇒ *Autenticidad*, generada a partir de la coherencia y el diálogo sincero que plantee el terapeuta.

Descripción técnica

Digamos de entrada que no existe una distinción precisa entre el proceso y los resultados de la terapia. Las características del proceso corresponden de hecho a los elementos diferenciados de los resultados (Rogers y Kinget, 1962).

Las condiciones que se proponen para conseguir el cambio terapéutico son:

- ⇒ Establecer una relación de contacto entre cliente y terapeuta.
- ⇒ Ofrecer un espacio abierto para que la persona pueda manifestar y detallar el síntoma de angustia que acompaña a ese yo emergente o desacuerdo interno del cliente.
- ⇒ Mantener las tres actitudes básicas y necesarias: respeto, comprensión, aceptación incondicional y empatía.
- ⇒ Favorecer la expresión verbal y no verbal de sentimientos, percepciones y pensamientos, así como de otros aspectos del yo.
- ⇒ Normalizar la situación de desacuerdo y amenaza como un disparador del yo real e ideal para mejorar algún aspecto y superarse a sí mismo, así como los cambios que pueda experimentar el yo durante el proceso.
- ⇒ Promover un cambio que genere plenitud en la persona.

Lafarga (1986) lo resume en cuatro aspectos a trabajar durante el proceso terapéutico: la liberación de elementos que obstaculizan el desarrollo normal; la expresión y clarificación de sentimientos; la comprensión de las circunstancias presentes, y la vivencia de la experiencia terapéutica.

El terapeuta es la verdadera persona que realmente comprende las vacilaciones y debilidades del cliente y las acepta, sin intentar negarlas o corregirlas. Acepta, aprecia y valora al individuo íntegro, dándole, incondicionalmente, seguridad y estabilidad en las relaciones que necesita para correr el riesgo de explorar nuevos sentimientos, actitudes y conductas. El terapeuta respeta a la persona tal como es, con sus ansiedades y sus miedos, por lo que no le impone criterio alguno sobre cómo debe ser. La acompaña por el camino que ella misma se traza, y participa como elemento presente y activo en este proceso de autocreación, facilitando en todo momento la percepción de los recursos personales y de los rumbos seguidos en el camino, tal y como la persona los vivencia (Rogers y Rosemberg, 1981). El terapeuta tiene una serie de conocimientos especializados, así como de características personales. Éstos han dado paso a su propio proceso de actualización y viven en plenitud, de ahí que puedan acompañar a las personas a realizar su propio camino. Las actitudes terapéuticas óptimas se pueden aprender, tal como señala el propio Rogers (1972), mediante un entrenamiento de autoconocimiento y terapia personal.

EJERCICIOS

Sobre la base de lo expuesto anteriormente, las técnicas básicas de la TCC son *la escucha activa* —presentes en el terapeuta y en el cliente—. Rogers comprendió, a lo largo de su práctica profesional, que lo que producía mayores cambios era dejar que la persona hablara libremente acerca de sus problemas y preocupaciones, con lo cual escucharse a uno mismo ayuda en su mejora personal.

Al ser éste un proceso de acompañamiento en el que las técnicas tienen un papel secundario, las principales que se utilizarán serán aquellas que tienen como objetivo señalar algún aspecto positivo de la persona, las cuales se denominan técnicas de reflejo:

⇒ *Técnicas de reflejo*: son aquellas que utilizará el terapeuta para hacer entender al cliente que se le tiene respeto positivo a él/ella y a lo que dice o hace. Estas técnicas pueden ser:

- *Técnicas reflejo de sentimientos*, poniendo énfasis en la comprensión de las emociones que la persona está experimentando y poniendo nombre a las mismas o normalizándolas.
- *Técnicas de reflejo de actitud o de elucidación*, las que se definirían como aquellos gestos o palabras que utilizamos para hacer entender a la persona que la comprendemos.
- *Técnicas de reflejo de pensamiento*, haciendo ver y analizando los pensamientos que surgen en el sí del proceso.
- *Técnicas de reflejo de la experiencia*, la cual aporta información acerca de las vivencias del cliente, por ejemplo, remarcando movimientos, tono de voz que utilizó, etc.

Por tanto, sería un ejercicio de resaltar ciertos aspectos que traslada la persona (sentimientos, actitudes, pensamientos o experiencias) para que pueda comprender mejor e incluso tomar como elementos de mejora personal.

⇒ *Técnicas de aceptación*: serían las muestras de aceptación hacia la persona (por ejemplo, un acercamiento físico) o el problema (por ejemplo, explicitando a la persona que se dedicará toda la sesión a trabajarlo en profundidad, pues la situación lo merece).

⇒ *Técnicas de alentamiento*: serían las que incluyen el uso de recompensas como refuerzo de las conductas positivas del cliente, por ejemplo, mediante el halago, realizar una determinada actividad e incluso, como se utiliza en niños, la pegatina sonriente.

En relación a las actitudes de mejora, se propone una serie de consideraciones. Las tres actitudes que se trabajan en uno/a mismo/a desde la TCC son, como se han señalado, la congruencia o autenticidad, la aceptación y la empatía.

Respecto a la **congruencia**, se considera que el terapeuta debe mantener un grado de autenticidad, representado por la poca distancia entre las percepciones acerca de sí mismo/a y su verdadero *self*. Se incluyen dos elementos a tener en cuenta, como son (Villegas, 2005):

- a) La receptividad respecto a sus propios sentimientos.
- b) *La disposición a comunicar estos sentimientos al cliente para que se facilite una relación interpersonal auténtica* (las experimentadas en el sí de la relación terapéutica).

De esto se desprende que la tarea del terapeuta en relación a la congruencia va en dos sentidos:

- ⇒ Trabajar en pro de una situación personal de *fully functioning*.
- ⇒ Mantener un nivel de *insight* óptimo dentro de la relación asistencial para poder detectar contratransferencias. Tal como señalaban Rogers y Kinget (1962), *si el terapeuta comprueba que sus sentimientos le dominan hasta tal punto que se siente incapaz de concentrarse en el cliente, es importante que exprese estos sentimientos. Igualmente, si el terapeuta experimenta sentimientos contrarios a la consideración positiva incondicional, parece necesario que tenga una explicación con el cliente.*

La congruencia se relaciona, asimismo, con la sinceridad y la capacidad de ejercer la transparencia y mostrarse tal y como se es.

La aceptación implicará atender al cliente con la máxima concentración, evitar condicionamientos y respeto hacia la persona. Matizar que es una actitud de evitar y controlar los prejuicios, no de estar de acuerdo con lo que la otra persona pueda presentarnos. Entendemos que aún las conductas que entren en conflicto con nuestros propios ideales deben concebirse como un indicador de necesidad de mejor y, en cualquier caso, observarse desde la perspectiva del cliente, su contexto y circunstancias. El desarrollo de esta consideración positiva hacia el cliente supone una recepción amable y calurosa, así como plantear un espacio en el que, siendo conscientes de las emociones y valoraciones que nos suscita lo expresado por el cliente, seamos capaces de detectar posibles prejuicios y superarlos.

La empatía supone la capacidad de atender e intentar comprender las emociones del cliente. *Significa que lo que siente la otra persona puede ser sentido igualmente por mí, pero no como mío, sino como del otro, sin confusión de sentimientos, en cuyo caso estaríamos hablando de identificación* (Villegas, 2005). Lo relacionamos con conceptos como conexión o sensibilidad, teniendo una parte de contenido relacional y otro afectivo-comprensivo. *La comprensión profunda es el regalo más precioso que una persona puede otorgar a otra* (Rogers, 1975). Se recomienda aplicar en las fases iniciales de la terapia frente a la confusión, las perturbaciones, la ansiedad, la alienación, el horror, las dudas acerca de los valores propios y la inseguridad, entre otros, así como en crisis emocionales que puedan aparecer en el transcurso de la terapia. Tiene efectos terapéuticos *per se* y se basa en intervenciones verbales y no verbales, las cuales

incluyen:

- a) *Facilitación*: serían aquellas estrategias de comunicación no verbal que señalan a la persona que la estamos comprendiendo, como, por ejemplo, una actitud amable, la escucha activa y ciertos gestos de acompañamiento (como la expresión facial o la postura corporal).
- b) *Reformulación*: es la expresión verbal de la empatía desarrollada de cuatro formas (Rogers y Kinget, 1962): *la reformulación- reflejo* (uso de palabras o expresiones del propio cliente con moderación), *la reformulación-síntesis* (resumiendo lo que se dice), *la reformulación por inversión figura fondo* (destacando aspectos positivos y trasladándolos desde el fondo a la figura principal) y *la reformulación-elucidación* (expresar de forma más clara algo que el cliente ha expresado no tan claramente). Desde esta perspectiva, señalan los autores que es necesario centrarse en vivencias y sentimientos, no en los problemas o hechos, sin realizar interpretaciones, sino acompañando en el sentimiento —tal como se señala en casos de pérdida—.

La empatía supone un ejercicio de escuchar, comunicarse sin prisas, valorar las opiniones, estar relajado, mantener confianza, no juzgar, manifestar tolerancia y respeto mutuo y atender, lo cual supondrá un esfuerzo para el terapeuta que deberá hacer de sesión en sesión.

Trabajar centrado en la persona es una manera de vincularse desde un marco actitudinal que genere encuentros profundos de persona a persona... La actitud con la cual nos relacionamos es la fuente generadora del estar presente, con/junto al otro. Nuestra finalidad es generar contextos que brinden posibilidades de resignificación y cambios constructivos. Nuestra tarea es la de ser catalizadores comprometidos desde una actitud comprensiva, y poseer una serie de recursos metodológicos que faciliten el camino de autocorrección; para ello sabemos que lo técnico debe estar subsumido a lo relacional. Cabe apuntar más a la interacción vincular entre las partes que participan de una relación que al método (Sánchez Bodas, 1997). Por tanto, la terapia centrada en la persona se trabaja desde una relación asistencial con determinadas condiciones, y una actitud terapéutica específica.

Ámbitos de aplicación

La TCC se ha aplicado en múltiples ámbitos: el social (de asesoría, terapia del juego y teléfono de la esperanza, entre otros), el clínico (situaciones de dolor, conflictivas, de crisis vitales, de problemas de relación, en terapias individuales, familiares, de pareja o grupales) y otros, como el preventivo, el educativo o los grupos de encuentro.

Para ampliar la información

- Brazier, D. (1997). *Más allá de Carl Rogers*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Faber, B. A., Brink, D. C. y Raskin, P. M. (2001). *La psicoterapia de Carl Rogers. Casos y comentarios*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gondra, J. M. (1982). *La psicoterapia de Carl Rogers*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lafarga, J. (1986). Contexto histórico del enfoque centrado en la persona. *Desarrollo del potencial humano* (pp. 24-56). México: Trillas.
- Pagès, M. (1976). *Psicoterapia rogeriana y psicología social no directivas*. Buenos Aires: Paidós.
- Raskin, N. J. (1990). 50.º Anniversary of the person-centered approach. *Person-Centered Review*, 5.
- Rogers, C. (1971). *El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. (1980). *El poder de la persona*. México: Manual Moderno.
- Rogers, C. (1981). *Psicoterapia centrada en el cliente: práctica, implicaciones y teoría*. Barcelona: Paidós.
- Rogers, C. y Kinget, M. (1962). *Psicoterapia y relaciones humanas. Teoría y práctica de la terapia no directiva*. Madrid: Alfaguara.
- Sánchez Bodas, A. (1997). *Estar presente. Desde Carl Rogers al enfoque holístico centrado en la persona*. Buenos Aires: Holos.
- Villegas, M. (2005). La interacción: terapia centrada en el cliente. En B. Rojí y L. A. Saúl Gutiérrez, *Introducción a las psicoterapias experienciales y constructivistas*. Madrid: UNED.

Para ampliar la formación

Asociación Española de TCC

<https://terapiacentradaenlapersona.wordpress.com/>

ANÁLISIS TRANSACCIONAL

Definición

El análisis transaccional parte de la consideración de las interacciones que realizamos con el entorno, activándose así ciertas pautas (juegos y hábitos psicológicos). Lo define el autor diciendo que *todos nacemos bien, todos nacemos príncipes y princesas. Todos tenemos un cierto potencial humano que podemos desarrollar. Yo soy responsable de mi vida y decido, para bien o para mal, lo que es bueno para mí y lo que hago con ella. Todo el mundo (con sólo algunas excepciones, como los graves daños cerebrales) tiene la capacidad de pensar. La gente decide su historia y su destino, y estas decisiones se pueden cambiar. En resumen, todos podemos cambiar en pos de la autonomía y tenemos los recursos necesarios para hacerlo. El objetivo del cambio en el marco del Análisis Transaccional es avanzar hacia la autonomía (la libertad del guion de la infancia, la espontaneidad, la intimidad, la resolución de problemas en lugar de evasión o pasividad, la curación como un ideal, no limitarse a hacer el progreso, el aprendizaje de nuevas opciones* (Berne, 1985).

Objetivos

El objetivo principal de la AT es el de integrar los diferentes aspectos de nuestro yo consiguiendo un equilibrio que permita el desarrollo de una buena conciencia, espontaneidad e intimidad. Los objetivos específicos se pueden desarrollar en dos niveles: a) el funcional, y b) el profundo. En el primer nivel se trata de reconocer las pautas relacionales y transacciones en nosotros mismos y los que realizamos con otros, para poder generar una personalidad integradora. A nivel más profundo, se trataría de cambiar aquellos guiones psicológicos poco adaptativos, generalmente instaurados en la infancia.

Las premisas

Transacción hace referencia a unidades de comunicación entre personas; por tanto, el análisis transaccional será el estudio de las pautas comunicativas de las personas.

*El análisis estructural y el **análisis transaccional** ofrecen una teoría sistemática y coherente de la personalidad y de la dinámica social construida a partir de una experiencia clínica, y una forma de terapia activa y relacional que se adapta a la gran mayoría de los enfermos que dependen de la psiquiatría, que éstos pueden comprender fácilmente y que se presta sin dificultad a su caso* (Berne, 1981). De hecho, la AT es una teoría que aborda la personalidad, la comunicación, los juegos y los guiones y plantea un método terapéutico.

Teoría de la personalidad

La AT define diferentes estados del yo que se manifiestan según determinados patrones de pensamiento, emocionales y de conducta. Los estados del yo que nos conforman son tres:

1. El/la padre/madre.
2. El/la adulto/a.
3. El/la niño/a.

Estos componentes de personalidad tienen cada uno sus propias características, e irán manifestándose según las personas con las que nos relacionemos y las circunstancias que vivamos. No se trata de diferentes personalidades ni de expresión de roles, sino de determinados estados que se manifiestan desde nuestro yo. Asimismo, pueden actuar más o menos adaptativamente e inhibirse o potenciarse.

Estructuras de primer orden

Las conforman los tres elementos citados con sus respectivas características definidos como *un sistema coherente de sentimientos relacionados con un tema dado y, operacionalmente, como un conjunto de patrones de conducta coherentes; pragmáticamente, como un sistema de sentimientos que motiva un conjunto relacionado de patrones de conducta* (Berne, 1961). Hay que considerar lo siguiente (Contreras, 2005):

- ⇒ Se trata de estados psicológicos específicos que aplicamos en nuestra vida cotidiana y que se manifiestan de manera concreta y tangible.
- ⇒ Diferentes de los constructos de personalidad que postuló Freud en formas de manifestarse y características.
- ⇒ Los estados del yo se diferencian entre sí y actúan de forma independiente —cuando uno de éstos actúa, los otros dos no—, aunque sí interaccionan y se influyen entre sí.
- ⇒ Se conjugan como una estructura.
- ⇒ Evolucionan y cambian en el tiempo, por tanto, son estructuras dinámicas.

A continuación se definirán cada uno de los diferentes estados del yo, el padre, el adulto y el niño:

1. El padre (*lo que se debe hacer*): es el que proviene de lo que absorbimos de las pautas paternas y/o maternas. Representa los mensajes que recibimos durante los cinco primeros años de vida, lo que vemos, dicen y hacen nuestros padres/madres. Incluirá aquellas expresiones «no hagas eso» o «se debe hacer...», lo cual definirá nuestras pautas de conducta posteriores —aun cuando el mensaje que se nos dé no sea el acertado—. Incluirá el desarrollo moral y la lógica, así como estas grabaciones citadas.

2. El/la adulto/a (*lo que conviene hacer*): sería nuestra forma de procesar la realidad, con toda la información que ésta nos ofrece, *un conjunto autónomo de sentimientos, actitudes y patrones de conducta que se adaptan a la realidad actual* (Berne, 1961). Éste recoge la influencia de nuestros padres (u otras figuras representativas para nosotros/as), una parte de pequeño profesor, intuitiva y creativa y otros aspectos biológicos, además de la capacidad de procesar la información del entorno.

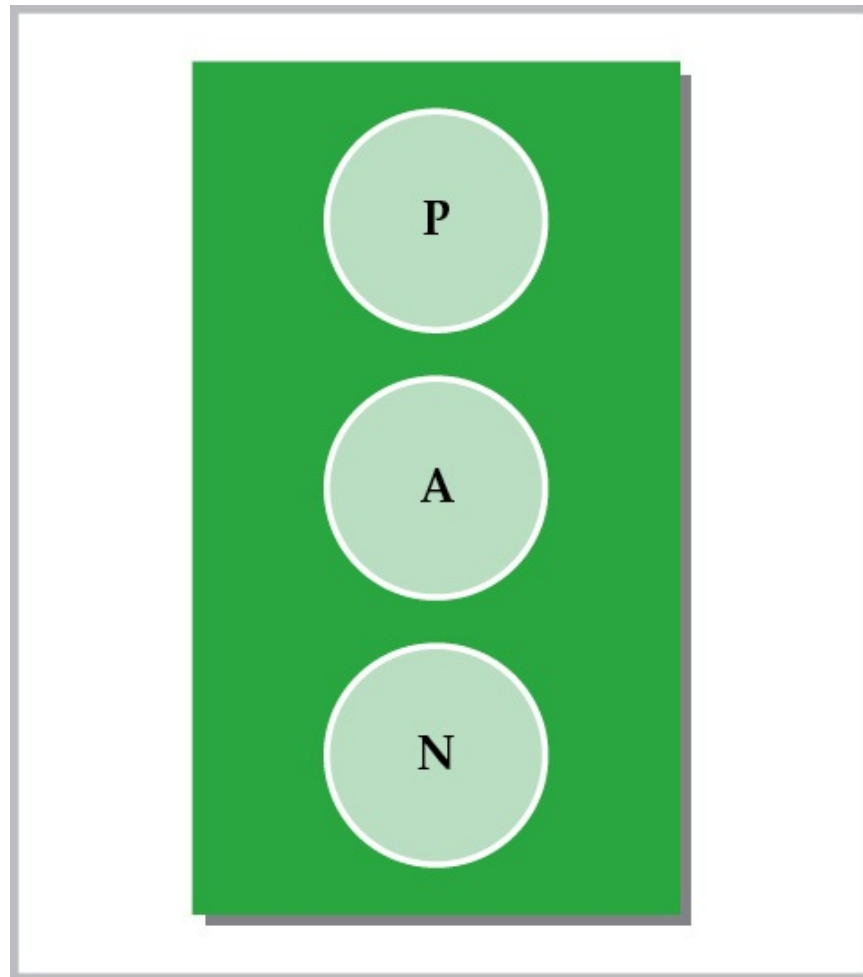


Figura 9.1. Representación de estados del yo.

3. El/la niño/a (*lo que se desea hacer*): formarían parte de este estado aquellos aspectos que nos caracterizaban en nuestra primera etapa evolutiva. Se desarrolla a partir de lo que sentimos cuando somos pequeños/as, por ejemplo, nuestra naturalidad, capacidad de adaptación y el poder creativo.

Cada persona desarrollará estos estados del yo de forma única, generando formas diferenciadas de sentir, pensar y actuar; por ello, a veces, se nos dice que actuamos como si fuéramos niños/as, padres/madres (generalmente el/la nuestro/a propio/a padre o madre) y adultos.

A nivel estructural se pueden generar tres tipos de patologías, como son (Opi, 2004): la

contaminación, las exclusiones y la laxitud de límites. La contaminación sería la intromisión de un estado del yo en otro, por ejemplo, los prejuicios serían una contaminación del adulto infundado por el padre. Las exclusiones serían dejar de lado uno o más de un estado del yo anulándolo y, por último, la laxitud de límites sería la confusión entre los diferentes estados del yo.

TABLA 9.1
Elementos del análisis estructural y funcional de la A.T. (adaptado de Contreras, 2005)

ESTADOS DEL YO DE PRIMER ORDEN	ESTADOS DEL YO DE SEGUNDO ORDEN	ANÁLISIS ESTRUCTURAL	ANÁLISIS FUNCIONAL	
			FUNCIONAMIENTO OK (+)	FUNCIONAMIENTO NO OK (-)
PADRE	<i>Padre del padre</i>	Normas, valores y creencias irrefutables y que deben cumplirse.	<i>Padre crítico (PC) (+)</i> Estilo educativo protector, proponiendo límites adecuados y normas maduras.	<i>Padre crítico (PC) (-)</i> Estilo educativo autoritario que utiliza insultos, prejuicios, ridiculizar y burlarse.
	<i>Padre del adulto</i>	Somete a análisis racional los mensajes del yo padre, al igual que un tribunal de la razón.		
	<i>Padre del niño</i>	Normas e ideales inculcados por los padres que aseguran la adaptación del niño.	<i>Padre nutricio (PN)(+)</i> Benevolente, comprensivo, protector, paciente, estimulante y resolutivo.	<i>Padre nutricio (PN) (-)</i> Sobreprotector. Que considera a la persona desde la fragilidad y el desvalimiento, poniendo freno.
ADULTO	<i>Adulto del padre</i>	Representa el desarrollo del rol parental, lo que incluirá conductas de cuidado, protección y de ayuda.	<i>Adulto (+)</i> Procesa objetivamente la realidad evaluando pros y contras de las situaciones, y aplicando lógica y racionalidad.	<i>Adulto (-)</i> Se habla de un procesamiento de la información irracional debido a mala información o un análisis erróneo de la misma.
	<i>Adulto del adulto</i>	Procesamiento cognitivo y racional, así como objetivo y reflexivo.		
	<i>Adulto del niño</i>	Se denomina pequeño profesor o niño intuitivo, y se caracteriza por la creatividad, la curiosidad y la intuición.		
NIÑO	<i>Niño del padre</i>	Comportamiento y emociones grabados en los individuos que pertenecen al niño de sus progenitores.	<i>Niño natural (NN) (+)</i> Nuestro modo más espontáneo, libre y creativo. Expresiones ingenuas y no dañinas.	<i>Niño natural (NN) (-)</i> Egoísta, temerario, desequilibrio, prejuicios propios y ajenos.
	<i>Niño del adulto</i>	Espontaneidad, frescura, amabilidad, aspectos emociones y sensibilidad.		

<i>Niño del niño</i>	Esponaneidad y frescura con ausencia de racionalidad. Sin barreras, ni condicionamientos.	<i>Niño adaptado (NA)</i> Adquisición de pautas de socialización sin renuncia a aspectos naturales. Sensación de libertad. Obtiene caricias.	<i>Niño adaptado sumiso (NAS)</i> Supeditado a las opiniones y decisiones de otras personas y de baja autoestima. <i>Niño adaptado rebelde (NAR)</i> Desafiante, opositor y que se subleva.

Estructuras de segundo orden

Dentro de los estados del yo definidos anteriormente se encuentran reflejados diferentes aspectos que vamos desarrollando, definidos como de segundo orden. Los estados del yo se desarrollan de forma estructural a partir de características del (PAN), es decir, como un cuadro dentro de un cuadro. Por ejemplo, dentro del estado del yo del padre, encontramos un adulto que recoge los mensajes que nos dieron nuestros padres y los analiza de forma racional (padre del adulto). Más allá de estas estructuras, estos estados desarrollan un funcionamiento más o menos adecuado, lo que se denomina análisis funcional (de las funciones) y definen un funcionamiento Ok o no Ok, que determina nuevas características a considerar.

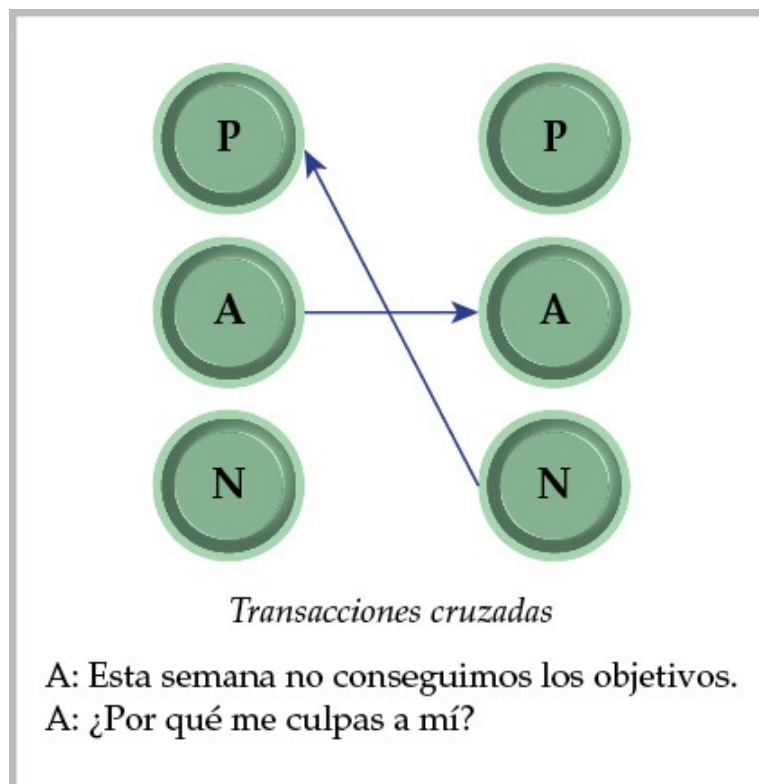
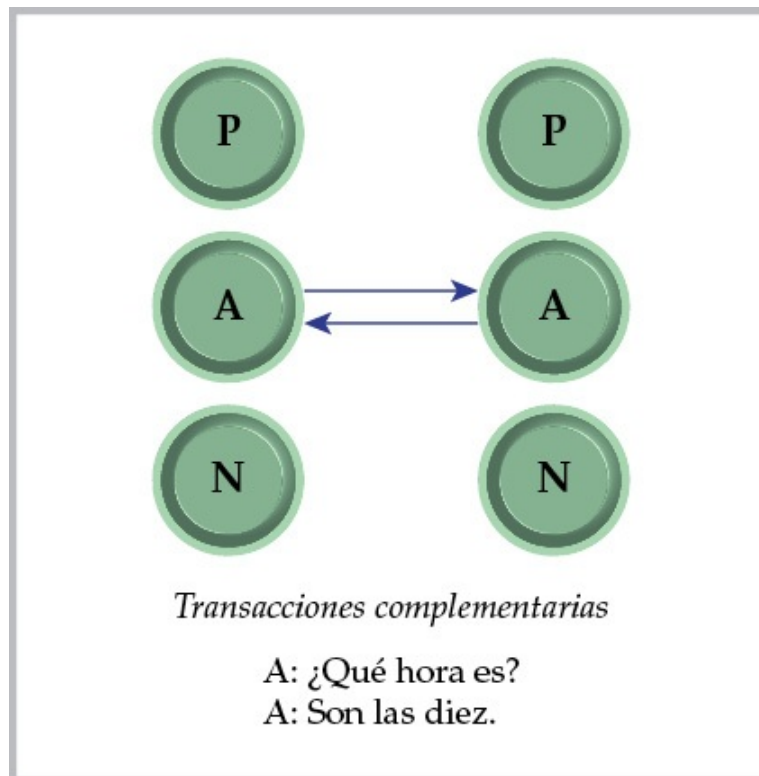
Las personas contamos con una serie de elementos que nos estructuran y desarrollamos una serie de fórmulas para adaptarnos al ambiente que determinarán nuestro *modus operandi*.

Teoría de la comunicación

La AT parte de la idea de que los diferentes estados del yo se interrelacionan con los de las personas con las que nos relacionamos, tanto a nivel verbal como no verbal. Así, nuestros tres estados del yo se relacionan con los tres estados de la persona que tenemos enfrente. Pueden ser de diferente tipología, como son:

- a) Según el número de estados del yo implicados, podemos hablar de *transacciones simples* (un solo estado del yo por persona) o *complejas* (implican más de un estado del yo). Las transacciones simples incluirían relaciones de padre crítico a padre crítico, de adulto a adulto o de niño a niño, las cuales generarán sensación de comprensión y complementariedad. Las transacciones complejas implican más de un estado; por tanto, podemos hablar desde nuestro padre hacia el adulto y el niño del otro, por ejemplo.
- b) Según el origen de la respuesta, hablaremos de *transacciones paralelas o complementarias* (se habla desde el mismo estado del yo), o *cruzadas* (participan estados del yo cruzados). Las transacciones complementarias serían las que se dan de padre a niño, de padre a adulto, de adulto a padre, de adulto a niño o de niño a adulto, cumpliendo cada una de éstas una función, por ejemplo, de padre a adulto podemos buscar acompañamiento y consejo en la toma de decisiones. Las transacciones cruzadas

son aquellas que producen una interrupción de los estados de comunicación, pues son inesperadas. Éstas pueden ser quejumbrosas, arrogantes, exasperantes y/o punzantes; por tanto, interrumpen la comunicación y generan malestar.



- c) Según el número de mensajes simultáneos emitidos, tenemos las *transacciones no ulteriores* (incluyen un mensaje por vez) o *ulteriores* (dos o más mensajes simultáneos,

de los cuales uno se mantiene oculto). Las transacciones ulteriores son aquellas en las que interviene más de un estado del yo mediante un mensaje oculto, frecuentemente no verbal.

En la teoría de Berne, las transacciones constituyen la unidad de los intercambios entre las personas. Es la herramienta que nos permite estudiar la comunicación interpersonal (Contreras, 2005). Se representan para facilitar la comprensión desde las estructuras de primer orden, aunque, en realidad, se desarrollan desde las de segundo orden, tal como se representa en la figura siguiente. Imaginemos la complejidad de la comunicación entre dos personas sólo ante las posibilidades intrapsíquicas.

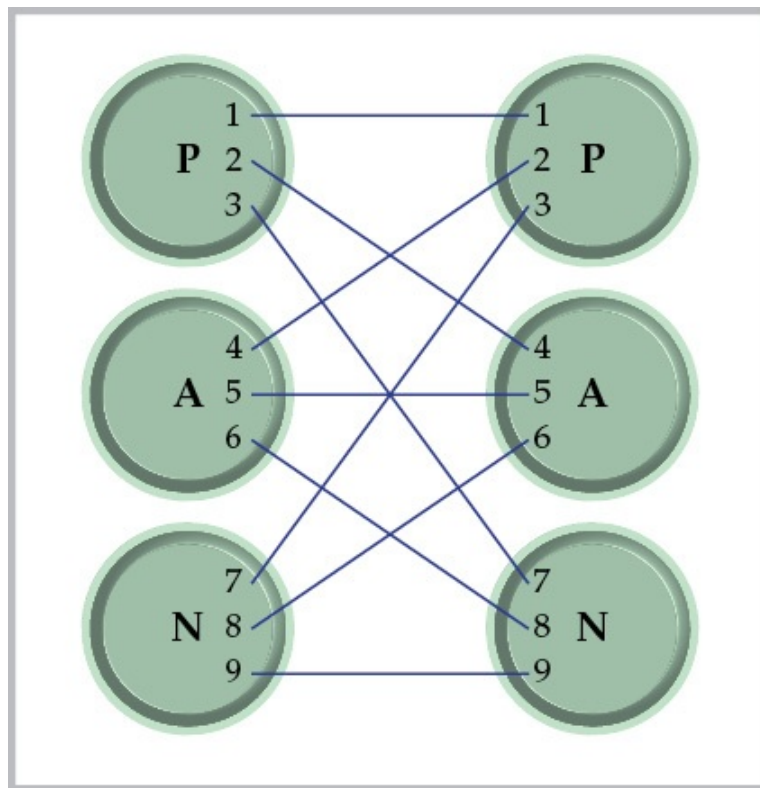


Figura 9.2. Representación de las posibilidades de transacciones.

Las relaciones interpersonales se establecerán con la intención de recibir caricias, en especial con nuestros progenitores y en adelante con el resto de personas con las que nos relacionemos. Las *caricias* se definen como actos o indicaciones que otorgan visibilidad, que nos hacen reconocer a la persona que tenemos enfrente, y pueden ser negativas (C-) y positivas (C+), verbales y no verbales y condicionales e incondicionales (Berne, 1983). Las personas tenemos necesidades, una de las cuales será las caricias, la estimulación, hambre de estímulos decía Berne (1961).

Las personas buscamos caricias positivas, y en ausencia de éstas, negativas, pues estas últimas son mejor valoradas que la indiferencia. *La mayoría de los hombres vive con falta de caricias. Sobreviven a pesar de un régimen de caricias defectuoso. La carencia puede ser*

ligera o severa (Steiner, 1971). Las caricias se rigen, según C. Steiner, por una economía que se desarrolla en función de unas leyes, es decir, economizamos cuándo y cómo damos caricias a partir de: dar caricias positivas, aceptar caricias positivas, pedir caricias positivas que necesitamos, autoacariciarnos positivamente y no aceptar caricias negativas, en el mejor de los casos y desde nuestro padre crítico. No obstante, tal como señala el autor, hay padres que utilizan esta economía como forma de control, que expone al niño a las pautas contrarias.

Teoría de los juegos

El juego es un sistema recurrente de transacciones, a menudo repetitivas, superficialmente plausibles, con una motivación oculta; en lenguaje más familiar, una serie de golpes con una trampa o truco (Berne, 1964). Son transacciones que se generan con mensajes ocultos que no implican placer y que suelen desarrollarse de forma inconsciente. Se definen a partir de la siguiente fórmula: $C+F=R-CR-ME-BFN$. Se lanza un cebo (C) a un jugador que mantiene una determinada flaqueza (F), el cual responde (R) y entra en el juego generando un cambio de rol (CR) en el jugador emisor. Esta reacción provoca un momento de estupor (ME) que conduce a un beneficio final negativo (BFN). Para entenderlo mejor, Karpman (1968) definió lo que se denomina *triángulo dramático*, y da voz a tres juegos, como son el del salvador, el del perseguidor y el de víctima. Cada persona tiene preferencia por uno de estos juegos y es el que suele utilizar cuando pone en funcionamiento uno. Estos tres se definen a partir de las características que se presentan en la figura 9.3.

Juego de víctima

Es aquel juego en el que la persona genera un estado de vulnerabilidad y necesidad de ayuda:

- ⇒ Parecen confusas y desorientadas, como si no se enteraran de nada.
- ⇒ Presentan reglas poco claras y prácticas.
- ⇒ El mensaje que trasladan es de vulnerabilidad y fragilidad, así como de indefensión («no puedo», «no sé», «soy débil»).
- ⇒ Los errores que cometen tienen como finalidad activar el juego del perseguidor (que le vaya detrás) o el salvador (que le salve).

Juego de perseguidor

Juego que impone una persona a otra con la finalidad de sobresalir y hacer que la otra persona se sienta inferior; por tanto, juego de poder:

- ⇒ Estipulan reglas rígidas, así como poco prácticas.
- ⇒ Centrarán sus actuaciones y discursos en personas que perciban como vulnerables o frágiles, con el objetivo de provocar miedo y sentimientos de inferioridad.
- ⇒ Pueden adoptar el rol de víctima para manipular y generar sentimientos negativos y de culpa.

Juego de salvador

Es el juego patológico que se moviliza entre la necesidad y la dependencia:

- ⇒ Ofrecen ayuda con el objetivo de recibir dependencia.
- ⇒ Asimismo, tienen una gran necesidad de generar dependencia en los otros, por lo que en ocasiones los convierten en víctima con el fin de poder salvarlos.
- ⇒ No tienen por qué sentir satisfacción en el acto de ayudar, sí en el de salvar y que la persona los necesite.

Figura 9.3. Descripción de juegos patológicos según S. Karpman (adaptado de Opi, 2004).

Berne (1964) realiza una clasificación de juegos: los de vida (momentos cruciales de nuestra existencia), los maritales (que se dan en el seno de las relaciones de pareja), los de reunión (los que se generan en momentos de pasatiempo), los sexuales (relacionados con impulsos sexuales), los del hampa (relacionados con estamentos de ámbito legal, como, por ejemplo, el de policías y ladrones o buenos y malos), los del consultorio (hacen referencia a profesiones en las que se analizan los juegos y que pueden llevar al etiquetado según juego) y los buenos (manifestarse como alguien considerado como bueno).

Teoría del guión

Los guiones son un programa en marcha desarrollado en la primera infancia bajo las influencias parentales que dirige la conducta del individuo en los aspectos más importantes de su vida (Berne, 1961). Los guiones se generan desde los mensajes que recibimos de nuestros padres, los cuales determinarán nuestra manera de vivir la vida.

Se recogerán mensajes no verbales, como el contacto físico que recibimos, o verbales, como los mensajes de prohibición o limitantes. Las prohibiciones más importantes que nos condicionan son (Goulding y Goulding, 1976):

No existas	No crezcas
No tengas valor	No te portes bien, no seas sano de espíritu
No seas tú mismo	No tengas éxito
No tengas relaciones	No pienses
No seas un niño	No sientas
No intimes	No hagas nada

Estas prohibiciones provienen del padre del niño de nuestros padres hacia nuestro niño de niño, el cual no lo puede analizar desde la óptica del adulto pero sí decidir sobre si adopta dicha prohibición o no —si se queda con ella y la registra en su guión—. El beneficio que se obtiene de ciertas prohibiciones, aunque no sea el reconocimiento, será la atención negativa y, por tanto, mejor que la indiferencia, de ahí que el niño decida seguirlo.

Frente a determinadas situaciones generamos emociones más o menos funcionales: miedo, amor, alegría, entre otros. Éstas suponen consciencia (aparecen en el momento presente) y manifestación (determinada expresión conductual, verbal, etc.), así como acción (dirigidos hacia algo o alguien). En la infancia, estos tres fenómenos aparecen de forma indiferenciada y

los padres tratan de distinguir y ayudar al niño a que distinga los mismos. En este proceso se puede experimentar lo que se denominan *rackets* o sentimientos parásitos, aquellos que sustituyen a sentimientos no permitidos y que se perpetuarán en el tiempo.

Asimismo, desde el padre crítico positivo se pueden generar *permisos*, que son mensajes que nos ayudan a evolucionar, como serían (Allen y Allen, 1972): el de existir, el de tener las propias sensaciones y experimentarlas, el de sentir emociones, el de pensar, el de estar en contacto con los otros, el de ser uno mismo, el de tener la edad que se tiene y el de lograr algo.

Las decisiones que adoptamos de niños en relación a prohibiciones y permisos generarán una determinada posición existencial en pro de nuestra propia adaptación al entorno. Estas posiciones determinan nuestra consideración de nosotros mismos y de los demás, así como actitudes habituales.

El niño que adopta una de estas posiciones existenciales ajustará el guión a la misma el resto de su vida para que todo encaje. Así, mantendrá los siguientes supuestos:

TABLA 9.2
Representación de las posiciones existenciales

	TÚ +	TÚ –
YO +	Posición maniaca	Posición paranoica
YO –	Posición depresiva	Posición nihilista

- Yo estoy bien, tú estás bien (yo Ok, tú Ok)*: caracteriza al guión del ganador, manteniendo una visión positiva de uno mismo y de los demás; por tanto, de confianza y seguridad.
- Yo no estoy bien, tú estás bien (yo no Ok, tú Ok)*: define el guión perdedor, asumiendo uno mismo el rol de víctima frente a los demás, a los que se considera superiores o mejores.
- Yo estoy bien, tú no estás bien (yo Ok, tú no Ok)*: en apariencia, guión de ganador, aunque puede cambiar debido a que no se puede mantener en el tiempo la creencia de ser un ser superior sin que los otros reaccionen en algún momento, pasando a sentirse perdedor.
- Yo no estoy bien, tú no estás bien (yo no Ok, tú no Ok)*: se define el guión de perdedor, pues el niño está convencido de que no tiene nada que ganar en la vida, que no tiene opción y que los otros tampoco la tienen.

Asimismo, los padres pueden darse cuenta de lo erróneo de un guión y ofrecer un *contraguión* para corregir este primero. Los contraguiones pueden ser (Kahler y Capers, 1974): sé fuerte, sé perfecto, date prisa, complace e inténtalo una vez más.

A lo largo de nuestro guión también decidimos *cómo estructurar nuestro tiempo*, como

pueden ser el aislamiento, los rituales, los pasatiempos, las actividades, los juegos y la intimidad. El aislamiento se define por ser aquellos períodos en los que se evitan las transacciones, ocupados por un estado del yo. Los rituales serán aquellas transacciones simples y predecibles en la vida diaria, mediante los que se obtienen caricias positivas. Los pasatiempos serían transacciones complementarias, superficiales, que giran en torno a un determinado interés común. Relaciones superfluas que pueden llevar a una mayor intimidad. Las actividades son las transacciones en entorno laboral, los juegos ya citados y, por último, la intimidad serían las producidas en relaciones profundas, en las que recibimos caricias y nos exponemos tal como somos —de ahí que se pueda generar miedo a esta intimidad, por esta vulnerabilidad—.

Existen diferentes tipos de guiones, como (Opi, 2004):

a) Por la consecución de objetivos personales y/o relacionales:

- El de triunfador (consigue su potencial, metas, adaptación y buenas relaciones).
- El no triunfador (busca igualarse a los demás).
- El fracasado (no consigue adaptación).

b) Por la perspectiva temporal:

- Guión de nunca (no se consigue lo que se desea, responde al mito de Tántalo).
- Guión de siempre (insistencia y empeño hacia los objetivos y deseos, se relaciona con el mito de Aracne).
- Guión hasta que (pendientes o condicionales de ciertas circunstancias, ya que cuando consiguen lo que quieren no suele ser suficiente y en ocasiones hasta decepcionante. Se relaciona con el mito de Hércules).
- Guión después de (guiones que funcionan considerando lo que pasará después; se describe a partir del mito de Damocles).
- Guión una y otra vez (bajo el *driver* de esfuérzate e inténtalo y el mandato no lo lograrás o si lo logras, no será aquello que esperas; por tanto, genera un bucle de fracaso que se representa mediante el mito de Sísifo).
- Guión de final inconcluso (guiones banales de situaciones que no se cierran, que siguen de la misma manera; relacionado con el mito de Filemón y Baucis).

c) Por ámbitos de socialización:

- Guión cultural: se genera en el seno de las diferentes culturas, propiciando determinados mandatos y reglas de guión.
- Guión subcultural: en ámbitos más reducidos, pero no por ello menos condicionantes.
- Guión familiar: mandatos que provienen de nuestras familias y que justifican cómo en las mismas se repiten patrones específicos.

- Guión individual: los que forman parte de nuestra individualidad.

Pensemos que, tomemos las decisiones que tomemos, *los guiones son reversibles*, tal como señalaba Berne (1964), *bajo las circunstancias favorables*.

Descripción técnica

La intervención mediante AT supone diferentes niveles de análisis y herramientas. Existen diferentes orientaciones o escuelas dentro del AT, cada una de ellas con sus técnicas específicas, como son:

1. La escuela catéxica (representada por Eric Berne).
2. La escuela de reparentalización (de Jaquie Schiff).
3. La escuela de redecisión (creada por Robert y Mary Goulding).

Por tanto, son múltiples las propuestas técnicas que se ofrecen desde el análisis transaccional.

La *escuela catéxica* se basa en el análisis y la modificación de aquellos aspectos estructurales y funcionales de la personalidad que interferirán de forma irremediable en nuestro desarrollo personal. Así, se trataría de modificar las exclusiones y contaminaciones, los juegos patológicos, la posición existencial y el guión.

La *escuela de reparentalización* plantea conectar con la infancia temprana, estableciendo un nuevo Yo padre más adaptativo y saludable, conectando así con lo que nos dejaron nuestros padres y reelaborándolo.

La *escuela de redecisión* parte de la idea de cambiar las decisiones que adoptamos acerca de nuestro futuro mientras fuimos niños, derivado de nuestra necesidad de caricias y de inmensa emotividad.

Finalmente, se ha generado un modelo de *psicoterapia integrativa en análisis transaccional* que incluye los elementos anteriores, así como propuestas de la escuela gestáltica, entre otras.

De forma resumida, R. Kertesz (1985) plantea los diez instrumentos que se incluirían en la terapia mediante análisis transaccional.

Los diez instrumentos propuestos serían de análisis y optimización de los conceptos definidos como premisas para el AT.

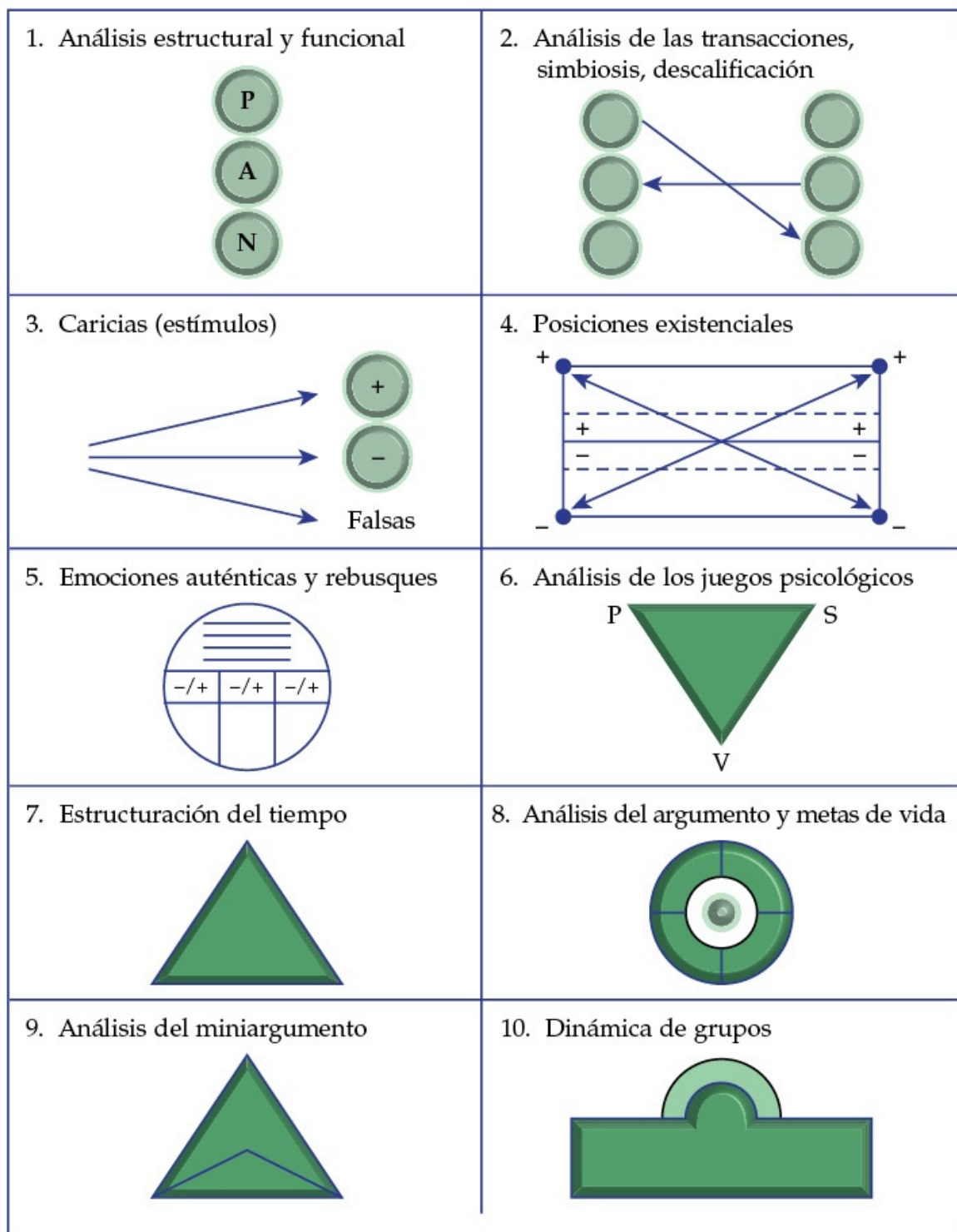


Figura 9.4. Los diez instrumentos de la terapia mediante AT (citado en Saez, 2001; p. 31, propuesto por Kertesz, 1985).

Berne (1961) definió la primera fase de intervención terapéutica mediante AT como **diagnóstico conductual, social, histórico y fenomenológico**. En el diagnóstico conductual, se valora el estado del yo en el que está la persona por medio de la observación de sus conductas (...). La idea detrás del diagnóstico social es la de que otra gente a menudo se

relacionará conmigo desde un estado del yo que complementa el que yo estoy utilizando. Por tanto, descubriendo el estado del yo desde el que responden, puedo conseguir una comprobación de qué estado del yo manifiesto (...). En el diagnóstico histórico, formulamos preguntas sobre cómo fue de niño la persona. Preguntamos sobre los padres y figuras parentales de la persona. Esto nos permite comprobar doblemente nuestras impresiones sobre los estados del yo funcionales de la persona. Esto también nos permite conocer datos sobre la estructura de estados del yo. El diagnóstico histórico se ocupa tanto de los procesos como del contenido (Stewart y Joines, 2003) y, finalmente, el diagnóstico fenomenológico hace referencia a la capacidad de reexperimentar el pasado, no sólo de recordarlo.

La fase de diagnóstico conductual, social, histórico y fenomenológico incluirá:

- a) *El análisis de las estructuras del yo*, conociendo así las características del PAN en la persona.
- b) *El análisis funcional de los estados del yo*, haciéndose consciente de cómo actúan el padre crítico o nutricional, el adulto y el niño natural y el adaptado.
- c) *El análisis de las transacciones* entre nuestros estados del yo y el de los otros, definiendo así cómo nos relacionamos con los demás.
- d) *El análisis de los guiones de vida*, así como de los contraguiones y la posición existencial derivada.
- e) Los *juegos patológicos* que desarrollamos de forma más frecuente, si nos presentamos como víctimas, salvadores o perseguidores.

El análisis de estos patrones es fundamental para comprendernos mejor y ver de qué manera podemos crecer.

La AT pone énfasis a lo largo de la terapia en **el contrato terapéutico** con el objetivo de *clarificar las intenciones de cada parte involucrada en el tratamiento y dar a los clientes una responsabilidad equivalente con el psicoterapeuta en su proceso* (Stummer, 2002). Berne (1971, 1983) definió cuatro tipos de contratos: el administrativo, el profesional, el psicológico y el de psicoterapeuta-cliente:

1. *Contrato administrativo*, en el que se especifican los aspectos funcional- pragmáticos del proceso terapéutico, como los honorarios o el horario y la duración de la terapia.
2. *Contrato profesional*, en el que se recogen las diferentes fases y objetivos de la terapia.
3. *Contrato psicológico*, que incluiría el motivo de consulta, así como las necesidades detectadas tras el diagnóstico anterior.
4. *Contrato psicoterapeuta-cliente*, en el que se especificarán los objetivos de la terapia, la metodología y las estrategias que se seguirán, cómo se evaluarán los resultados, qué pasa si se incumpliera alguna de las partes y una síntesis de los anteriores.

Los requisitos que se deben tener en cuenta a la hora de formular el contrato serían: el consentimiento mutuo, voluntario, la legalidad del documento, marcar una retribución o recompensa y, por último, competencia mutua (Steiner, 1971). Se puede hablar de ocho condiciones que deben cumplir los contratos, como serían: centrar el objetivo de contrato en el área de la conducta problemática; formular el cambio de conducta en términos positivos; el cambio de conducta debe ser observable (no hacer contratos sobre pensamientos o sentimientos, sino sobre actitudes); la redacción será simple y concreta (que pudiera ser entendido por un niño); la conducta a la que se quiere llegar debe ser legal y ética; el objetivo del contrato deberá ser sobre actitudes del cliente, no de otras personas; si es posible, se fijará un tiempo de cumplimiento, y que se refiera a una conducta específica o cambios concretos a conseguir (Kertesz, 1977).

Por tanto, esta primera fase incluye el diagnóstico y la definición del contrato, así como trasladar la información necesaria del modelo para empezar a situar a la persona.

A lo largo del desarrollo de la terapia un aspecto importante será el de **la alianza terapéutica**. En relación a la alianza que se establecerá en terapia, es importante considerar los siguientes aspectos: el régimen de caricias en la relación asistencial, los juegos que puedan surgir —tanto en el cliente como en el terapeuta— y los permisos. En relación a éstos, se considera que las personas que acuden a terapia buscarán caricias positivas del terapeuta, así como permisos, evitando caer en el juego de terapeuta como salvador-perseguidor-víctima.

Otro aspecto a considerar es **el trabajo con las emociones**, facilitando una manifestación sana de las mismas, así como verdadera. Se habla de cinco pasos fundamentales, como:

1. Describir la vivencia de la persona acerca de las emociones.
2. Proponer alternativas de cambio frente a situaciones no Ok o poco adaptativas.
3. Descontaminar de emociones poco auténticas que haya desarrollado el yo niño y adaptado a su guión, recuperando la espontaneidad y la naturalidad de las mismas.
4. Cambiar las creencias del yo adulto al respecto, superando prejuicios.
5. Educación en valores, los cuales son determinantes en estados emocionales, como los de justicia, cooperación, solidaridad (a favor del amor); libertad, respeto y belleza (generarán alegría); competitividad, lucha y ataque (fomentarán la ira); tolerancia, falsedad e injusticia (llevarán a la tristeza) e insolidaridad, aislamiento e inadaptación social (producirán miedo) (Camino, 2006).

El trabajo terapéutico, tras el análisis descrito inicialmente, será de **reestructuración de los estados del yo y el cambio de guión y la posición existencial**, lo que supondrá un cambio profundo en la estructura interna de la persona.

EJERCICIOS

El primer ejercicio que se realizará en la terapia, además del propio establecimiento inicial de la relación terapéutica, será el contrato terapéutico. Un ejemplo de preguntas básicas que debe incluir el contrato terapéutico se expone en la figura 9.5 (Rosal y Gimeno-Bayón, 2001).

1. *Determinar una meta:* «¿Hay algo que desees que mejoraría tu vida?».
2. «¿Hay algún cambio que podrías realizar en ti mismo que pudiera mejorar tu vida?».
3. *Plan de actuación:* «¿Qué estarías dispuesto a hacer para efectuar el cambio?».
4. *Plan de evaluación:* «¿Cómo sabré cuando he alcanzado la meta?».
5. *Tomar conciencia de los juegos que se ejecutan con uno mismo o con los demás y que perturban, entorpecen o sabotean el logro de objetivos. Las preguntas pueden ser:* «¿Cómo podrías sabotear a ti mismo?».
6. *Qué tiempo y energía está dispuesta a invertir la persona:* «¿Cuánto tiempo necesitarías para conseguir estos cambios?».
7. *Qué espera del terapeuta:* «¿Qué esperas de mí para conseguirlo?».

Figura 9.5. Ejemplos de preguntas para definir el contrato terapéutico (Gimeno-Bayón y Rosal, 2001; p. 36).

Los **ejercicios respecto a los estados del yo** empezarán con un análisis que se puede realizar de forma más o menos guiada según la persona. Por ejemplo, existen propuestas de entrevistas estructuradas para definir los estados del yo, o, como propone J. M. Opi (2004), realizar un *egograma*. La idea básica es que la persona pueda observar, comprender y definir de qué manera funciona su PAN.

Los *procedimientos de reestructuración de los estados del yo* son muy variados en el sentido de que cada escuela propone sus propias fórmulas. Una primera propuesta de trabajo con el PAN es la que se incluye en la figura 9.6.

Otra técnica que se utiliza en relación a los tres estados del yo y su análisis es la *técnica de las tres sillas*, experimentando a cada uno de los estados en cada una de las sillas. El objetivo sería comprender los tres estados, así como descontaminarlos cuando exista un conflicto, redecidir o parentalizar.

Asimismo, se puede trabajar con cada uno de los estados por separado; ejemplos de esto serían *el análisis de regresión* (buscar cómo actuamos como yo niño/a) o *la entrevista al padre* (clarificando el yo padre).

Se podría dedicar un espacio para experimentar los estados del yo mediante fantasías guiadas, como la de imaginar al padre nutricio ideal o nuestro/a niño/a interior.

Por último, en relación a *las transacciones*, deberíamos preguntarnos o ejercitar lo siguiente:

a) ¿Quién está emitiendo la comunicación, el padre, el adulto o el niño?

b) ¿Quién activa esta respuesta o quién activa esta emisión?

- c) Representar mediante diagramas y flechas la relación entre estados del yo entre nosotros y los otros.
- d) Concretar determinadas formas de actuar en el futuro.

Las estrategias o técnicas que utilizará el terapeuta en análisis transaccional (Rosal y Gimeno-Bayón, 2001) serán los permisos, la protección y la potencia. Los permisos son las estrategias que se utilizan para activar nuevos patrones de conducta en los diferentes estados del yo. Pueden utilizarse en terapia para que la persona cambie de un mandato «no puedo hacerlo» a «tengo permiso para...», por ejemplo, «tengo permiso para sentir como me siento» o «tengo permiso para decir no» (trabajando la espontaneidad en el primero y la asertividad desde el segundo).

La protección será la que se fomente a partir de la actitud terapéutica, haciendo que la persona aumente la confianza en sí mismo/a y en sus posibilidades de mejora. Permiso y protección son de gran eficacia en el entorno terapéutico, dando lugar a un padre nutricio adaptativo y saludable. Los permisos que podrán incorporarse en terapia son: el de existir, experimentar sentimientos, sensaciones, pensamientos determinados, para ser uno mismo/a, para desarrollar la propia posición existencial (así como para cambiarla), para tener éxito en sus objetivos y encontrar su sentido de vida. La potencia se traducirá como fuerza y comprensión frente a la consecución de objetivos terapéuticos, así como los fracasos que se puedan derivar.

¿CÓMO SE TRABAJA EL PAN?

PADRE



Es el componente de la personalidad que regula nuestros comportamientos, nos ofrece protección y enseña los valores por los que nos regimos.

- Trabajar el concepto de autoridad, llevándola hacia el líder democrático.
- Técnica del juicio justo; cuando apliquemos juicios, que sea valorando voces a favor y en contra, llegando a una conclusión precisa.
- Trabajar las creencias irracionales que pueden estar bloqueándonos.
- Enseñarlo a controlar las formas (por ejemplo, de expresión de la ira)

ADULTO

Nuestro adulto es el que desarrollará el síntoma de malestar, el que tiene la información, la experiencia e imagina posibilidades, elabora hipótesis y maneja y decide sobre la realidad.

- Potenciar las estrategias de afrontamiento.
- Generar una mejora del autoconocimiento y la autovaloración.
- Mejorar herramientas de focalización, planificación, toma de decisiones y generación de objetivos.
- Facilitar una mejora de la calidad de vida.



NIÑO/A

El niño responde a sensaciones, emociones, fantasías, creatividad, etc. Busca su supervivencia, caricias, apoyo, cuidado, tolerancia y oportunidades de crecer y autorrealizarse.



- Descubrir nuestro niño/a interior y acostumbrarse a darle espacio y voz.
- Identificar nuestras necesidades a todos los niveles y practicar la obtención o realización de las mismas.
- Superar nuestros miedos y bloqueos.

Figura 9.6. Trabajo con los diferentes estados del yo (elaboración propia).



Permiso

Yo _____ me doy permiso _____

a: _____

Autorizado por _____

Válido desde el _____

Figura 9.7. Ejemplo de permiso para utilizar en entorno terapéutico (elaboración propia).

Ámbitos de aplicación

La ATA (*Asociación de Análisis Transaccional*) señala que los ámbitos de aplicación de la AT incluyen la psicoterapia individual, de pareja, de familia y de grupo; las prácticas de orientación personal y vocacional; el trabajo organizacional de consultoría y desarrollo; el área educativa y la formación de padres y educadores, entre otros.

Para ampliar la información

- Berne, E. (1974). *¿Qué dice usted después de decir hola?* Barcelona: Grijalbo.
- Berne, E. (1983). *Introducción al tratamiento de grupo*. Barcelona: Grijalbo.
- Berne, E. (1985). *Análisis transaccional en psicoterapia*. Buenos Aires: Psique.
- Berne, E. (2004). *¿Qué dice usted después de decir hola?* Barcelona: Random House-Mondadori.
- Berne, E. (2007). *Juegos en que participamos*. Barcelona: RBA Integral.
- Berne, E. (2010). *La intuición y el análisis transaccional*. Sevilla: Jeder Libros.
- Berne, E. (2014). *Más allá de juegos y guiones*. Sevilla: Jeder Libros.
- Blakeney, R. N. (1979). *Manual de análisis transaccional*. Buenos Aires: Paidós.
- Chandezon, G. y Lancestre, A. (2001). *El análisis transaccional*. Madrid: Morata.
- Contreras, A. (2005). Los roles (II): análisis transaccional. En B. Rojí y L. A. Saúl Gutiérrez, *Introducción a las psicoterapias experienciales y constructivistas*. Madrid: UNED.
- Fernández Lópiz, E. (2000). *Los equipos asistenciales en las instituciones. Guía teórico-práctica de técnicas de AT*. Madrid: Narcea.
- Friedlander, M. G. (ed.) (2007). *Artículos seleccionados de análisis transaccional (del Transactional Analysis Journal 1971-1980)*. Madrid: CCS.
- Gimeno Bayón, A. y Rosal, R. (2001). *Análisis transaccional para psicoterapeutas. Volumen II: tratamiento de los trastornos de personalidad y algunos síndromes*. Barcelona: Milenio.
- Gimeno-Bayón, A. (1999). *Comprendiendo cómo somos. Dimensiones de la personalidad*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Harris, T. H. (1973). *Yo estoy bien, tú estás bien: guía práctica de análisis conciliatorio*. Barcelona: Grijalbo.
- James M. y Jongeward, D. (1975). *Nacidos para triunfar: análisis transaccional con experimentos gestalt*. México: Fondo Educativo Interamericano.
- Jongeward, D. y Seyer, P. C. (1989). *En busca del éxito*. México: Limusa.
- Kertesz, R. (1985). *Análisis transaccional integrado*. Buenos Aires: IPEM.
- Lassus, R. (1995). *El análisis transaccional*. Barcelona: Salvat.
- Maning, M. (ed.) (2011). *Artículos seleccionados de análisis transaccional 2 (del Transactional Analysis Journal 1981-1990)*. Madrid: CCS.
- Martorell, J. L. (1998). *¿Qué nos pasa una y otra vez? Análisis transaccional en la familia*. Madrid: PPC.

- Martorell, J. L. (2000). *El guión de vida*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Martorell, J. L. (2002). *El análisis de juegos transaccionales: un estudio empírico*. Madrid: UNED.
- Massó, F. (2007). *Análisis transaccional I. Cómo nos hacemos persona*. Madrid: CCS.
- Massó, F. (2008). *Análisis transaccional II. Educación, autonomía y convivencia*. Madrid: CCS.
- Oller, J. (2011). *Vivir es autorrealizarse*. Barcelona: Kairós.
- Opi, J. M. (2004). *Las claves del comportamiento humano. Conocerse y conocer a los demás*. Barcelona: Amat.
- Rogoll, R. (1981). *El análisis transaccional*. Barcelona: Herder.
- Sáez Alonso, R. (2009). *Terapia transaccional*. Madrid: CCS.
- Sáez, R. (2001). *Los juegos psicológicos según el análisis transaccional. Dos no juegan si uno no quiere*. Madrid: CCS.
- Steiner, C. (1992). *Guiones que vivimos*. Barcelona: Kairós.
- Stewart, I. y Joines, V. (2007). *AT hoy. Una nueva introducción al análisis transaccional*. Madrid: CCS.

Para ampliar la formación

Asociación Española de Análisis Transaccional (AESPAT)

C/ Alcalde Sáinz de Baranda, 42-1.o D
28009. Madrid
Web: <http://aespato.es/>

Asociación de Análisis Transaccional (ATA)

Apartado de correos 325
50080. Zaragoza
Teléfono: 976 229 728
ata@atainfo.org
Web: <http://atainfo.org/>

Asociación de Profesionales de la Psicología Humanista y Análisis Transaccional (APPHAT)

LOGOTERAPIA Y ANÁLISIS EXISTENCIAL

Definición

La logoterapia tiene por tarea la asistencia al paciente para que éste encuentre significado en su vida, puesto que la logoterapia le hace consciente del logo escondido de su existencia. Sin embargo, en su intento por restablecer la consciencia, la logoterapia no limita su actividad a los hechos instintivos del individuo inconsciente, también se interesa por las realidades espirituales, como el significado potencial de su existencia ha de ser satisfecho y su deseo de significado (Frankl, 1990). Cuando se habla de logoterapia se habla de encontrar el sentido de la vida, la libertad y la voluntad del ser humano.

El análisis existencial se considera la otra cara de la misma moneda, tal como afirma el mismo Frankl, considerándose éste una propuesta antropológica que sirve de base a la logoterapia, es decir, *una concepción del hombre y (...) una interpretación del mundo (Frankl, 1964)* que sitúe el modelo y la práctica anterior.

Objetivos

Según el propio V. Frankl, la logoterapia y en análisis existencial tienen como objetivo favorecer la conciencia del paciente, la responsabilidad y el sentido de la vida. Es decir, buscar la mejora y el bienestar de la persona a partir del autoconocimiento, asumir la propia responsabilidad sobre nuestro destino —y si no sobre lo que nos ocurre, sí el cómo procesamos lo que nos pasa— y encontrar nuestros propósitos y cumplir nuestros sueños. Así, especifica una serie de objetivos que se desprenden del anterior, como son (Frankl, 1990):

- ⇒ Comprender al ser humano desde una perspectiva integral, y, por tanto, considerar ámbitos hasta el momento inconscientes, como el espiritual.
- ⇒ Mejorar la comprensión de las otras personas favoreciendo una actitud empática y de mayor transcendentalidad y conexión.
- ⇒ Promocionar una autocomprensión que incluya la aceptación de la experiencia y existencia personal mediante la aprobación y aceptación (incluso de aceptar la propia vida y la muerte), así como de valoración de las mismas.
- ⇒ Promover la capacidad de distanciamiento respecto al pasado, a la situación personal y los propios valores (de experiencia, creación y actitud).
- ⇒ Facilitar las habilidades de autotranscendencia, como sería abrir las perspectivas respecto al mundo.
- ⇒ Vivir con libertad, responsabilidad, coherencia y auténticamente, en el aquí y el ahora.
- ⇒ Buscar la realización del sentido que le otorguemos a la vida, en tareas, objetivos y ámbitos (por ejemplo, sentirnos autorrealizados personalmente, en la pareja, en la

familia, en el trabajo y socialmente).

Las premisas

Logoterapia proviene de la palabra *logos*, que significa sentido o significado aplicado al proceso terapéutico, y por análisis existencial (*daseinsanalyse*) (Binswanger, 1954) se entiende un método de estudio de los aspectos más significativos de la vida de la persona.

Logoterapia y análisis existencial, ¿iguales o diferentes?

El primer aspecto a definir es si estamos hablando del mismo o diferente concepto. La comprensión de esto proviene del propio desarrollo histórico de las mismas. Ambas provienen de la filosofía fenomenológica de M. Heidegger (1889-1976), por tanto, entienden que existe una compleja relación entre los fenómenos que ocurren en el entorno y el individuo.

El *análisis existencial* lo definió inicialmente Binswanger (1954) como un método analítico-existencial, que se caracteriza por (Villegas, 2005):

- ⇒ *Cuestiona toda la estructura de la existencia del individuo.*
- ⇒ *Se esfuerza en reconstruir el desarrollo y la transformación del mundo (o de los mundos opuestos) del individuo más allá de la vivencia subjetiva inmediata (...); implica una investigación biográfica.*
- ⇒ *Se plantea ir más allá de la comprensión fenomenológica; pretende llevar a la persona a la comprensión de su proyecto existencial y enfrentarla dialécticamente con su libertad y responsabilidad.*

Esta primera propuesta parte de la idea de que todos tenemos nuestro camino y los problemas psicológicos representarían desviaciones de este camino. El trabajo terapéutico será el de analizar la biografía de la persona, encontrar los puntos de desvío y encontrar una manera de reprenderlo. Dentro del mismo existe una segunda propuesta que se denomina *psicoanálisis existencial*, de origen sartreano, basándose en el análisis del proyecto existencial como reflejo de aspectos pasados.

M. Villegas (2005) señala otros aspectos que conforman este modelo:

- a) *El modelo de hombre, trastorno y curación* parte de la consideración de que el mundo del ser humano está conformado por tres elementos: el físico (*umwelt*), el social (*mitwelt*) y el intrapersonal (*eigenwelt*), pudiendo ser conscientes de éstos a diferencia de los animales. Esta consciencia nos otorga la posibilidad de modificarlos, de construirlos y, por tanto, de desarrollar el sentido de libertad. Los trastornos derivarán de no cumplir con el proyecto que decidimos seguir y, por tanto, la curación pretende conectar con éste y producir un cambio estructural en el ser humano.

a) *La posición en el mundo*: somos en el mundo posicionándonos frente al ambiente, en interrelación con los demás —que modificamos y a su vez nos modifican— y con nosotros mismos. Esta posición y las decisiones que tomamos también vendrán determinadas por otras variables, como el espacio (físico y simbólico, representado por las leyes de la naturaleza y todo lo que nos rodea, así como los límites de nuestro cuerpo) y el tiempo (con la muerte como horizonte final de nuestra existencia). Venimos de la nada, nacemos y tomamos decisiones sobre hacia dónde queremos ir, con una cierta libertad (aunque no absoluta por lo mencionado anteriormente).

El análisis existencial se fue constituyendo como una psicoterapia fenomenológica-personal cuyo objetivo es ayudar a la persona a alcanzar un vivir libre (espiritual y emocional), tomar de posición auténticas y un trato responsable consigo mismo y con el mundo (Längle, 2004).

V. Frankl (1905-1997) definió la logoterapia. *De acuerdo con la logoterapia, la primera fuerza movilizadora del hombre es la lucha por encontrarle un sentido a su propia vida* (Frankl, 1979). Ésta se estableció como una fórmula de análisis existencial.

Las premisas acerca de la persona

Las premisas sobre las que se asienta la logoterapia y su concepción sobre el ser humano son las siguientes (Frankl, 1988):

1. El ser humano es una unidad indivisible, *in-dibiduum*. Se pueden considerar diferentes elementos que conforman la unidad del individuo. Cada uno tendrá sus propias características que no pueden ser intercambiables y, por ello, nadie puede vivir ni morir por nosotros/as.
2. Al ser una totalidad es *insummabilis*, lo que significa que no se le puede añadir elemento alguno.
3. Cada persona que nace es un ser nuevo, único y particular.
4. Todas las personas cuentan con la capacidad de decidir sobre su propia vida.
5. Dentro de las personas se integran tres modos, como serían el propiamente físico y corporal, el psicológico y el espiritual, que se describen a continuación:
 - El modo físico o biológico incluye el cuerpo y las necesidades físicas que experimentamos.
 - El modo psicológico estará formado en primer lugar por nuestra personalidad, nuestros estados de ánimo, la motivación, la capacidad de aprendizaje, la inteligencia y el pensamiento, entre otros.
 - El modo espiritual se denomina noético y corresponde a los valores existenciales, así como los elementos centrales que se definen a continuación, la capacidad de

trascendencia y el amor.

6. La persona, en su concepto de unidad, desarrolla un yo que puede actuar de forma consciente o inconsciente, y radica en este último el origen de su espiritualidad.
7. La persona desarrolla su espiritualidad en contraposición a los otros dos modos, el psicológico y el biológico.
8. El individuo tiene capacidad de distanciarse de los modos físico y psicológico, pudiendo crear una mirada de ir más allá.
9. La persona logra una comprensión absoluta de sí misma si considera los tres modos y responde a la llamada de los mismos, incluida la espiritual —que en tantas ocasiones dejamos de lado—.
10. Existe un sentido para nuestra vida que debemos descubrir y desarrollar para promoción de nuestro bienestar. Si no se sigue este sentido, se produce un elevado sufrimiento.

En resumen, el ser humano se concibe como *un ser único, irrepetible, con poder de decisión y responsabilidad sobre su realidad, en busca de sentido de su vida.*

Elementos que conforman la existencia humana

¿Cuáles serán los elementos constitutivos de nuestra existencia? Siguiendo lo expuesto en los puntos anteriores, V. Frankl (1999) los define como *fenómenos primarios, irreductibles, del ser del hombre*, formando parte de todos los seres humanos sin excepción. Estos elementos centrales son:

- ⇒ *La libertad*: se definirá la libertad como la capacidad del ser humano de decidir sobre su propia existencia, así como sobre ciertos aspectos del ambiente —tal vez no pueda decidir que un hecho suceda, pero sí su posición respecto a éste—, sus relaciones y sobre sí mismo. *¿Es la libertad un contexto que acompaña los hechos que vivimos? ¿Es un sentimiento?* La libertad es la posibilidad que tenemos de decidir. Ésta se moverá hacia la omnipotencia, la posibilidad de hacer lo que uno quiere.
- ⇒ *La responsabilidad*: si tomamos decisiones, también debemos asumir la responsabilidad sobre lo que ocurre tras ello. Se trata de reconocer nuestra implicación en la decisión, así como la posición que nos ha llevado a tomarla. Si no se desarrolla tal como preveíamos, siempre estamos a tiempo de modificar(nos).
- ⇒ *La espiritualidad*: ésta hace referencia a un modo de ser, un nivel de existencia que sigue las aspiraciones más elevadas, sin entrar en contenido religioso. Se trata de los valores existenciales superiores. *Justamente el nivel espiritual caracteriza al hombre en su especificidad de ser lo que se decide, orientado a los valores, al descubrimiento de una tarea, de un sentido que se releva que descubre en la vivencia concreta de la*

situación en la cuál es implantado (Bellantoni, 2010, citando a Frankl).

⇒ *La voluntad y búsqueda de sentido*: radica en lo más profundo del ser la voluntad de cumplir con el sentido de nuestra vida. Esta voluntad se movilizará desde el inconsciente y será inevitable que se manifieste. El sentido es aquel elemento que no se tiene de base, sino que se busca y se descubre, tal como señala Frankl. Este sentido puede ser (Lukas, 2008):

- *Sentido en la vida* (las interpretaciones que realizamos de lo que nos ocurre).
- *Sentido de la vida* (una consideración metafísica que se busca y define una vida).
- *Suprasentido* (visión cosmológica de la realidad, que la entiende como una unidad de elementos conectados los unos con los otros).

La terapia se centrará en el segundo primordialmente, siendo el primero un medio de comprender y avanzar hacia el sentido de nuestra vida.

Nuestra existencia estará «dirigida» hacia estos elementos de forma ineludible, qué mejor terapia que intentar asumir tal consideración y desarrollarlos al máximo en nosotros/as mismos/as.

¿Qué nos puede ayudar a avanzar hacia nuestro sentido de vida? **Los valores existenciales**, entre los cuales destacan (Frankl, 2002):

- ⇒ *Valores vivenciales*: son las experiencias que vivimos y que recordamos de forma significativa, como puede ser las de apreciación de la belleza, las relacionales, las de acercamiento a la naturaleza o las amorosas.
- ⇒ *Valores creativos*: los que nos dirigen a construir y producir, y de ello a sentirnos útiles, capaces y realizados.
- ⇒ *Valores actitudinales*: los que tienen que ver con la posición que adoptamos frente al mundo, desde la solidaridad al compromiso, la cooperación, la paz, etc.

Los terceros serán los que más nos ayuden en nuestro proceso de búsqueda, aunque no debemos descuidar los otros dos.

Por último, se definió **la triada trágica**, que son tres aspectos de la existencia, ineludibles e inevitables, por los que pasaremos todos/as nosotros/as. Éstos son el sufrimiento, el sentimiento de culpa y la muerte. *Ninguno de nosotros puede evitar en encuentro con el sufrimiento ineludible, con la culpa inexcusable y con la muerte inevitable. La pregunta que debemos formularnos es: ¿cómo podemos decir sí a la vida a pesar de todo su aspecto trágico? (...) Pero hay algo más: también de los aspectos negativos, y quizá especialmente en ellos, se puede extraer un sentido, transformándolos así en algo positivo: el sufrimiento, en servicio; la culpa, en cambio; la muerte, en acicate para la acción responsable* (Frankl, 2000).

Las leyes que nos regulan

El ser humano, como unidad, se rige por dos leyes que explican diferentes aspectos que le afectan.

La primera ley se llama **ley de la proyección**, que explica cómo un objeto tridimensional que se proyecta sobre dos paredes puede dar imágenes diferentes viniendo del mismo objeto. Aplicándolo al ser humano quiere decir que un mismo objeto puede proyectarse en los modos de forma diferente y opuesta, sin dejar de representar una unidad.

La segunda es la **ley de la ambigüedad**, que señala que tres objetos tridimensionales diferentes pueden proyectar igual imagen en dos dimensiones. Si tratamos de explicar una dimensión sólo a través de su reflejo y perdemos la perspectiva de las otras dimensiones, posiblemente realizaremos un análisis erróneo.

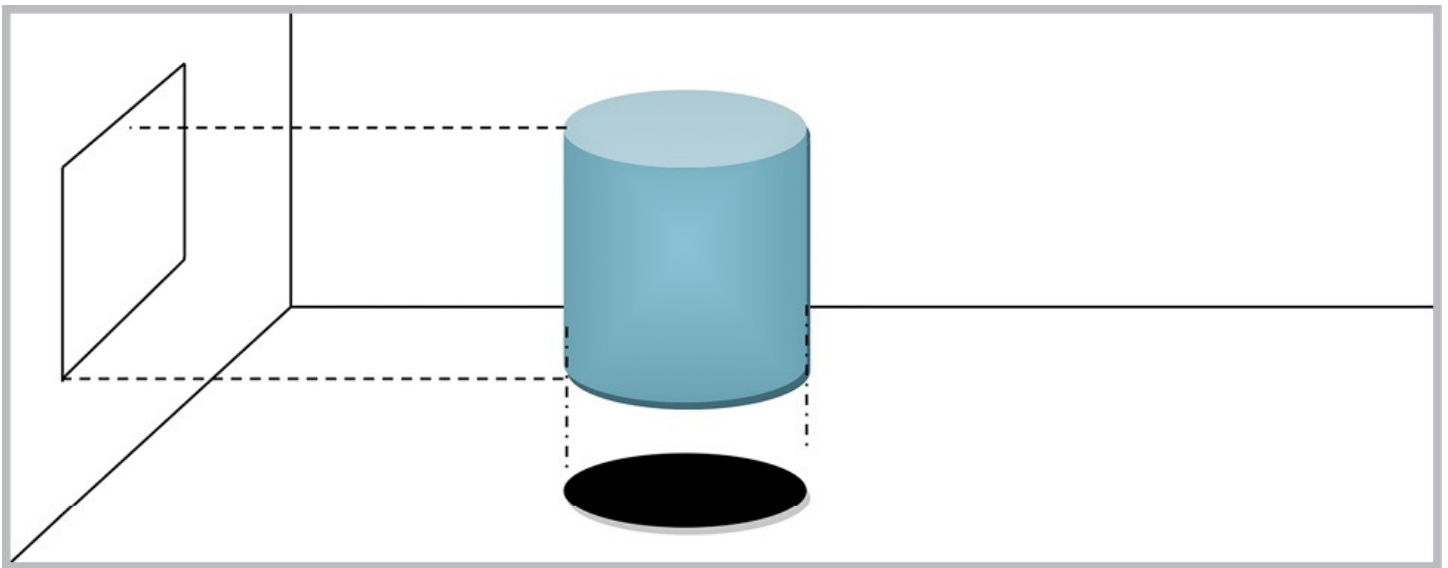
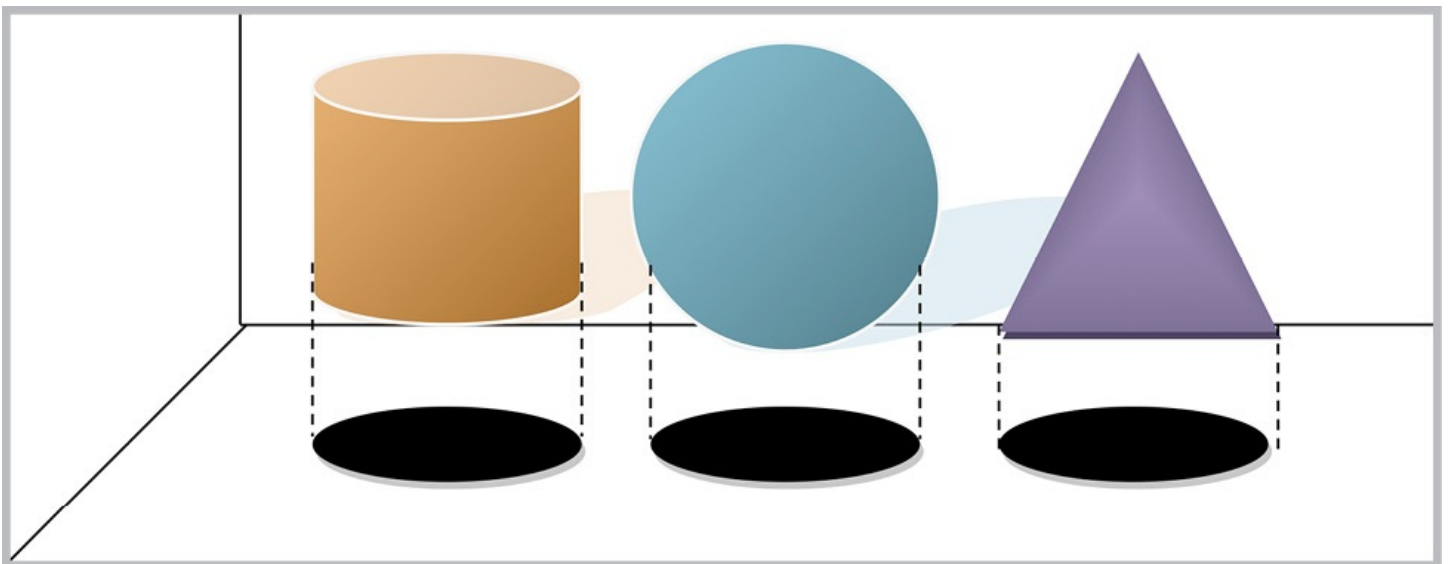


Figura 9.8. Representación de la ley de la proyección (Frankl, 2000).



Concepto de psicopatología

¿Qué se considera enfermedad? sería la pregunta a responder en este apartado. La logoterapia afirma que los tres modos definen salud y enfermedad. Además, si la persona se distancia de su camino y no puede avanzar en la búsqueda de sentido, también se considera enfermedad.

La enfermedad se desarrolla en el modo físico y en el psicológico, no en el noético (aunque si se ve bloqueado, podrá desencadenar una crisis y síntomas como la frustración). Así, V. Frankl (1964) definirá las diferentes expresiones patológicas de estos modos:

- a) Físicamente, se generarán las enfermedades biológicas que pueden expresarse mediante síntomas físicos y psicológicos (por ejemplo, como se da en la pseudoneurosis orgánica).
- b) Psicológicamente se manifestarán en lo biológico las enfermedades psicosomáticas o neurosis reactivas, y en lo psíquico, la neurosis psicógena.

Por tanto, clasifica las enfermedades en noógenas (cuando implica el noético y lo psíquico influye en lo biológico secundariamente), psicosomáticas (cuando lo psíquico influye en lo biológico), somatógenas (cuando lo biológico influye en lo psíquico) y reactivas (cuando existe un factor desencadenante). Finalmente, señala que estas primeras pueden dar lugar a lo que denominó vacío existencial, al que también debe atenderse.

Primeros apuntes acerca de la terapia logoterapéutica y el análisis existencial

La logoterapia se desarrolla como un modelo antropológico, psicoterapéutico y filosófico, con las consideraciones particulares que cada uno de éstos requieren.

La logoterapia, *como modelo antropológico*, define la imagen de la persona, determinando la libertad de voluntad.

La logoterapia, *como modelo filosófico*, es una orientación individual y pragmática centrada en la filosofía existencialista. Más allá del proceso terapéutico, terapeuta y paciente tienen la posibilidad de adoptar una determinada actitud frente a la vida. Se trata de optimizar los modos que nos conforman mediante diferentes estrategias:

- a) La consciencia.
- b) El autodistanciamiento.



Figura 9.10. La logoterapia como antropología, psicoterapia y filosofía (adaptado de Lukas, 1998).

- c) La autotranscendencia.
- d) La libertad y la responsabilidad.
- e) La voluntad de sentido.
- f) El sentido.
- g) Los valores.

Esto se traducirá en una filosofía de vida dirigida hacia:

- ⇒ Vivir conscientes de nuestra realidad y lo que nos rodea.
- ⇒ Desarrollar la capacidad de distanciarse y trascender a uno/a mismo/a, empezando por la toma de distancia de problemas y preocupaciones.
- ⇒ Vivir en libertad, con responsabilidad y valores, y caminando hacia el sentido que nos propone la vida.

Ésta es una propuesta de filosofía holística, positiva y proactiva (en el sentido de asumir la responsabilidad).

La *logoterapia como modelo psicoterapéutico* que trabaje conjuntamente con la persona en sus diferentes modos o dimensiones.

El papel del terapeuta

La logoterapia intenta hacer al paciente plenamente consciente de sus propias responsabilidades, razón por la cual ha de dejarle la opción de decidir por qué, ante qué o ante quién se considera responsable (...) [Asimismo] la logoterapia no es labor docente ni predicación. Está tan lejos del razonamiento lógico como de la exhortación moral. Dicho figurativamente, el papel que el logoterapeuta representa es más el de un especialista en oftalmología que el de un pintor. Éste intenta poner ante nosotros una representación del

mundo tal como él lo ve; el oftalmólogo intenta conseguir que veamos el mundo como realmente es. La función del logoterapeuta consiste en ampliar y ensanchar el campo visual del paciente de forma que sea consciente y visible para él todo el espectro de las significaciones y los principios. La logoterapia no precisa imponer al paciente ningún juicio, pues en realidad la verdad se impone por sí misma sin intervención de ningún tipo (Frankl, 2004).

El papel del logoterapeuta sería mostrar al paciente una forma de ver la realidad, a sí mismo/a y al mundo, y se irá adaptando según el momento en que se encuentre el proceso. El *Centro Viktor Frankl de Argentina* (2016) propone los siguientes momentos y roles del terapeuta:

- a) *La conciencia ingenua (¿por qué?)* es el momento de inicio de la relación terapéutica en la que el paciente se debe sentir seguro para expresar lo que le ocurre. Se producirán las catarsis, pues la persona no entiende lo que le ocurre, de ahí que se pregunte continuamente *¿por qué le ocurre eso a él/ella?* Es un momento de ambigüedad y confusión vivido con un alto sufrimiento. Éste requiere del terapeuta una actitud de aceptación del contenido y contención de las reacciones emocionales, normalizando las mismas. Se creará un clima de confianza y seguridad. La tarea del terapeuta será recoger el motivo de consulta y la historia clínica. Éste también incluirá el diagnóstico, que incluye la definición operativa de los síntomas, desde la perspectiva logoterapéutica, según las diferentes dimensiones del ser humano, existencial y de las necesidades y recursos del cliente.
- b) *La conciencia crítica (¿cómo?)*: la situación pasa de ser de ambigüedad a la búsqueda de soluciones, por tanto, deberá centrarse en el aquí y el ahora y la indagación de posibilidades. Asimismo, empieza la comprensión de las diferentes dimensiones que nos conforman y de ésta el contacto con lo noético, cuestionando el origen de la crisis. La actitud del terapeuta irá desde el ser (coherencia en su actitud) al saber ser (presentación del nuevo modelo filosófico-antropológico-terapéutico). Este rol se materializará en la confrontación personal y con los valores existenciales del cliente.
- c) *La conciencia comprometida (¿para qué?)*: una vez hemos comprendido nuestra unidad y dimensiones, aparece la necesidad de un cambio profundo, lo que nos situará en el momento de decidir y elegir el camino a seguir. En este punto, el terapeuta mostrará su apoyo y una actitud acompañante.

El terapeuta debe adaptarse a estas tres circunstancias, que irán desarrollándose a lo largo del proceso.

Finalmente, se ha definido una serie de principios contradictorios sobre los que un terapeuta debe saber situarse (Lukas, 1998): el de mantenerse optimista y pesimista a la vez, el de investigar las causas y olvidarlas a su vez, las posibilidades que han tenido las personas de salud y las que no han seguido para enfermar y, por último, contar con un sistema de valores

propio, pero también respetar los ajenos —aunque estén alejados de nosotros/as—.

Descripción técnica

La logoterapia se desarrolla a partir de una serie de fases que se presentan a continuación:

1. *Fase de diagnóstico*: en la que se recogerán los síntomas que presenta el paciente y su manifestación en los tres modos o dimensiones que forman la unidad del cliente. La idea es determinar el factor primario que mantiene los síntomas.

E. Lukas (1998) define la logoterapia a partir de la siguiente fórmula, ($\psi = x + y$), la cual hace referencia a que la psicoterapia es igual a la suma de dos incógnitas; la primera tiene que ver con lo irracional, que se escapa del control del terapeuta, y la segunda, todo lo que tiene que ver con el individuo.

2. *Fase de distanciamiento*: en la que se ayuda al cliente a poner distancia entre éste/a y sus síntomas. La idea es que empiece la focalización hacia los elementos de interés y el verdadero eje de la intervención, la búsqueda de sentido. Porque hablando de nuestras preocupaciones podemos pasarnos el día entero, pero con eso no conseguimos ni mejores soluciones, ni superarlas.
3. *Fase de cambio de actitud*: entendiendo que existe un propósito mayor y más allá de nuestros síntomas, se deberá ayudar a la persona a cambiar de posición respecto a sí misma y el mundo. Se trata de adquirir un comportamiento más saludable en todas sus dimensiones.
4. *Fase de reducción de síntomas*: se desarrollará automáticamente tras el cambio de actitud y con los reforzadores pertinentes.
5. *Fase de orientación hacia el sentido*: objetivo primordial de este proceso. La idea será recuperar nuestro camino perdido y trabajar en nuestros valores.

Para el desarrollo del **análisis existencial** se seguirán los siguientes pasos (Villegas, 2005):

- ⇒ *Inicio de la relación terapéutica y presentación del modelo* —debido a la especificidad del mismo—. La actitud terapéutica se basará en lo expuesto en la TCC (terapia centrada en el cliente). Igualmente, se procede a recoger la sintomatología que presenta el cliente.
- ⇒ *Síntesis biográfica*, mediante la que se describirán todos aquellos episodios en la vida de la persona que le hayan resultado significativos para su evolución, para llegar al momento en el que se encuentran.
- ⇒ *Formación y fracaso del proyecto*, por la que se definirá el proyecto existencial que se perseguía y los momentos determinantes para que éste, en un momento determinado, fallara.

- ⇒ *La aporía existencial*, donde se observan imágenes contradictorias que pueden llevar a un mismo fin, la superación de la crisis existencial.
- ⇒ *El desenlace final*, donde, definido el proyecto, se pondrá en marcha en busca de un resultado óptimo.

EJERCICIOS

La logoterapia es una terapia de orientación fenomenológico-existencial, tal como se ha definido anteriormente, así como personalista y dialéctica. Se afirma de ésta que es, a la vez (Frankl, 1992, 1994, 2001): ⇒ Una terapia específica que trabaja con los conceptos centrales de la teoría, la frustración y el vacío existencial noogénico. Como terapia específica, utilizará las siguientes técnicas: el dialogo socrático, la técnica de preguntas ingenuas, la técnica de apelación y la técnica del denominador común.

- ⇒ Una terapia inespecífica con el objetivo de generar un camino e intervenir indirectamente sobre los problemas que afectan al ser humano al que se atiende. Como terapia inespecífica, utiliza la intención paradójica, la derreflexión y la modulación de actitud.

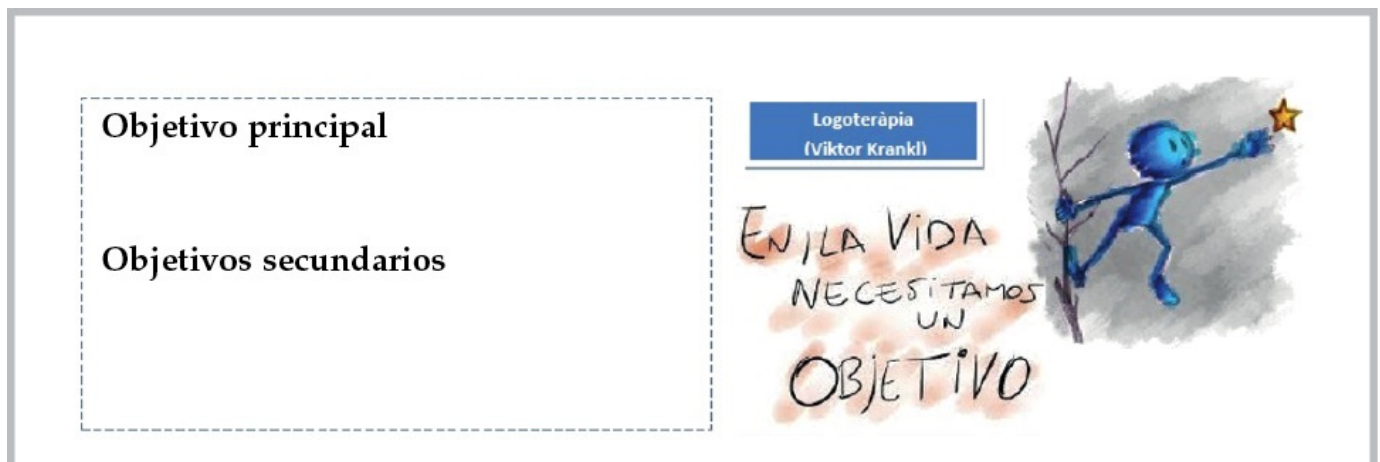


Figura 9.11. Muestra para definir objetivos desde la logoterapia.

En este modelo terapéutico se pone énfasis en la importancia de la relación asistencial. Así, V. Frankl (1987) afirma que *el proceso terapéutico es una cadena continua de improvisaciones* y debe navegar entre la familiaridad y la separación. No obstante, también señala algunas técnicas que pueden utilizarse para ayudar al fin establecido de búsqueda de sentido:

- ⇒ *Ejercicio o pregunta inicial*: en los momentos iniciales de la terapia se recomienda definir cuál es el *leit motiv* de la persona, es decir, aquello que le mueve a

continuar. La primera pregunta que deberíamos incorporar sería: ¿para qué he venido a este mundo?, ¿cuál es el propósito de mi vida?, la cual se puede preguntar directamente o tratar de forma más inespecífica.

⇒ *El diálogo socrático*: es aquel método de debate que se utilizará en psicoterapia para buscar nuevas ideas o una lógica diferente. Un método descrito por Platón e identificado con Sócrates. Se desarrollará entre dos personas que buscan la respuesta a una pregunta específica siguiendo un proceso reflexivo y razonado. El método socrático se empieza con un tema central sobre el que se siguen los siguientes pasos:

- A partir del tema central se desarrolla una afirmación o hipótesis que se quiere poner a prueba (interlocutor A). La segunda persona lo pone en cuestionamiento. Por ejemplo, el terapeuta puede afirmar que para ser feliz necesitamos una vida con significado y el cliente refutarlo diciendo que no encuentra significado en la vida.
- El primer interlocutor escucha todas las premisas del segundo, por ejemplo, la vida no vale la pena vivirla pues los demás nos hacen daño, no podemos realizar nuestros deseos, etc.
- El interlocutor A argumentará sus premisas y el B escuchará. En el caso anterior se puede argumentar que tiene razón en el sentido que ha vivido cosas difíciles y dolorosas, pero que no son los únicos motivos que se deben valorar, por ejemplo, con sus capacidades puede perseguir y conseguir sus sueños.
- Se llega a una conclusión conjunta acerca de si el tema principal queda validado (es cierto) o invalidado (falso).

El diálogo socrático puede incluir preguntas del estilo: *¿a qué te refieres cuando dices...?*, *¿cómo llegas a ese razonamiento?*, *¿qué es lo que realmente quieres decir?*, *¿cómo sabes que eso es cierto (o falso)?*, entre otras. La idea es preguntar para abrir un proceso de reflexión.

⇒ *La técnica de preguntas ingenuas*: es una técnica desarrollada a partir de la anterior en la que se mantiene una actitud de validación de la argumentación del paciente, recuperando la ironía que se utilizaba en la mayéutica socrática. Apoyar lo que dice el cliente para ir haciendo preguntas que parecen ingenuas, aunque en realidad son irónicas, en el fondo cuestionando lo que se dice. E. Lukas (1983) afirma respecto a éstas que *se puede utilizar también la oposición del paciente aprobando y reflejando aparentemente sus actitudes negativas e insanas y provocando así su oposición a ellas... De este modo, el propio paciente rebate sus actitudes negativas, lo cual, en el terreno del conocimiento, conduce a la experiencia del «¡ah!», y con mucha frecuencia facilita una corrección de la actitud o la produce sin ninguna otra intervención del terapeuta. Si uno «exagera*

un poco» y ridiculiza algo estas actitudes insanas, se consigue mejor el distanciamiento del paciente de sus propias actitudes negativas (ahora algo caricaturizadas). Muchos de los que buscan consejo y ayuda ni siquiera advierten la estrategia del terapeuta en la técnica de las preguntas ingenuas, pero el efecto es el mismo: rechazan con el terapeuta sus propias ideas insanas.

- ⇒ *La técnica de la apelación:* se trata de buscar el lado positivo del sufrimiento y/o los síntomas del cliente para que éste tome conciencia de la realidad. Igualmente, se apela por la vida, el sentido y la esperanza, es decir, se fijaría en los aspectos centrales del modelo aplicado a la vida de la persona.
- ⇒ *La técnica del denominador común:* establecer la jerarquía de valores y los que funcionan en orden superior e inferior, pudiendo destacar que si el denominador común es un valor determinado, éste podrá subir en orden de jerarquía.
- ⇒ *La intención paradójica:* se trata de *desear que ocurra aquello que precisamente teme* (Frankl, 1984). Se prescribiría a la persona aquello que trata de evitar, por ejemplo, el síntoma, lo cual contradice toda lógica. La idea subyacente a esta técnica es crear contradicción y conseguir el efecto contrario al indicado, en este caso la eliminación del síntoma. Esta atención invertida hace que el síntoma se minimice, normalice o desaparezca, e incluso deje paso a otra capacidad, la de reírse de uno mismo, por la disminución del grado de miedo hacia el mismo —*no podré superarlo, nunca podrá controlarlo, no logro entenderlo, etc.*—. Superando este miedo se supera el síntoma.
- ⇒ *La derreflexión:* en un mundo en el que las personas vivimos con una mente hiperreflexiva, se invita al cliente a que no reflexione a lo largo de un tiempo establecido. Cuando acudan a su cabeza las preocupaciones, rumiaciones u obsesiones, debe centrar su atención en otros objetivos y/o actividades que ayuden a dejarlos pasar.
- ⇒ *La modulación de actitud:* se trata de pasar de un determinado tipo de comportamiento y actitud hacia otros/as nuevas y más saludables. Se podría hacer un paralelismo entre esta técnica y el trabajo sobre las fortalezas personales de la psicología positiva.
- ⇒ *El autodistanciamiento:* es la herramienta que se utilizará para que la persona coja distancia respecto a sus síntomas. En primer lugar, en vez de paciente o cliente, se denominará al paciente compañero existencial, pues destaca que la persona se ve en un proceso de mejora personal, no sólo curativo-terapéutico. Se trata de señalar a la persona que es perfectamente capaz de adquirir cierta distancia de su realidad como para poder trabajar en pro de sí mismo/a y su proyecto existencial.
- ⇒ *Ejercicios de análisis del proyecto existencial:* M.Villegas (2005) propone los siguientes puntos a seguir para el análisis del proyecto existencial:

- *Obtener un relato biográfico de la vida, mediante la escritura de diarios, las*

composiciones, las recopilaciones de datos biográficos, las entrevistas o la confección histórica de vida, entre otros.

- *Identificar los temas o categorías que estructuran esta existencia, lo cual supone determinar el tema dominante de su existencia. Por ejemplo hay personas que viven a partir de las relaciones sociales que establecen y por ello los temas que las definirán serán los éxitos y fracasos relacionales.*
- *Comprobar la dimensión evolutiva de esta temática, lo que significa poder definir cómo ha evolucionado este tema a lo largo de nuestra vida. Por ejemplo, en el caso anterior se trataría de poder diferenciar entre mis relaciones de adolescente, las de juventud y las de adultez. Además, se identificarán las características de esta temática según las diferentes dimensiones citadas, el mundo natural, el social y el personal.*
- *Concreción de un proyecto histórico, por ejemplo, mediante la línea de vida o simplemente anotando aquellos aspectos más significativos en la vida de la persona.*
- *Identificar, con ayuda del paciente, los momentos de inflexión de este proyecto que han conducido a su fracaso, vivencias que se relaten como fallos, fracasos o momentos de grandes cambios.*
- *Evaluar las consecuencias que la renuncia al proyecto histórico ha conllevado respecto al proyecto existencial, lo cual llevará a las sensaciones actuales de desubicación, de no saber hacia dónde ir o de pensar que no hay salida, por ejemplo.*
- *Recuperar el proyecto histórico para evaluar de qué modo podría continuar vigente en la actualidad y cómo adaptar éste al momento presente, por ejemplo, manteniendo la temática, pero cambiando las fórmulas.*
- *Introducir modificaciones en las condiciones fácticas de la existencia.*
- *La reconsideración del propio posicionamiento en la existencia, por ejemplo, mediante el cuestionamiento del significado de los síntomas.*
- *La inmersión en el nuevo posicionamiento existencial, pues una existencia tematizada deja, generalmente, tras de sí un vacío cuya recuperación requiere un nuevo posicionamiento.*

Será un proceso de definición y redefinición de lo que ha sido nuestra vida hasta el momento y lo que puede llegar a ser.

⇒ *Ejercicio de guía para elaborar el proyecto existencial:* para elaborar un proyecto existencial se pueden plantear las siguientes preguntas existencialistas:

- *¿Quién eres?*
- *¿Qué quieres conseguir en la vida? (aspectos personales, familiares, profesionales, materiales, etc.).*

- ¿Qué satisfacción tienes con tu vida actual y las diferentes áreas que la componen?
- ¿A qué te gustaría dedicar tu tiempo?
- ¿Cuál es tu objetivo principal y el secundario, cuáles tus metas o tus sueños?
- ¿Qué valores mantienen tu existencia?

Lo que se podría resumir en aquella canción del grupo Siniestro Total que decía «*Quiénes somos, de dónde venimos y adónde vamos?*», o, en palabras del propio Viktor Frankl (1942): *no hay nada en el mundo que capacite tanto a una persona para sobreponerse a las dificultades externas y a las limitaciones internas como la consciencia de tener una tarea en la vida.*

Ámbitos de aplicación

La logoterapia y el análisis existencial se llevan a cabo en cinco áreas de aplicación (Frankl, 1992, 1994, 2001):

- La logoterapia específica:* trata la neurosis noógena, que se traduce en la práctica como crisis existenciales que producen un malestar significativo en las personas. Se puede deber a un dilema, a la sensación de vacío existencial o de falta de sentido o a un conflicto con nuestros valores existenciales, entre otros. La manifestación de éstos sería la depresión, la agresividad y las adicciones, tal como indica V. Frankl (1994) y denomina *la triada neurótica de masas*.
- La logoterapia inespecífica:* se tratan las neurosis en su modo psicológico partiendo del diagnóstico pertinente y aplicando las técnicas señaladas anteriormente.
- El análisis existencial como cura médica de almas:* no es una intervención o área específica, sino una consideración. Señala que los profesionales que atienden a personas deben mantener un espacio para cuidar a las personas y sus almas y espiritualidad. Cuidar a la persona en todos sus modos, comprendiendo el sufrimiento que pueda experimentar, respetando todo su yo.
- El análisis existencial como explicación de la existencia personal:* se trata de un modelo de terapia que analiza la realidad de la persona y la encamina hacia su verdadera etiología existencial, su unidad y el sentido específico de ésta.
- El análisis existencial como terapia de las neurosis colectivas:* la actitud provisional ante la existencia, una postura fatalista, el fanatismo o el pensamiento colectivista pueden generar neurosis si se reciben éstos de forma reiterada o en grandes dosis. La terapia en este punto intenta poner distancia entre estas formulaciones para volver a adoptar los elementos centrales indicados: la libertad, la responsabilidad, la búsqueda de sentido y la espiritualidad.

Básicamente, se trata de un modelo que determina más la actitud del terapeuta que la población sobre la que se aplica.

Para ampliar la información

- Bellantoni, D. (2010). Del significado del síntoma al significado de la vida. *Sentido y existencia. Revista latinoamericana de análisis existencial y logoterapia*, revista núm. 4, Instituto Colombiano de Análisis Existencial y Logoterapia.
- Frankl, V., (1964). *Teoría y terapia de las neurosis*. Madrid: Gredos.
- Frankl, V., (1965). *The doctor and the soul*. Nueva York: Knopf.
- Frankl, V., (1979). *Ante el vacío existencial*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V., (1979). *La presencia ignorada de Dios*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V., (1981). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V., (1986). *La idea psicológica del hombre*. Madrid, Rialp.
- Frankl, V., (1986). *La psicoterapia al alcance de todos*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V., (1987). *Psicoanálisis y existencialismo*. México: FCE.
- Frankl, V., (1988). *La voluntad de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V., (1989). *El hombre doliente*. Barcelona, Herder.
- Guberman, M. (1998). *Humanismo, logoterapia y proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: San Pablo Noesis.
- Laing, R. D. (1974). *El yo dividido*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Laing, R. D. (1975). *El yo y los otros*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Längle, A. (1993). Aplicación práctica del análisis existencial personal (A.E.P.), Una conversación terapéutica para encontrarse a uno mismo. *Existenzanalyse*, 10.
- Längle, A. (2000). Comprensión y terapia de la psicodinámica en el análisis existencial. *Existenzanalyse*, 15, 1/98. 16-27.
- Lukas, E. (1998). *Logoterapia. La búsqueda de sentido*. Barcelona: Paidós (col. Saberes cotidianos).
- Lukas, E. (2002). *También tu sufrimiento tiene sentido*. México: LAG.
- Lukas, E. (2003). *También tu vida tiene sentido*. México: LAG.
- May, R., Angel, E. y Ellenberger, H. F. (1967). *Existencia. Nueva dimensión en psiquiatría y psicología*. Madrid: Gredos.
- Pareja, G., (1987). *Viktor E. Frankl: comunicación y resistencia*. México: Premia.
- Yalom, I., (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder.
- Villegas, M. (2005). El análisis existencial. En B. Rojí y L. A. Saúl Gutiérrez, *Introducción a las psicoterapias experienciales y constructivistas*. Madrid: UNED.

Para ampliar la formación

Asociación Española de Logoterapia (AESLO)

C/ Chantada 2, 1.o 1
28029 Madrid
Teléfono: (+34) 649 155 426
Correo: ma_aeslo@yahoo.es
Web: <http://www.logoterapia.net/>

Asociación Viktor E. Frankl

C/ Don Juan de Austria 34, 4.o piso
46002 Valencia
Tel. (+34) 963 510 113
Correo: correo@asociacionviktorfrankl.org
Web: www.asociacionviktorfrankl.org

Asociación Iberoamericana de Logoterapia

Web: <http://www.asil.com.ar/>

Centro Viktor Frankl para la difusión de la logoterapia (Argentina)

Web: <http://www.centroviktorfrankl.com.ar/>

CONSTRUCTIVISMO

La mayor parte de lo que hacen juntos, terapeutas y pacientes, en la psicoterapia constructiva, es tejer nuevas posibilidades de experiencia.

MAHONEY, 2003

Definición

La terapia constructivista es aquella que se plantea como *un intercambio sutil y una negociación de significados interpersonales*, y que tiene como objetivo *unirse a los clientes para crear un mapa refinado de las construcciones, muchas veces inarticuladas, en las que están emocionalmente inmersos... y extender o suplir dichas construcciones para ampliar el número de mundos posibles que puedan habitar* (Neimeyer y Mahoney, 1998).

La psicoterapia constructivista parte de la idea clave de que cada persona elaboramos nuestra propia realidad y, por tanto, un mundo específico de significados, de ahí que la intervención se centrará en elaborar una nueva construcción.

Objetivos

El objetivo principal de la terapia constructivista es ayudar a la persona a crear construcciones alternativas de la realidad. De forma más específica, M. Mahoney (2003) afirma que sus objetivos serían *ayudar a comprender y apreciar mejor a otros y a uno/a mismo/a; ayudar a desarrollar habilidades para resolver los problemas y hacer frente a los desafíos de la vida y alentar sus esfuerzos para desarrollarse en las direcciones que encuentre satisfactorias y significativas*.

Las premisas

El constructivismo se centra en el modo en que la persona observa, comprende e interpreta la realidad. Proviene de la epistemología constructivista, la que designa que construimos el mundo a partir de nuestros filtros biológicos, históricos, familiares y personales. En este sentido se contrapone a la epistemología objetivista, que sostiene que la realidad es la que es, igual para todo el mundo.

Los principios básicos del modelo constructivista serán (Feixas y Saúl, 2005):

- a) *La realidad es interpretada de tantas formas como personas*. La realidad no es un constructo objetivo, verdadero y único, sino subjetivo, construido y múltiple, aunque sí se dan determinados constructos más válidos que otros.
- b) *El ser humano construye de forma activa los significados y la realidad*. Así, son las

experiencias que vive las que nos ofrecen oportunidades e información para ir construyendo a partir de un patrón coherente.

- c) *Todos los significados e interpretaciones que realizamos pueden ser revisados y, de la misma manera, modificados.* Frente a pautas desadaptativas, incoherentes o no válidas, podemos recurrir a alternativas.
- d) *La construcción de la realidad depende de diferentes factores,* entre los que destacarían la representación previa que tenemos de los aspectos a elaborar, así como la actividad interna y/o externa que se desencadena a lo largo del proceso.

Se han desarrollado dos formas de constructivismo, *la radical* (entiende que no existe una realidad última, simplemente tenemos la experiencia humana) y *la crítica* (existe una realidad a la que nos vamos aproximando según nuestros significados).

Las terapias constructivistas en el contexto de otras terapias

El modelo teórico-epistemológico constructivista ha derivado en una forma de actuar (profesionalmente) y de intervenir (terapéuticamente). Éste se ha integrado en varios modelos, el cognitivo, el sistémico y el humanista, dando lugar cada uno de ellos a diferentes propuestas técnicas.

El modelo constructivista en relación a la cognición

Desde el constructivismo se entiende que la cognición es una forma de aproximarse a la realidad, una vivencia, y, por tanto, en última instancia, una elaboración del sujeto. Ésta nos ofrece información acerca de cómo la persona interpreta la realidad en la que vive. Así, tanto cognición como emoción o sensaciones físicas serían manifestaciones de nuestro mundo de significados que no se expresan de forma verbal pero que tienen un significado concreto. *La labor del terapeuta desde esta perspectiva será la de conocer la forma de interpretar para poder comprender el significado de esa cognición. La relación terapéutica no se produce ya entre un guía que orienta, instruye o entrena al cliente formas de pensar más correctas, y un paciente, sino entre dos expertos* (Feixas, 1995), el terapeuta de la relación que se establecerá y sus características y el paciente de su propia realidad y formas de interpretarla.

De forma muy resumida, el modelo constructivista aporta una nueva forma de interpretar los problemas del paciente, así como de intervenir —cambiando su actitud profesional y las formas de desarrollarla—.

La terapia de constructos personales (Kelly, 1905-1967)

G. A. Kelly desarrolló la teoría de los constructos personales (TCP) a partir de este

modelo epistemológico aplicándolo a una práctica terapéutica. La TCP se presenta en un postulado general y lo que denomina corolarios, concretamente once.

El postulado general de la TCP es que las personas anticipan los acontecimientos y de ésta se genera el resto de procesos internos. Afirma que *el ser humano desarrolla su forma de anticipar los acontecimientos mediante la construcción; cavando sin detenerse sus canales de pensamiento. Así erige su propio laberinto. Sus cauces son los constructos que forma: avenidas de doble sentido, en esencia pares de alternativas a escoger* (Kelly, 1958).

Asimismo, definió once corolarios, como son:

1. *El corolario de construcción:* construimos las anticipaciones de los acontecimientos a partir de nuestra experiencia previa. Somos animales de costumbre y por ello buscamos que las cosas se repitan de la misma manera en que ocurrieron una primera vez.
2. *El corolario de la experiencia:* con cada anticipación validamos nuestra experiencia o, si las cosas no ocurren tal como esperábamos, nos adaptamos y generamos nueva información para futuras anticipaciones. La experiencia valida o no nuestros significados, así los mantendrá o modificará según la correspondencia con nuestra anticipación. La experiencia supone un valor.
3. *El corolario de la dicotomía:* los constructos son las plantillas bajo las cuales filtramos el mundo. Son personales de cada uno (de ahí la denominación de constructos personales), bipolares (porque se clasifican en dos extremos, por ejemplo, para definir la timidez es necesario que exista la extroversión) y suelen tener un orden o jerarquía (existen constructos periféricos y centrales, los que nos condicionan y definen).
4. *El corolario de la organización:* es la forma en que tendemos a ordenar nuestros constructos, por ejemplo, algunos serán subordinados de otros, otros son independientes, otros mantienen relaciones estrechas y otros son libres. Existen formas múltiples de organizar los diferentes constructos.
5. *El corolario del rango:* existen determinados rangos que pueden aplicarse a unos constructos y no a otros.
6. *El corolario de la modulación:* los constructos mantienen un grado de permeabilidad, es decir, se mantienen más o menos abiertos para ampliarse y modularse.
7. *El corolario de la selección:* seleccionaremos constructos según su éxito a la hora de anticipar, los que más escogeremos serán los que nos ayuden a anticipar mejor.
8. *El corolario de la individualidad:* la construcción de la realidad es diferente para cada uno de nosotros.
9. *El corolario de la globalidad:* podemos adaptar constructos de otras personas a nuestra realidad, lo que generará procesos psicológicos similares. Éste es el punto en el que nos parecemos; además, nos pasamos la vida buscando validar nuestros constructos —así como que otros nos los validen—.
10. *El corolario de la fragmentación:* podemos utilizar constructos contrarios o contrapuestos según circunstancias, lo cual determina que podamos asumir roles

diferentes.

11. *El corolario de la sociabilidad*: las personas nos relacionamos, así podemos observar, adaptar e incluso entender a la perfección los constructos de los demás.

Finalmente, describe el ciclo de la experiencia en el que se mueven estos corolarios, que sigue determinados pasos:

- a) Anticipar la experiencia.
- b) Implicación en el resultado.
- c) Encuentro con el acontecimiento.
- d) Validación o invalidación de la anticipación.
- e) Revisión constructiva del sistema.

La TCP propone una forma de evaluar lo expuesto, así como de una fórmula de cambiar la estructura de los mismos, que se expondrá en el apartado a continuación.

El enfoque evolutivo estructural y posracionalista (Guidano y Liotti, 1983)

Una persona se forma a sí misma a lo largo del tiempo. Estos autores proponen centrar la atención en el origen de las estructuras del paciente, esos momentos determinantes en la construcción de nuestra realidad. Tienen en cuenta momentos significativos; uno de los que mantienen mayor significado en todos nosotros sería el de la relación con nuestros progenitores o cuidadores. Desde este enfoque, se seguirá el siguiente proceso:

1. *La reconstrucción de la experiencia inmediata* de la persona a la que atendemos.
2. *La reconstrucción del estilo afectivo* (de las relaciones afectivas y sus características).
3. *Un análisis evolutivo*, para poder determinar estos momentos clave y modificar el constructo adoptado.

El modelo narrativo constructivista

Éste se ha contemplado en el capítulo de técnicas narrativas, el cual define la construcción del mundo de la persona a partir de la narrativa que utiliza y que ha ido generando.

La teoría sistémica y el enfoque constructivista

Creamos nuestro propio mundo al mirarlo de acuerdo con nuestras propias presuposiciones, nuestras propias premisas, nuestras propias expectativas (Bateson, 1976). El modelo sistémico también adoptó las premisas constructivistas en relación al sistema familiar. En este punto, el terapeuta acompañará a la familia en la indagación de sus valores y

constructos, lo cual posiciona al mismo según la cibernética en el segundo orden (observar dentro del sistema que observa). Indagará sobre los constructos o significados que comparten los diferentes miembros de una familia, así como aquellos que produzcan conflictos.

Características específicas (distintivas) de la psicoterapia constructivista

La terapia constructivista tiene los siguientes rasgos específicos y/o distintivos Neimeyer, 2011):

1. Es una terapia centrada en el presente y el futuro, aunque puede ser que sea necesario viajar al pasado en determinados momentos (por ejemplo, en el citado análisis evolutivo). Analiza los problemas del presente para promover un futuro más adaptativo.
2. Tiene una duración breve y definida inicialmente, ya que se plantea de forma estructurada en determinadas sesiones para cumplir unos objetivos definidos previamente.
3. Cada persona tiene un ritmo específico y, por tanto, el terapeuta deberá marcar el tiempo entre sesiones según objetivos, malestar, necesidades y/o posibilidades. Por ejemplo, inicialmente puede que se establezcan de una a dos sesiones semanales, que pasarán a ser quincenales al avanzar el tratamiento.
4. Se propone un amplio abanico de técnicas específicas, por ejemplo, de cada uno de los modelos expuestos, pero se considera que la herramienta fundamental es el diálogo con el terapeuta.
5. Las técnicas también deben aplicarse considerando a la persona en su totalidad pues no todas son válidas para todo tipo de personas. Éstas se aplicarán si la persona muestra motivación para participar y aplicarlas posteriormente.
6. El paciente lidera el proceso, el terapeuta simplemente lo guía. Será el primero el que tome las decisiones pertinentes a su tratamiento, el segundo el que lo acompañará y guiará a lo largo del mismo.
7. El proceso se centrará en los recursos de la persona y en cumplir los objetivos planteados, más allá de los problemas o síntomas. Estos problemas se entienden como incongruencias en el sistema de constructos general de la persona o incapacidad de los mismos de anticipar los hechos.

El terapeuta debe cumplir lo que se denominan criterios de validación del quehacer (Pakman, 1997), planteando *una actitud pragmática* (debe abrir nuevas posibilidades a la construcción del mundo del paciente), *ética* (debe promover un movimiento de sufrimiento hacia el bienestar en los dominios pactados con el paciente) y *política* (entender la terapia como una práctica social crítica).

Descripción técnica

La terapia constructivista se desarrolla de forma breve siguiendo las fases que se presentan a continuación (adaptado de Feixas y Saúl, 2005):

⇒ *Fase 1. Evaluación del problema*, para la que se dedica de 1 a 4 sesiones mediante la entrevista técnica y determinados instrumentos psicométricos. Además, se explicitará el proceso que se va a seguir, así como la duración del tratamiento. En esta fase se trata de no centrarse únicamente en los síntomas, pues, como se ha mencionado, son reflejo de patrones y procesos específicos de la persona. Menciona M. Mahoney (1998) la siguiente cita acerca de esta fase: *en la evaluación, los constructivistas se centran en identificar y finalmente reformular las metáforas centrales que constituyen la narrativa central de las personas sujetas de intervención, así como en los sistemas de significado personales y compartidos que resultan impermeables frente a las experiencias nuevas* (Kelly, 1955). La evaluación se centraría en observar y conocer de qué manera el individuo construye su realidad. Un aspecto importante en este momento es el excluir interpretaciones basadas en la enfermedad y ofrecer una nueva lectura del síntoma como una oportunidad de cambio y de mejora.

Por otro lado, el terapeuta debe adoptar el **enfoque de crédulo**, dando validez a la perspectiva del paciente, sin discusiones o conflictos. Se trata de mantenerse curioso frente a la explicación del paciente y asumir que todo ello tiene su significado en el mundo del paciente. Villegas (1996) añade que en esta fase puede ser necesaria la reformulación del problema en términos psicoterapéuticos.

El contexto terapéutico debe ser **un lugar hipotético** en el que la persona se sienta libre de expresar lo que piensa y lo que ve, así como de experimentar los cambios que se irán dando posteriormente.

Finalmente, *si no sabes lo que pasa con una persona, pregúntaselo; es posible que te lo diga* (Kelly, 1955).

⇒ *Fase 2. Definición de objetivos terapéuticos*, los cuales deberán ser concretos, positivos y viables.

⇒ *Fase 3. Trabajo terapéutico*, para el que se dedicará de 1 a 15 sesiones según la problemática y los objetivos señalados en las fases anteriores. Se aplicarán técnicas según los modelos expuestos: TCP, evolutiva-estructural, posracional, narrativa o familiar.

A continuación se exponen algunas de las técnicas que se utilizarán en estas fases desde diferentes modelos.

EJERCICIOS

R. Neimeyer y M. J. Mahoney (1998) propusieron una serie de estrategias (tabla 9.3) según el área o fase de la intervención en la que se situara el proceso.

A continuación se definirán algunas de estas técnicas, así como otras citadas en apartados anteriores que aportan una idea de cómo abordar la terapia desde el modelo constructivista:

- ⇒ *La autoobservación y autocaracterización*: es necesario diferenciar dos aspectos: los hechos objetivos y la lectura que hace la persona de éstos —que será lo que explicará durante la sesión, siendo éste un proceso reflexivo autorreferencial—. Se escucha atentamente la explicación que realiza la persona y, posteriormente, se pide que de ésta realice una diferenciación entre los hechos objetivos y lo que nosotros aportamos a éstos (pensamientos, sentimientos, etcétera). Se puede empezar por la siguiente instrucción (Kelly, 1955-1991):

Quiero que escriba una breve caracterización de (nombre del cliente) como si fuera el personaje de una obra teatral. Escríbalo como lo haría un buen amigo que le conociese muy íntimamente y le tuviese mucha simpatía, alguien que le conociese mejor de lo que quizá nadie pueda conocerle. Asegúrese de escribir en tercera persona. Por ejemplo, empiece diciendo «(nombre del cliente) es...

- ⇒ *Técnica de la moviola*: el terapeuta pide a la persona que describa la situación como una sucesión de escenas, tal cual se muestran en una moviola. Así se puede investigar el suceso en adelante —como suelen ser el relato—, marcha atrás o en cámara lenta. Puede surgir mediante esta técnica nueva información, enriqueciendo la escena e incluso creando nuevas escenas. *La esencia de la técnica es desarrollar la capacidad —de entrar y salir— fenomenológicamente de las experiencias y sus explicaciones* (Neimeyer y Mahoney 1998).
- ⇒ *Técnica del escalamiento* (Hinkle, 1965): es un método de evaluación que pretende identificar constructos centrales de la identidad, una entrevista estructurada para detectar los constructos de orden superior. Se trata de pedir a la persona que distinga los dos polos de un constructo (por ejemplo, ser impulsivo y no ser impulsivo) y exponer ventajas y desventajas de cada uno de los polos, hasta que se llega a un punto que no surgen más constructos asociados. Igualmente, la persona deberá posicionar su polo preferido y las razones que le llevan a esta decisión.
- ⇒ *Procedimiento de la pirámide* (Landfield, 1971): es una variante de la técnica anterior, aunque el avance, en vez de ser ascendente, será descendente. Se elige un constructo y se invita a la persona a definirlo de una forma más operativa, por ejemplo, mediante preguntas como *¿qué tipo de persona es alguien que sea X?*, *¿cómo se podría saber que alguien es X?* Es una técnica que ayuda a entender qué ve la persona detrás de un determinado constructo.

TABLA 9.3

Propuesta de estrategias de intervención constructivistas en relación a diferentes áreas de trabajo (Neimeyer y Mahoney, 1998)

ÁREA/FASE DEL PROCESO	ESTRATEGIA	INTERVENCIONES CONSTRUCTIVISTAS
Objetivo de la evaluación	Exploración de narrativas personales y autobiográficas. Elaboración del sistema de constructos implicados en el proceso.	Identificación de las metáforas centrales. Revisión vital. Técnica de la rejilla. Técnica del escalamiento.
Objetivo de la terapia	Estilo creativo y constructivo de significados conjuntos.	Terapia del rol fijo. Técnica del flujo de conciencia. Facilitación de relato de significados.
Interpretación de la emoción	Respetar y normalizar la emoción en el mundo integrado de significados creado.	Reprocesamiento de esquemas emocionales. Revelación evocativa. Exploración psicodramática.
Nivel de interpretación	Atención a estructuras de sí mismo y estructuras generales familiares.	Técnica de la moviola. Representación de rol. Prescripción de rituales.
Estilo de terapia	Comprensión empática.	Enfoque crédulo. Enfoque no experto. Elaboración de metáforas.
Enfoque frente a las resistencias	Normalizar. Entendidas como parte defensiva de creencias y estructuras nucleares.	Externalización del problema. Identificación de resultados únicos.

⇒ *Técnica de flecha descendente*: se seleccionará un pensamiento sobre el que se invita a la persona a elicitar una cadena de pensamientos que se desprenden del primero para llegar a una conclusión final. En este sentido, R. Neimeyer (1993) señala que se deberá analizar la relación entre los pensamientos y la conclusión a la que se llega, así como el proceso por el que se llega de un pensamiento a otro y los constructos que rodean a éstos. Es decir, a diferencia del uso de esta técnica desde un modelo cognitivista, no interesa tanto el resultado como el proceso que se haya seguido. Se inicia planteando el pensamiento que se deriva de un hecho determinado y se preguntará «supón que esto fuera cierto, ¿qué significará esto para ti?», tras cada nueva reflexión.

⇒ *Técnica del ABC* (Tschudi, 1977): técnica dirigida a aclarar la función que tiene el síntoma en la vida y la realidad de la persona. Se trata de generar tres tipos de constructos: (A) el constructo problema, (B) el constructo/s de las desventajas del polo sintomático A y ventajas del polo opuesto, y (C) el/los constructo/s de las ventajas del polo sintomático A y desventajas del polo opuesto.

TABLA 9.4 (Descargar o imprimir)
Aplicación técnica ABC

(A) CONSTRUCTO PROBLEMA (POLO ACTUAL)	CONSTRUCTO NO PROBLEMA (POLO DESEABLE)
(B) Inconvenientes	Ventajas
(C) Ventajas	Inconvenientes

⇒ *Técnica de la elaboración controlada* (Kelly, 1955): se aplica el ciclo de la experiencia propuesta por el autor a un constructo concreto, es decir, utilizando la metáfora del científico que todos llevamos dentro se lleva a la persona a tratar de definir las fases del ciclo aplicadas al constructo. Así, se aplicarán los siguientes elementos a un constructo específico sobre el que se quiera trabajar:

- Anticipación de la experiencia (¿qué esperaba que ocurriese?).
- Implicación en el resultado (¿qué ocurrió en realidad?).
- Encuentro con el acontecimiento (¿cómo me sentí o qué pensé tras lo ocurrido?).
- Validación o invalidación de la anticipación (¿qué pensaba que ocurría o que esperaba que ocurriese?).
- Revisión constructiva (¿podría modificar alguno de los puntos anteriores?, ¿de qué forma?).

Se puede invitar a la persona a adoptar el rol de observador, ya que esta perspectiva puede facilitar el análisis.

⇒ *Técnica de la rejilla*: es una técnica que se enmarca en la TCP de Kelly (1955), la cual recoge entre diez y doce constructos o elementos (personas, situaciones sociales u otros) y se comparan entre sí, viendo similitudes y diferencias entre estos elementos. *Los elementos, entonces, se ordenan y puntúan para que ofrezcan diferentes índices sobre la complejidad y organización jerárquica del sistema de creencias del sujeto(a), comunalidad con los otros(as), etc.* (Neimeyer y Mahoney, 1998). Es un procedimiento semiestructurado que parte de la rejilla y que se desarrolla a partir de un análisis del contenido de la misma complejo para el que se han creado materiales de guía e incluso *software* informático.

La rejilla se presenta como un ejemplo, pues se propone adaptar la misma según el caso y los elementos a trabajar. Las instrucciones serían pedir a la persona que sitúe los elementos sobre los que se trabaje (por ejemplo, persona significativa y se trabajan las relaciones afectivas). Se van señalando por grupos de elementos (que se marcan en la rejilla) y se señalarán las similitudes y diferencias que mantienen estos elementos.

TABLA 9.5 (Descargar o imprimir)
Ejemplo de rejilla sin cumplimentar

CONSTRUCTOS (POLO DE SIMILITUD)	ELEMENTOS	CONSTRUCTOS (POLO DE CONTRASTE)

- ⇒ *Representaciones*: se trata de representar no sólo un rol, sino las alternativas que pueden surgir en una situación, por ello será una manera de buscar otras formas de representar la realidad.
- ⇒ *Técnica del rol fijo*: se representará un rol hipotético que mantiene otra forma de ver y vivir la situación, una identidad que es alternativa a la del cliente. Kelly afirmaba que si actuamos a partir del rol de la persona que quisiéramos ser, al final nos convertimos en esta persona. En un primer momento es necesario definir aspectos sumamente específicos del rol que se adoptará; se creará una historia de vida (cómo es, qué le gusta hacer, cómo se comporta frente a los demás, etc.). Debe ser un rol que la persona pueda asumir, que esté dentro de sus posibilidades. A continuación del diseño, se ejecutará primero durante la sesión mediante *role playing* y, posteriormente, en su vida cotidiana. Se supervisará esta segunda ejecución para considerar los resultados y realizar reformulaciones si fuera necesario.
- ⇒ *Tiempo con espejo*: es un método de autoobservación en que se le pide a la persona que pase tiempo delante de un espejo reflexionando sobre experiencias personales (Neimeyer y Mahoney 1998). El espejo refleja nuestra realidad, no la realidad *per se*, sino lo que vemos a través de nuestros sentidos e incluso lo que interpretamos (por ejemplo, nos vemos con cara cansada es una interpretación que hacemos de nuestra expresión). Es un buen ejercicio para ver que todo se puede observar desde otra perspectiva diferente.
- ⇒ *Técnica de la reconstrucción histórica*: se centra en episodios vitales que la persona asocia a un determinado evento o dilema, describiendo esto y todos los elementos experimentados (emociones, pensamientos, etc.). Kelly (1955) utilizó el término de *time binding* para describir cómo los hechos se desarrollan de una determinada manera, pero se modifican a lo largo del tiempo en nuestro interior. Por tanto, la reconstrucción de un hecho histórico en el presente diferirá de cómo se desarrolló en el pasado.

⇒ *Técnica de dramatización*: dependiendo de las propias capacidades del cliente y la imaginación y habilidades de abstracción, se podrá utilizar la visualización gráfica del dilema o la representación de las dos sillas. Éstas se basan en poder moverse entre los diferentes polos de un constructo. *El objetivo principal de esta intervención es ayudar a través del diálogo entre los dos polos del constructo discrepante a una solución integradora* (Greenberg et al., 1993). El cliente se moverá físicamente (realizando así un aprendizaje experiencial) de un lado de la habitación a otro o de una silla a otra (imaginando el constructo inicial y su contrario a lado y lado), según las indicaciones del terapeuta.

El modelo constructivista ofrece muchas más técnicas según la orientación que se adquiera, por ejemplo, una propuesta interesante del modelo evolutivo es el análisis de la estructura evolutiva (los diferentes niveles por los que vamos pasando los seres humanos) o el modelo de terapia familiar constructivista. Una mayor comprensión, profundización y formación en el modelo y sus formas de intervenir es necesaria para poder aplicarlo de forma eficaz y efectiva, incluso para asumir algunas de las técnicas descritas.

Ámbitos de aplicación

La psicoterapia constructivista se podrá aplicar no tanto en función de las características del cliente sino de las propias del terapeuta. Así, si el terapeuta asume este modelo, se puede implementar con los diferentes problemas psicológicos que pueda aportar el cliente.

Para ampliar la información

- Bateson, G. (1976). De la antropología a la epistemología. En G. Bateson, *Una unidad sagrada. Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente*. Barcelona: Gedisa.
- Botella, L. (1999). Constructivismo y construccionismo en terapia familiar: pragmática, semántica y retórica. *Revista argentina de clínica psicológica*, 8, 121-133.
- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Feixas i Viaplana, G. y Villegas i Besora, M. (1993). *Constructivismo y psicoterapia*. Barcelona: PPU.
- Feixas, G. y Cornejo, J. M. (1996). *Manual de la técnica de rejilla mediante el programa RECORD V. 2.0*, 2.a ed. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G. y Saúl, L. (2005). La cognición: tratamientos constructivistas. En B. Rojí y L. A. Saúl Gutiérrez, *Introducción a las psicoterapias experienciales y constructivistas*. Madrid: UNED.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*, 3.a ed. rev. Bilbao:

Desclée de Brouwer.

- Feixas, G., Ávila, A., Saúl, L. A. y Sánchez, V. (2001). Implicaciones terapéuticas de los conflictos cognitivos. *Revista argentina de psicología clínica*, X(1), 5-13.
- Forcen, M. A. (1994). Terapia familiar desde el enfoque centrado en la persona y el constructivismo sistémico. *Prometeo*, 5, 45-52.
- Gonçalves, O. (1995). Cognición, constructivismo y narrativa. *Revista de psicoterapia*, vol. 6, n.o 24, 45-52.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. y Elliott, R. (1993). *Facilitating Emotional Change. The Moment-by-Moment Process*. Nueva York: The Guilford Press.
- Guidano, V. (1994). *El sí mismo en proceso. Hacia una terapia post-racionalista*. Barcelona: Paidós.
- Guidano, V. (1995). *Desarrollo de la terapia cognitiva post-racionalista*. Santiago de Chile: INTECO.
- Guidano, V. y Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. Nueva York: The Guilford Press.
- Harter, S. (1990). La psicoterapia como proceso reestructivo. *Revista de psicoterapia*, 1, 57-70.
- Hinkle, D. N. (1965). *The change of personal constructs from a view-point of a theory of construct*. Tesis doctoral no publicada. The Ohio State University.
- Kelly, G. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*, 2 vol. Nueva York: Norton.
- Kelly, G. A. (2001). *Psicología de los constructos personales: textos escogidos* (B. Maher, compilación en inglés; G. Feixas, editor). Barcelona: Paidós.
- Landfield, A. W. (1971). *Personal Construct Systems in Psychotherapy*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Linda Viney (eds.), *Personal Construct Psychotherapy: Advances in theory, practice and research*. Londres: Whurr.
- Mahoney, M. (ed.) (1995). *Cognitive and constructive psychotherapies*. Nueva York: Springer.
- Mahoney, M. J. (2003). *Psicoterapia reestructiva*. Barcelona: Paidós, 2005.
- Martorell, J. L. (1998). Psicología de los constructos personales de George Kelly. *Cuadernos de terapia familiar*, n.o 37, 67-69.
- Miró, M.T. (1996). Constructivismo terapéutico y psicoterapia científica. *Revista argentina de clínica psicológica*, vol. 5, n.o 2, 121-131.
- Neimeyer, R. (2011). *Psicoterapia constructivista. Raros distintivos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Neimeyer, R. y Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Pakman, M. (1997). *La psicoterapia en contextos de pobreza y disonancia étnica: el constructivismo y el construccionismo social como metodología para la acción en construcciones de la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa.
- Pakman, M. (1999). Terapias constructivistas en salud mental. *Rev. Sistemas familiares*, n.o 2, Buenos Aires.

- Sánchez, V. y Feixas, G. (2001). La «resistencia» en la psicología de los constructos personales. *Revista de psicoterapia*, 12 (46/47), 133-162.
- Tschudi, F. (1977). Loaded and honest questions: a construct theory view of symptoms and therapy. En D. Bannister (ed.), *New perspective in personal construct theory* (pp. 321-349). Londres: Academic Press.
- Villegas, M. (1996). El análisis de la demanda. Una doble perspectiva, social y pragmática. *Revista de psicoterapia*, 26-27, 25-78.
- Yáñez, J., Gaete, P., Harcha, T., Kühne, W., Leiva, V. y Vergara, P. (2001). Hacia una metateoría constructivista cognitiva de la psicoterapia. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*, 1, 97-110.

Para ampliar la formación

Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO)

Web: <http://www.terapiacognitiva.net/>

Mail: asepco@terapiacognitiva.net

TÉCNICAS GRUPALES

Definición

La psicoterapia de grupo es aquella forma de terapia que se desarrolla en grupos pequeños generalmente, en los cuales el profesional guía favoreciendo que cada individuo participe en el proceso y mejore la situación que aporte al grupo. Así, se focaliza en el uso de las interacciones generadas en el grupo como factores de cambio personal.

Objetivos

La psicoterapia de grupo pretende aplicar conceptos terapéuticos en grupos para superar problemas emocionales, sociales o conductuales dirigidos por un terapeuta. Los objetivos específicos de las terapias grupales dependerán del tipo de grupo, así como del ámbito en el que se desarrolle el grupo.

Las premisas

El grupo es todo, ya que el hombre moderno se pasa la mejor parte de su existencia en la socioesfera, es decir, en el seno de organizaciones y de grupos humanos cada vez más numerosos, multidimensionales y complejos (Prod'homme, 2000).

El ser humano forma parte de un grupo desde el momento que nace, un grupo primario en el que desarrolla la socialización, lo que se deriva en la formación de su personalidad. Se definen como grupos de tamaño reducido en el que se dan interacciones directas, de tú a tú y dentro del cual necesitamos sentirnos importantes para el otro. Después de familia, escuela y amigos, vamos de un grupo a otro, en este caso secundario, en los que no hay tanta interacción, pero que nos condicionan de igual manera.

Forsyth (1990) define **los elementos estructurales del grupo**, que son las pautas subyacentes de relaciones estables entre las personas del grupo y que contempla las siguientes estructuras:

- ⇒ *Estructuras de relación:* son las pautas de interacción de los miembros, que pueden ser formales e informales.
- ⇒ *Estructuras según los roles:* se dan posiciones que pueden adquirir distancia entre la personalidad individual y la actuación dentro del grupo. El rol es la posición que mantiene la persona, que puede ser de liderazgo, de animación, negativo, de mantenimiento, de mediación y de administración del grupo, entre otros.
- ⇒ *Estructuras de poder:* todos los grupos mantienen estatus y funcionan a partir de unas determinadas normas que guían las conductas de sus participantes. Asimismo, se

establecen líderes dentro del grupo; el líder formal será el terapeuta, pero pueden surgir otros tipos de liderazgo entre los participantes, como el positivo o el negativo, el autoritario, el *laissez faire*, el democrático, etc.

- ⇒ *Estructuras según la comunicación*: son las formas de expresión dentro del grupo, verbal y no verbal, explícita e implícita y que incluso son determinantes cuando se produce el silencio.
- ⇒ *Estructura de la socioesfera*: contiene la información acerca de un «nosotros», lo cual tiene que ver con dos aspectos: los relacionales y los emocionales.

Existen diferentes **tipos de grupos** según su fuente de inspiración:

- ⇒ Derivados de escuelas psicológicas y filosóficas: la terapia de grupo interpersonal, el análisis transaccional en grupo, terapia de grupo c-c, psicodrama, terapia de grupo de la Gestalt y terapia de grupo humanista-existencial.
- ⇒ Según población diana: terapia de grupo breve, terapia familiar, terapia grupal con parejas y grupos de autoayuda.

¿**Por qué funcionan los grupos?** F. Campos (2000) señala una serie de variables que intervienen en que los grupos sean efectivos:

- ⇒ *Tener y mantener la esperanza*: las personas mantienen la creencia de que un cambio y mejorar son posibles y la oportunidad de ver que otras personas han podido superarlo ayuda a mantenerla.
- ⇒ *La universalidad*: pensar que *no me pasa sólo a mí y otros padecen lo mismo que yo* produce un sentimiento de normalización de la situación y de alivio personal.
- ⇒ *Transmisión de información*: incide en el «no se» y pasa a «sé lo que me ocurre y cómo evolucionará, además de lo que puedo hacer».
- ⇒ *El altruismo*: la persona se siente menos sola y aislada, por tanto, más acompañada y con la percepción de ser alguien importante para la otra persona.
- ⇒ *Recapitulación correctiva*: cambios que se producen en mi vida y que recapitulo para actuar de forma diferente.
- ⇒ *Conducta imitativa*: se pueden adquirir modelos de conducta diferentes del nuestro y, por tanto, experimentar modelaje.
- ⇒ *Expresión de emociones*: mejoramos nuestro mundo interno sintiéndonos comprendidos y con la posibilidad de expresarnos con libertad.
- ⇒ *Cohesión*: generamos un nosotros y cubrimos así la necesidad de pertinencia.
- ⇒ *Aprendizaje interpersonal*: podemos aprender acerca de cómo nos ven los otros y cómo nos comportamos frente a estas interacciones.

La psicoterapia grupal es una herramienta terapéutica poderosa, no sólo por llegar a más personas en menos tiempo, sino por el propio escenario grupal y el efecto que éste tiene sobre

las personas.

Las dinámicas de grupo

Lewin (1939) fue el primero en utilizar el concepto de dinámicas de grupo en su artículo «Experimentos sobre el espacio social», definiéndolas como *las fuerzas desplegadas por el grupo, las cuales ejercen influencia tanto dentro como fuera de uno mismo*. Las dinámicas de grupo serán las fuerzas que resultan de las interacciones de los miembros del grupo.

Se han considerado tres elementos que conforman las dinámicas de grupo (Sbandi, 1980):

- a) Un campo de investigación en ciencias sociales, que trata de comprender estas fuerzas que se definían inicialmente.
- b) Una ideología, que incluye la coexistencia pacífica, el consenso y la democracia, entre otros.
- c) Un concepto genérico, que abarca diferentes técnicas y métodos de trabajo.

Como *fenómeno psicosocial* que estudia las relaciones que se establecen en los grupos, destacaría el estudio de la vida afectiva de los grupos, la evolución del mismo en el tiempo — cuando observamos que los participantes generan relaciones más allá de los grupos— y otros factores de cohesión.

Si consideramos las dinámicas como técnicas, se sugieren diferentes posibilidades, como las que señala Brown (1988):

- ⇒ *Ejercicios de confianza*: se utilizan especialmente durante las primeras etapas de algunos grupos centrados en la persona. Uno de los ejercicios es, por ejemplo, dejarse caer de espaldas para que un compañero te recoja. Es muy importante dejar tiempo para que los miembros del grupo discutan y expresen sus sentimientos después de cada ejercicio, donde la participación es voluntaria.
- ⇒ *Hablar*: hay muchas variaciones de esta técnica en grupo, pero en este caso se realiza a través de discusiones dirigidas y estructuradas.
- ⇒ *Técnicas de convivencia en un grupo*: los grupos ofrecen la posibilidad de hacer juegos de rol y representaciones de las diferentes técnicas. En los juegos de rol pueden participar diferentes miembros del grupo que se pueden ofrecer *feedback* mutuamente.
- ⇒ *El psicodrama*: son técnicas basadas en la escenificación en vivo de experiencias personales o sociales. En el psicodrama se ayuda a la persona a representar su problema, en lugar de hablar solamente. El acento de la comunicación no verbal, el movimiento y la experiencia hacen que éste sea un método especialmente eficaz para los niños, los disminuidos físicos y las personas que no tienen facilidad de palabra, entre otros. La experiencia de grupo estructurada proporciona el contexto para la representación, destinada a convertir los impulsos de actuación en introspección y a

canalizar de una manera más positiva los sentimientos.

- ⇒ *Artes y manualidades*: sirven de medio terapéutico para lograr objetivos menos tangibles. Para algunos puede ser el medio más efectivo de comunicarse con los demás.
- ⇒ *Ejercicios de relajación*: muchos grupos encuentran útil incluir en el programa ratos dedicados a la relajación. Es muy eficaz el método directo de estirar todas las partes del cuerpo y luego relajarse por partes.

Como hemos visto, hay muchos enfoques diferentes y, por tanto, las técnicas que se pueden aplicar en el grupo son tan variadas como disciplinas citadas. Por ello, lo importante a la hora de proyectar un grupo serán los elementos funcionales del grupo (tamaño, duración, hora, temporalidad, obertura, etc.) y la programación del contenido. En función de esta programación se tomará la decisión de qué técnicas se pueden utilizar. A continuación se presenta el psicodrama, una de estas técnicas de origen psicoanalítico.

Interpretación psicoanalítica del grupo

W. R. Bion (1897-1979), entre muchos otros autores, trató de analizar los grupos y sus dinámicas desde una perspectiva psicoanalítica. Sin tratar de profundizar en esta relación, a título puramente orientativo, se presentan las ideas de este autor. Así, Bion afirmaba que:

- ⇒ Los grupos se reúnen para llevar a cabo una tarea específica.
- ⇒ Inicialmente, el grupo se mostrará distanciado de los objetivos del grupo, lo que se manifestará a partir de falta de riqueza intelectual, disminución del juicio crítico e incluso conductas diferentes a las que el individuo desarrollaría fuera del grupo.
- ⇒ El grupo generará una mentalidad grupal que funcionará de forma colectiva, trasladando opiniones, voluntades y deseos del grupo —más allá de los individuales—.
- ⇒ Cuando se genera esta mentalidad se desencadenan los supuestos básicos, siendo éstos irracionales y derivados de las emociones inconscientes que origina el grupo en nosotros.
- ⇒ Los supuestos básicos pueden ser de dependencia (viendo a los miembros de forma maternal y de protección y al líder como a un salvador), de ataque o fuga (mediante estos mecanismos de defensa) y de apareamiento (creencia en posibilidades de relaciones futuras).
- ⇒ Superada esta etapa más primitiva, se pasa a funcionar a otro nivel como grupo de trabajo.

El psicoanálisis brinda una oportunidad de conocer la mentalidad y las emociones inconscientes que surgen en los grupos y que tienen un efecto terapéutico que no se consigue en la terapia individual.

El psicodrama de Jacob Levy Moreno

El psicodrama es una de las primeras aplicaciones prácticas que encontramos de psicoterapias de grupo. Éste utiliza técnicas dramáticas que se basan en la representación de roles con el objetivo de hacer que la persona experimente catarsis y liberación emocional. Se representan episodios del pasado, reales o imaginarios, como si estuviesen ocurriendo ahora y viviendo en este momento, con la idea de conectar con ese pasado que aún nos afecta y buscar nuevas perspectivas, nuevos roles.

La técnica del psicodrama define los siguientes componentes del grupo:

- a) El escenario, que se debe configurar para que los participantes se puedan expresar libremente.
- b) El sujeto debe intentar dejarse llevar.
- c) El director será el terapeuta, el que guiará las dramatizaciones, sin implicarse en las mismas.
- d) El auditorio, o las personas que están presentes durante la representación, familiares de la persona que los representa u otras personas participantes.

Las fases que siguen el psicodrama son las siguientes:

- a) El entrenamiento o calentamiento (los actores se entrenan y meten en el rol).
- b) La acción (representación del *role playing*).
- c) La comprensión de las acciones (volver al grupo y discutir las manifestaciones surgidas).

Las técnicas concretas que se utilizan en éste son los cambios de roles (actuar según otro rol), la inversión de roles (cambiar de roles con otro participante) y asumir roles determinados (como, por ejemplo, el del padre, el de personas fallecidas, etc.). Asumir roles diferentes al nuestro propio producirá una comprensión profunda de los mismos.

El proceso del grupo

El grupo (y sus interacciones) se desarrollan a lo largo de un proceso en una serie de fases que hay que tener en cuenta, pues determinarán cómo se posiciona el terapeuta a lo largo de las mismas.

Todos los grupos que se mantienen cierto tiempo pasan por estas etapas. Inicialmente, en la situación previa en la que los participantes no se conocen, no existen interacciones y, por tanto, mantienen un funcionamiento individual.

La etapa de formación es aquella en la que se decide empezar un grupo y se define éste como tal, por ejemplo, mediante el proyecto de grupo. Se seleccionan los miembros del grupo, pues no para todo el mundo está indicado el grupo. Se realizan las primeras sesiones en las

que se siente ansiedad por lo que se espera de la persona en el grupo, el tipo de liderazgo que se ejercerá, cómo serán los otros participantes, etc.

Tras estas primeras sesiones se desencadenará un conflicto en el grupo derivado de la necesidad de seguir adelante y de generar otro tipo de interacciones. Los conflictos pueden ser de los miembros al líder, entre los participantes y de diferencia de opiniones, entre otros. De la resolución del conflicto se puede dar el seguimiento o la disolución del grupo.

En la etapa de regulación y desempeño se generarán las estrategias para conseguir los objetivos del grupo, el momento en el que los miembros se conocen, se relacionan y trabajan por el bien común.

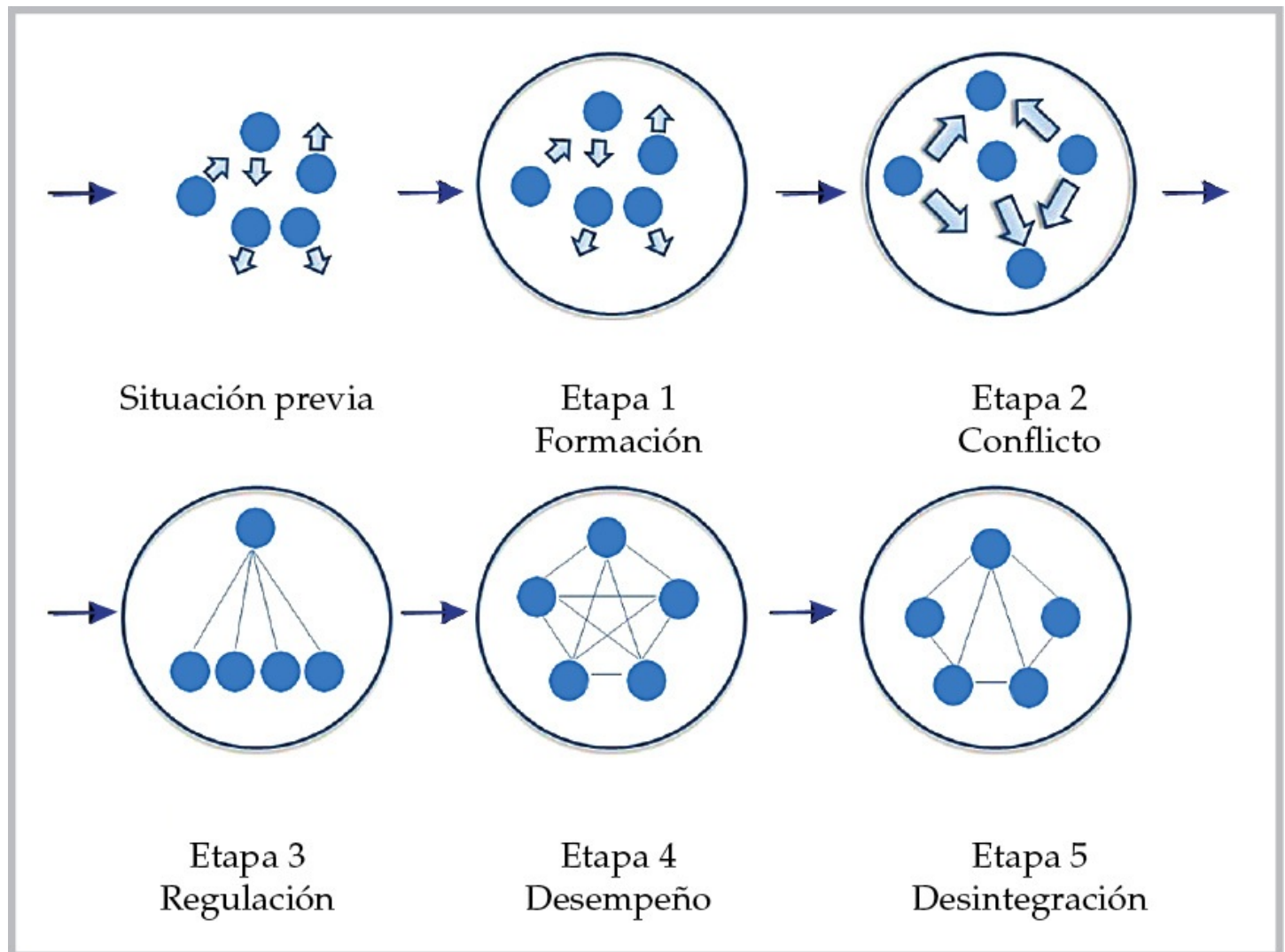


Figura 9.12. Las etapas del desarrollo de los grupos (Cárdenas, 2011).

La última será la etapa de disolución, que supondrá un duelo por la pérdida de este peculiar espacio, que deberá trabajarse y prepararse con anterioridad.

Como resumen de los diferentes aspectos presentados, hay que considerar el grupo como una unidad que sigue un proceso específico y que producirá cambios en los individuos a un

nivel diferente al individual.

Descripción técnica

La terapia de grupo requiere una serie de pasos a seguir, como son los siguientes:

1. *Etapas 1. Planificación del grupo:* es el momento en el que, derivado de la detección de determinadas necesidades en un grupo de personas, se decide programar un grupo. En este momento se debe proyectar el grupo mediante un *proyecto de grupo*, así como presentarlo en la institución en la que se llevará a cabo. El proyecto de grupo definirá el grupo a partir de los siguientes apartados:

- *Contexto y objetivos del grupo:* para poder llevar un grupo, en primer lugar, debemos conocer perfectamente el ámbito —con sus características específicas—, el cual hace referencia a la necesidad o problemática detectada. Se deben enumerar y describir los objetivos que persigue el grupo. En este punto también se deberá justificar la intervención grupal, respondiendo a por qué es necesario el grupo y por qué intervención grupal y no individual, así como definir el tipo de grupo que se realizará.
- *Criterios generales de funcionamiento:* los cuales incluyen los criterios de selección de los miembros del grupo, así como los elementos de planificación. Por estos últimos hay que entender: número de miembros del grupo, forma del grupo (abierta o cerrada, según si se dejan entrar miembros del grupo una vez empezado éste o no, en el segundo caso), duración (según la problemática, el grupo podrá durar años, meses o días), homogeneidad o heterogeneidad (mismo tipo de población o diferente), temporalidad de las sesiones y duración de las mismas, encuadre espacial y conducción del grupo.

En relación a grupos psicoterapéuticos, se recomienda que éstos sean pequeños (entre 4 y 12 personas), grupos cerrados (si el contenido es o será íntimo), homogéneos en problemática y heterogéneos en rasgos personales (pues así se crearán grupos creativos, así como cercanos), sesiones semanales o quincenales y de una duración de entre una hora a dos horas, en un espacio adecuado y con un coterapeuta que pueda recoger aspectos verbales y no verbales de interés para el proceso terapéutico.

- *Evaluación del proceso:* sistemas de evaluación para los objetivos planteados.
- *Bibliografía y anexos.*

Un buen proyecto de grupo será determinante para el éxito del mismo, ya que condiciona la toma de decisiones en relación a múltiples aspectos del grupo, así como su progreso futuro.

En este momento también se definirá *la planificación del grupo*, en la que se pactan

las fechas de las sesiones y los temas a trabajar en cada sesión.

2. *Etapa 2. Selección de los miembros del grupo:* se deben definir los criterios de inclusión y exclusión en el grupo, pues éste es un tipo de intervención que no beneficia a todo el mundo. Los criterios de exclusión más básicos son los de definición del ámbito, es decir, se excluirá de la posibilidad de entrar en el grupo a aquellas personas que no formen parte de éste o no tengan la problemática o necesidad sobre la que se quiere intervenir. Igualmente, personas que rehúsen entrar en el grupo o no se vean capaces de intervenir dentro del mismo, tampoco podrán beneficiarse de éste. Antes de empezar, es necesario *entrevistar a los candidatos* para presentarles el grupo y evaluar su idoneidad para formar parte de él. Ésta se denomina entrevista de *screening*, la cual debería ser individual, durante la que se trabajarán las expectativas respecto al grupo, los objetivos y las normas y tomar una decisión conjunta sobre si entrar o no en el grupo.
3. *Etapa 3. Primera sesión del grupo:* los aspectos que se trabajarán en esta primera sesión son los siguientes:
 - Presentación del profesional a cargo del grupo, así como de un coterapeuta si intervienen dos personas.
 - Presentación del grupo, donde se plantean los objetivos por los cuales se ha creado el grupo.
 - Contenido y metodología de las sesiones, qué y cómo se harán las sesiones.
 - Normas del grupo, tanto las más básicas como las específicas.
 - Presentación de los participantes, durante la cual se pueden utilizar diferentes dinámicas de presentación.
 - Intereses del grupo, para poder adaptarse a cada miembro. Podemos preguntar acerca de temas y/o aspectos que les gustaría incluir en las sesiones.
 - Avance de la siguiente sesión, recordando día y hora, así como qué se hará.
 - Estos aspectos se pueden ir introduciendo en la primera sesión según las circunstancias y participaciones que se vayan dando; no es un modelo lineal.
4. *Etapa 4. Desarrollo del grupo:* el desarrollo de las sesiones de grupo supone un *tiempo previo en el que se prepararán las sesiones*. Es importante dedicar tiempo a las sesiones, a considerar nuestros objetivos y de qué manera llevar al grupo a cumplirlos. Igualmente, es esencial adaptarse al grupo; por tanto, escuchar qué nos dice la mentalidad grupal e ir construyendo el grupo en función de lo que escuchemos. Debemos tener libertad para cambiar la metodología que utilicemos en el grupo (por ejemplo, de sesiones educativas o artísticas, reflexivas, de debate, etc.), así como los temas a trabajar (según lo que vaya surgiendo en el grupo). Al ser un grupo una unidad dinámica, el buen terapeuta de grupo es el que se va adaptando a la evolución del mismo.

5. *Etapa 5. Finalización del grupo*: momento en el que se decide si el grupo seguirá o no, si el terapeuta se mantendrá como guía del grupo o éste seguirá sin el terapeuta (autogestionado) y de qué manera se finalizará el mismo (contacto entre los miembros, sesión de cierre, etc.). Éste es un proceso difícil que desencadenará un proceso de duelo en sus miembros; por tanto, deberá prepararse pudiendo hablar de los sentimientos que se viven al acabar el grupo.

Por último, en este punto debemos considerar cuál es el rol del terapeuta. Éste debe ayudar a los participantes del equipo individual y grupalmente, de forma simultánea. El rol suele ser más directivo al principio y posteriormente de acompañar el grupo, pues éste crecerá y funcionará por sí mismo. El terapeuta también detectará los posibles conflictos que surjan en el transcurso del mismo e intentará resolverlos individualmente (con los miembros que mantengan el conflicto mediante entrevista con ellos) y grupalmente (hablándolo en las sesiones). Es la persona que resumirá lo que ocurre en el grupo, determinará el contenido y la metodología de las sesiones y planteará el cierre del grupo.

EJERCICIOS

Los ejercicios que se proponen a continuación responden a las diferentes etapas que se han presentado:

a) *El proyecto de grupo*: el proyecto que definirá el grupo debe incluir los siguientes apartados:

- Introducción: que incluya una presentación, los objetivos y los métodos que se seguirán en el grupo.
- Antecedentes: necesidades detectadas (definición del ámbito), así como justificación de la intervención grupal.
- Elementos estructurales del grupo: se definirán y tomarán decisiones en relación a los criterios generales del funcionamiento del grupo que contemplamos.
- Programación de sesiones del grupo: en la que se pueden incluir un cronograma o la descripción de alguna de las dinámicas del grupo, por ejemplo.
- Instrumentos de evaluación: del buen funcionamiento del grupo, así como de la consecución de objetivos.

b) *La planificación del grupo*: inicialmente, deben programarse las sesiones poniendo fecha, hora y lugar, así como el contenido que se trabajará en las mismas (aun cuando esta planificación pueda modificarse según la evolución del grupo). Este documento puede entregarse el primer día de inicio del grupo para rebajar la tensión de los miembros.

Hora:

Lugar:

Se pueden incluir en la planificación las normas básicas del grupo, que se citan a continuación.

c) *Entrevistas de screening*: estas entrevistas preceden a la toma de decisión de si un miembro formará parte del grupo o no. En primer lugar, debemos tener en cuenta los criterios de inclusión y exclusión definidos en el proyecto. La entrevista deberá tener el siguiente formato:

- Presentación del grupo al participante.
- Recogida de información personal y contextual del participante (para confirmar que cumple los criterios de inclusión).
- Motivación para formar parte del grupo, a partir de preguntas del tipo ¿qué esperas del grupo?, ¿por qué te gustaría formar parte del grupo?, ¿has tenido experiencias previas de formar parte de un grupo?, o, incluso, ¿cómo te imaginas que se desarrollará el grupo?

La idea, como se indicaba anteriormente, es informar del grupo y evaluar la idoneidad de la persona para participar en el mismo.

d) *Primera sesión del grupo*: la primera sesión del grupo incluirá los siguientes elementos: presentación del grupo y del profesional a cargo, presentación de los contenidos y metodología de las sesiones, normas del grupo, presentación de los participantes y recogida de las expectativas respecto al grupo, así como de los intereses en temas a trabajar y avance de la próxima sesión.

En la primera sesión se pueden utilizar lo que se denominan *dinámicas de presentación*, formas de facilitar la presentación de los miembros. A continuación se describirán tres dinámicas de presentación, de entre muchísimos ejemplos que existen de las mismas:

- *Presentación por parejas*: se solicita a los participantes del grupo que se pongan en parejas y que hablen con la persona que elijan sobre cómo se llaman, alguna característica personal y qué esperan del grupo, por ejemplo. Se pedirá a cada persona que describa a su pareja.
- *La tela de araña*: con un ovillo de lana, se indica a los participantes que se presenten cuando llegue a sus manos el mismo, y que lo tiren a otra persona

cuando finalicen su presentación. En ningún lugar debe dejarse ir la madeja de lana. Así se formará una tela de araña, pudiendo utilizar ésta como analogía de las relaciones que se irán desarrollando en grupo.

- *La cerilla:* se le da a cada persona una cerilla y se le indica que la encienda en el momento en que inicie su presentación y hable hasta que ésta se apague.

e) *Normas del grupo:* las normas del grupo serán aquellas reglas que se deben cumplir para facilitar su funcionamiento, ya que *ayudan a identificar y definir el grupo y a establecer el estatus del individuo dentro del grupo y la sociedad* (Olmsted, 1985). Existen unas *normas básicas* aplicables a todos los tipos de grupos:

- *Asistencia:* se debe asistir regularmente al grupo; en caso de ausencias reiteradas, se deberá tener en cuenta para contactar con la persona y averiguar qué ha pasado o dar de baja al miembro del grupo.
- *Puntualidad:* es necesario ser puntual, pues es un signo de respeto hacia uno mismo/a y el resto de participantes del grupo. Se suele dar un margen de diez minutos o un cuarto de hora.
- *Confidencialidad:* todo lo que se dice en el grupo se queda en el grupo. Se debe garantizar la confidencialidad, pues puede suponer un punto de conflicto.
- *Respeto hacia el resto de participantes y el terapeuta:* se debe mantener una relación cordial y de respeto hacia el resto de participantes del grupo, así como a las opiniones que se den o acciones que se realicen.
- *No atender teléfonos móviles:* para facilitar la fluidez del grupo se recomendará no atender llamadas o mensajes si no fuera estrictamente necesario.
- *Normas de salida del grupo:* según el tipo de grupo, se pueden definir unas normas que determinarán la salida del grupo, por ejemplo, faltas de respeto, insultos, conflictos de cierto grado, etc.

Las buenas normas son aquellas que son dinámicas y se pueden modificar según el transcurso del grupo. Además de estas básicas, se puede generar, según las necesidades del grupo, otro tipo de normas, como: las del control de las emociones (por ejemplo, el grupo es un espacio para dejar ir aquello que sintamos, respetando el resto las emociones que puedan aparecer), de funcionamiento eficaz (por ejemplo, se asignará una persona que recoja la documentación en carpetas), de comunicación (por ejemplo, se hablará por turnos, levantando la mano si se tiene interés en decir algo o no se puede hablar gritando), de toma de decisiones (se puede pactar con el grupo decisiones a tomar, por ejemplo, cuándo hacer un descanso en la sesión) y, de cooperación (por ejemplo, ayudarnos entre nosotros/as).

f) *Preparación de las sesiones:* a la hora de preparar las sesiones se deben tener dos consideraciones: cuál es el objetivo de la sesión y el contenido que se incluirá en el mismo, y la metodología para conseguir tal objetivo y el contenido. En todas las dinámicas de grupo que se proyecten es necesario especificar los siguientes apartados:

- Título de la dinámica.
- Objetivos que persigue esta dinámica.
- Desarrollo de la dinámica (cómo se desarrollará la misma).
- Materiales que se necesitarán.

Si no se definen correctamente las dinámicas de grupo, las personas pueden tener la percepción de que son ejercicios sin sentido. Deben programarse con lógica y para cubrir un determinado objetivo, teniendo en cuenta el tiempo que dedicaremos a cada una de éstas y programando más de una, pues no sabemos cuánto tiempo tardará el grupo en desarrollarlas.

g) *Dinámicas del grupo:* hay infinidad de ejemplos de dinámicas de grupo, y aunque se pueden indicar algunas de unos grupos a otros, la mayor parte de los grupos requiere que las adaptemos o creemos según características y evolución del mismo. No obstante, a continuación se incluirán algunos ejemplos que pueden ser orientativos:

- *Dinámicas de presentación: darme a conocer;* se reparten hojas y se pide a la persona que escriba varias características de su personalidad, poniendo su nombre en primer lugar. Después se va pasando el papel al resto de personas, pidiendo que cada una escriba una característica de esa persona que sabe que tiene o imagina que puede tener. Luego, se comentan conjuntamente. Otra variación para darse a conocer es plantear trabajar por parejas y que expliquen unas personas a otras ciertas características; posteriormente será, el/la compañero/a con el que hayamos hablado el/la que nos presentará.
- *Dinámicas para fomentar el conocimiento mutuo: mi filosofía de vida;* es una técnica útil para empezar a detectar creencias y valores existenciales de los participantes en el grupo. Se pide a los miembros que escriban varias frases que definan su filosofía de vida y luego se van comentando entre todos.
- *Dinámicas desinhibitorias: decirlo con mímica;* es una dinámica que sirve para desinhibirse, pidiendo a las personas que expresen algún mensaje mediante mímica y que el resto piense y resuelva qué quiere representar. Igualmente, se puede organizar una dinámica en la que una persona con los ojos tapados sea guiada por un compañero/a de un punto hacia una meta, lo cual ayudará a desinhibirse y a trabajar la confianza dentro del grupo.

- *Dinámicas de opinión y participación: en una isla solitaria*; es una conocida dinámica que pretende que las personas hablen de sí mismas. Así, se plantea que imaginen que están en una isla desierta y piensen cuatro cosas que se llevarían para sobrevivir, también se puede pedir a qué personas se llevarían para ayudarles, animarles, divertirles, aconsejarles, guardar un secreto, etc.

La discusión dirigida es una dinámica que consiste en un intercambio de ideas acerca de un tema sobre el que se quiera reflexionar. Se debe fomentar la participación de todos los miembros, por ejemplo, indicando que cada persona diga una idea.

La dinámica del Philips 6/6 es una técnica para promover el debate. Se dividirá el grupo en subgrupos y se pedirá que discutan acerca de un tema. Se escogerá a una persona que haga de secretario/a del grupo, que recogerá las aportaciones, realizará un resumen final y hará la presentación en el grupo.

- *Dinámicas de fomento de la autoestima: el regalo de la alegría*; para fomentar la participación se pide que cada persona escriba un mensaje positivo en un trozo de papel —tantos como personas del grupo— y los reparta a sus compañeros.
- *Dinámicas de solución de problemas*. Se pide a los participantes que escriban en una hoja el problema que tienen y se vayan pasando los papeles, cada uno apuntando una posible solución al problema planteado.

Éstos son algunos ejemplos de dinámicas, aunque lo que se recomienda es crear las dinámicas antes de la sesión en función de lo que vaya viviéndose en el grupo.

Ámbitos de aplicación

Se ha utilizado la terapia de grupo para una amplia variedad de problemáticas, como trastornos de ansiedad y de la personalidad, esquizofrenia, alcohólicos y dependientes de sustancias psicoactivas, TCA, enfermos de VIH y sus cuidadores, pacientes oncológicos y enfermos terminales, disfunciones sexuales, disforia de sexo, adultos víctimas de traumas varios, TEPT, etc., en niños, adolescentes, adultos y gente mayor.

Para ampliar la información

Allport, F. H. (1924). *Social Psychology*. Boston: Houghton-Mifflin.

Antons, K. (1981). *Práctica de la dinámica de grupos: ejercicio y técnica*. Barcelona: Herder.

Argyle, M. (1967). *The Psychology of Interpersonal Behaviour*. Harmondsworth: Penguin Books.

- Baron, R. S., Kerr, N. L. y Miller, N. (1992). *Group process, group decision, group action*. Buckingham: Open University Press.
- Campos Vidal, J. F. (2000). Los factores terapéuticos: ¿qué es lo que produce cambios en los grupos? *Alternativas*, 8, 205-229.
- Cárdenas, J. M. (2011). *Grupos formales e informales*. En: <http://www.gestiopolis.com/grupos-formales-e-informales/> (consultado el 19/01/2016).
- Cartwright, D. y Zander, A. (1971). *Dinámica de grupos. Investigación y teoría*. México: Trillas (edición original, 1968).
- Corey, G. (1996). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hare, A. P. (1962). *Handbook of small group research*. Nueva York: Free Press.
- Heap, K. (1981). *Psicoterapia de grupos: proceso y acción*. Madrid: Paraninfo.
- Huici, C. (ed.) (1985). *Estructura y procesos de grupo*. Madrid: UNED.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1998). *Terapia de grupo*. Madrid: Médica Panamericana.
- Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (1996). *Terapia de grupo*. Madrid: Médica Panamericana.
- Marín, M. y Garrido, M. A. (coord.) (2003). *El grupo desde la perspectiva psicosocial, conceptos básicos*. Madrid: Pirámide.
- Mucchielli, R. (1972). *La dinámica de los grupos*. Madrid: Ibérico Europea de Ediciones.
- Olmsted, M. S. (1985). *El pequeño grupo*. México: Paidós.
- Parra, B. (2012). Estudio sobre los factores de cambio en grupos socioeducativos de familias de acogida extensa. *Portularia*, vol. XII, extra, 131-139.
- Rogers, C. R. (1976). *Grupos de encuentro*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Sbandi, P. (1980). *Psicología de grupos: introducción a la realidad de la dinámica de grupos desde el punto de vista de la psicología social*. Barcelona: Herder.
- Shaw, M. E. (1976). *Dinámica de grupo. Psicología de la conducta de los grupos pequeños*. Barcelona: Herder, 1979.
- Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
- Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós.

NOTAS

- ¹⁵ Rojí, B. y Saúl Gutiérrez, L. A. (2005). *Introducción a las psicoterapias experienciales y constructivistas*. Madrid: UNED.

10. TÉCNICAS DE TERCERA GENERACIÓN Y CONTEXTUALES

Las terapias de tercera generación, tan en auge en la actualidad, surgieron en la década de los años noventa. Deben su denominación a Steven Hayes (2004), quien las definió como:

Fundamentada en una aproximación empírica y enfocada en los principios del aprendizaje, la tercera ola de terapias cognitivas y conductuales es particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, y no sólo a la forma, enfatizando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto además de otras más directas y didácticas. Estos tratamientos tienden a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en lugar de tender a la eliminación de los problemas claramente definidos, resaltando cuestiones que son relevantes tanto para el clínico como para el cliente. La tercera ola reformula y sintetiza las generaciones previas de las terapia cognitivas y conductuales y las conduce hacia cuestiones, asuntos y dominios, previa y principalmente dirigidos por otras tradiciones, a la espera de mejorar tanto la comprensión como los resultados.

La **primera generación** la formaría la terapia de conducta, definida en el 1950 como respuesta al psicoanálisis. Ésta se centra en la aplicación de los principios de aprendizaje en el proceso terapéutico.

La **segunda generación** la conformarían las terapias cognitivo-conductuales ampliando el foco de atención de conductas objetivas y el estudio del estímulo y las respuestas, hacia el organismo y la forma en que éste procesa la información. Estos nuevos modelos cognitivos involucraban pensamiento y lenguaje en la terapia como aspectos que se podían modificar.

Las **terapias de tercera generación** son aquellas que se interesan más por el contexto y las funciones que cumplen las conductas que realizamos. *Los aportes de las terapias de conducta de la tercera generación abarcan un replanteamiento contextual de la psicopatología, la evaluación y el tratamiento de la psicología clínica, apuntando también a la desmedicalización en el abordaje que se había venido haciendo a ésta* (Pérez Álvarez, 2006). Las terapias de tercera generación surgen por la necesidad de cubrir las carencias del modelo conductual a la hora de generalizar y mantener los resultados a la vida cotidiana del cliente, y la incapacidad de abordar ciertos aspectos cognitivos.

Las terapias de tercera generación tienen unas características específicas, como son:

- a) Analizan el comportamiento del cliente en el contexto en el que se da, de ahí que también se les otorgue la denominación de *terapias contextuales*.
- b) Se analiza la conducta como un continuo; la historia del desarrollo histórico de la

conducta supone una representación de un recorrido.

- c) El análisis de la conducta incluye la objetiva y observable y la no observable, como los pensamientos, emociones y sentimientos.
- d) Los problemas psicológicos se originan en un contexto social determinado, el que definirá la normalidad o anormalidad de los diferentes fenómenos. Los clientes, conociendo esta diferenciación, tratarán de adaptarse al contexto social incluso en detrimento de su propia integridad psíquica.
- e) Ponen énfasis en la relación terapéutica como modelo de interacción y parte del contexto que intenta controlar el cliente. La relación asistencial ofrece una oportunidad de encontrar nuevas fórmulas de adaptarse al contexto.

Una de las primeras aportaciones de las terapias de tercera generación es una nueva forma de entender los trastornos psicológicos, y por ello, una forma de categorizarlos diferente, más allá del DSM o del CIE. Se considera la poca validez de los diagnósticos psiquiátricos y se propone **el sistema RDoC**. El sistema RDoC es un marco de clasificación de los problemas psicológicos derivados de la investigación científica. Actualmente se ha definido y se está tratando de operativizar su uso en la práctica clínica; no obstante, es de gran interés esta nueva propuesta, y más después de la publicación del DSM V. Este sistema parte de tres premisas básicas:

- ⇒ Los problemas psicológicos se derivan de trastornos del cerebro, lo que implicará una descompensación en los circuitos neuronales, funcionalidad cerebral u otros mecanismos de este órgano. Por la complejidad del cerebro, es difícil llegar a concretar y relacionar entre un determinado efecto y su representación como trastorno. No obstante, ya lo decía Freud, todas las enfermedades mentales están en el cerebro.
- ⇒ El futuro de la comprensión y el tratamiento de las enfermedades mentales está en la neurociencia.
- ⇒ Los descubrimientos que se vayan produciendo en este ámbito determinarán los tratamientos que se utilizarán en este tipo de enfermedades.

El sistema RDoc, creado desde el NIMH, intenta englobar las enfermedades mentales no a partir de la definición de síntomas, síndromes y trastornos, sino de procesos causales comunes en determinadas categorías diagnósticas. Se trata de avanzar el trabajo diagnóstico exhaustivo que se inició con la publicación del DSM y ver qué tienen en común los diferentes trastornos, y, a partir de las similitudes, crear **dimensiones transdiagnósticas**. Proponen las siguientes dimensiones (Pérez Álvarez, 2014) (véase tabla 10.1):

La aportación de la tercera generación concierne a la psicopatología, ofreciendo en este caso alternativas a las categorías al uso como, por ejemplo, el trastorno de evitación experiencial (Wilson y Luciano, 2002), a la evaluación, reofreciendo el análisis funcional ahora apto también para los eventos privados (Dougher, 2000), y, por supuesto, al tratamiento. En el tratamiento es donde estarían las aportaciones más significativas, inseparables en todo caso de las anteriormente señaladas. Aun antes de enumerar las terapias que constituyen esta generación, se va a enunciar

siquiera a título indicativo la aportación terapéutica, que bien podría resumir todo un cambio de lógica en la psicología clínica y, ni que decir tiene, de la psiquiatría. Formulada en términos de principio terapéutico, sería así: se trata del abandono de la lucha contra los síntomas y en su lugar la reorientación de la vida (Pérez Álvarez, 2006).

TABLA 10.1
Propuesta de dimensiones transdiagnósticas (Pérez Álvarez, 2014)

DIMENSIONES TRANSDIAGNÓSTICAS	DIAGNÓSTICOS DIMENSIONADOS
• Autoconciencia (pública/privada). • Teoría de la autoobjetivación del cuerpo. • Rol de espectador de sí mismo. • Atención autofocalizada. • Rumia. • Preocupación. • Pensamientos automáticos. • Pensamiento repetitivo. • Metacognición. • Teoría del escape del yo. • Trampa vital. • Evitación experiencial y conductual. • Perfeccionismo. • Teoría del control perceptual. • Desregulación referente a la meta y la acción. • Rasgo de ira. • Síndrome neurótico general. • Síndrome de afecto negativo.	• Ansiedad social, anorexia, paranoia, depresión, ansiedad, esquizofrenia. • TCA, autoestima, depresión. • Disfunción sexual, ansiedad social. • Ansiedad, depresión, esquizofrenia, alcoholismo. • Depresión, ansiedad, bulimia, abuso de sustancias, salud física. • Ansiedad, depresión, TEPT, TOC, insomnio. • Depresión, ansiedad, pánico. • Ansiedad, depresión. • Ansiedad generalizada, fobia social. • Alcohol, bulimia, masoquismo, suicidio. • Pautas arraigadas que mantienen los diferentes problemas que uno tiene. • Inflexibilidad psicológica. • Ansiedad, depresión, alimentación. • Conflicto como dimensión destacada por distintas psicoterapias. • Depresión, ansiedad, estrés, adicción, alimentación. • Trastornos del eje I DSM IV. • Ansiedad, fobias, pánico, TOC. • Ansiedad, depresión.

Las terapias de tercera generación que intentan superar formulaciones anteriores son:

- ⇒ *Terapia integral de pareja* (Jacobson, Christensen, Prince, Cordova y Eldrige, 2000).
- ⇒ *Terapia dialéctica-conductual* (Linehan, 1993).
- ⇒ *Psicoterapia analítica funcional* (Kohlenberg y Tsai, 1987).
- ⇒ *Terapia de aceptación y compromiso* (Hayes, Strosahl y Wilson 1999; Wilson y Luciano, 2002).
- ⇒ *Terapia de activación conductual* (Jacobson, 1989, Martell, Addis y Jacobson, 1991; Lejez et al; 2005).
- ⇒ *Mindfulness* (Segal, Williams y Teasdale, 2002).

Las intervenciones que se definirán a continuación son el esfuerzo del ámbito académico-investigador, el de salud y el de las ciencias del comportamiento para dar respuesta a problemas complejos mediante soluciones altamente eficaces.

Para ampliar la información

- Dougher, M. J. (2000). *Clinical behavior analysis*. Nevada: Context Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. En C. S. Hayes, V. M. Follette y M. Linehan (eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. Nueva York: Guilford, pp. 1-29.
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5, 159-172.
- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso* (act.). Madrid: Pirámide.

ANALÍTICA FUNCIONAL

Definición

La terapia analítica funcional (PAF) es una forma de terapia de conducta que se basa en el uso de estrategias de moldeamiento directo para la modificación de conductas problemáticas (Hayes, Kohlenberg y Melancon, 1989).

El presupuesto básico en el que se apoyan sus estrategias va a ser considerar que la exploración de las reacciones del cliente hacia el terapeuta puede proporcionar en muchos casos una muestra representativa de sus dificultades y aun el más saliente y efectivo objetivo de cambio (Kohlenberg y Tsai, 1991).

La psicoterapia analítica funcional (PAF) es un tipo de terapia de conducta que considera la relación terapeuta-cliente el espacio idóneo para el análisis de las conductas, así como el de realizar aprendizajes mejor adaptados al ambiente. Es el entorno de la terapia en el que se utilizarán las técnicas de contingencia como instrumento para el cambio. La PAF es la combinación entre una relación terapéutica intensa y con un alto grado de implicación y el análisis funcional propio del conductismo.

Objetivos

El objetivo principal de la PAF es poder realizar un aprendizaje en vivo en el contexto de la relación asistencial. El tratamiento se fijará en los problemas actuales, analizando el funcionamiento de los mismos y destacando todas aquellas conductas que sean clínicamente relevantes para el cambio.

Las premisas

La PAF, tal como su nombre indica, parte de la premisa de analizar las contingencias, así como de activar nuevos aprendizajes de mayor funcionalidad. Fue creada por Robert J. Kohlenberg y Mavis Tsai, basándose éstos autores en fuentes y metodología del conductismo radical de Burrhus Frederic Skinner.

La importancia de la relación terapéutica

La primera consideración que realizan es la de destacar que la relación terapéutica equivale a otras situaciones que pueda estar viviendo el cliente en su vida cotidiana. En este sentido se convierte en el mejor laboratorio.

El terapeuta se considerará un estímulo que moviliza las conductas en el cliente. Por tanto, su función será la de (Pérez Álvarez, 2014): *a) suscitar reacciones emocionales, b) evocar las conductas operantes y, c) provisión de consecuencias*. En primer lugar, el terapeuta tendrá como objetivo provocar las respuestas emocionales que se perciben como problemáticas derivadas de las pautas de actuación del cliente. Se trata de llevar al cliente a experimentar aquellas emociones que asocie al problema y que en cierto modo lo mantienen. En segundo lugar, el terapeuta debe crear la situación específica que activa las conductas operantes del cliente. Por último, se analizarán las consecuencias con el objetivo de aumentar las conductas adaptativas y disminuir las desadaptativas.

A lo largo de este proceso, y mediante el *feedback* que ofrecerá el terapeuta, el cliente debe aprender a trasladar estos nuevos aprendizajes a su vida cotidiana, generalizando las soluciones encontradas en este contexto al resto de áreas de su vida. Tal como señalan (Kohlenberg, Tsai y Kanter, 2009) en la sesión entre terapeuta y cliente, ambos hablan, el cliente acerca de los problemas que padece y el terapeuta señalando y acompañándolo. Sin observarlo fuera de la consulta, el cliente logra cambiar y mejorar, lo cual se explica porque el terapeuta ha presentado estímulos discriminativos (estímulos precipitantes y contingencias-reforzadores y/o castigos) que se generalizan fuera de la relación terapéutica.

Las conductas que se analizarán

En el contexto terapéutico descrito, el terapeuta fijará su atención en lo que denominan *conductas clínicamente relevantes* (Kohlenberg y Tsai, 1991). Las conductas clínicamente relevantes (CCR) las forman las conductas del cliente que se manifiestan a lo largo de la sesión y a las que debe atender el terapeuta. Estas conductas incluirán pensamientos, comentarios, sentimientos, emociones, recuerdos, actitudes, etc., es decir, las conductas observables y las no observables. Por ejemplo, el hecho de que un paciente eleve la voz y se exprese enfadado cuando explique un suceso será una conducta clínicamente relevante, como también la sensación de ahogo o un recuerdo traumático.

Las CCR se clasifican en tres tipos, como son:

a) Los problemas que el cliente manifiesta durante la sesión (CCR1): son aquellas conductas relevantes de tipo 1 que se relacionan con el problema. Sería el problema expresado, pero también cualquier conducta asociada a éste que se presente a lo largo de la terapia y que debe ir reduciéndose en su avance. Incluye diferentes tipos de CCR1, como son:

- *CCR1 de clase A*, las que se refieren a *la afirmación de necesidades*, lo que uno quiere o valora.
- *CCR1 de clase B*, que sería *la comunicación bidireccional*, es decir, la comunicación que el cliente mantiene con los demás y lo que recibe de éstos.

- *CCR1 de clase C o de conflicto*, con la expresión de desacuerdos o de relaciones conflictivas y/o incómodas.
- *CCR1 de clase D, o conductas de apertura y encerramiento personal*, lo cual sugiere aquellas conductas que se derivan de las relaciones como las de reconocimiento o, por el contrario, de rechazo.
- *CCR1 de clase E*, o conductas que reflejen *experiencia y expresión emocional*.

Todo este repertorio de conductas se recogerá con la finalidad de cambiarlas; por tanto, se trata de fijarse en las necesidades, las pautas comunicativas, las situaciones conflictivas, las conductas de desplazamiento (aproximación y retirada) y las emociones que manifieste el cliente en el entorno terapéutico.

- b) *Las mejorías* del cliente que se producen en la sesión (CCR2) deben señalarse para promover la generalización al resto de entornos de la vida del cliente.
- c) *Las explicaciones o interpretaciones* que ofrece el cliente acerca de su conducta (CCR3), así como las equivalencias entre lo que ocurre en la sesión y su vida diaria. El cliente deberá ser capaz de analizar su propia conducta y sus causas desde una perspectiva analítico-funcional.

Éstas pueden ser conductas públicas o privadas, considerando que pueden alejar o acercar al paciente hacia su curación, según la figura 10.1.

Las reglas terapéuticas

Las reglas terapéuticas definen los tipos de actuación que deberá seguir el terapeuta en relación a las CCR del cliente con el que trabaje. C. Rodríguez-Naranjo (1998) explicita las reglas terapéuticas a aplicar a las CCR, siendo éstas las técnicas que posteriormente se describirán más ampliamente. Las reglas terapéuticas son (Kohlenberg y Tsai, 1987):

- ⇒ *Regla. 1. Desarrollar un repertorio para observar posibles manifestaciones de las CCR que ocurren durante la sesión terapéutica.*
- ⇒ *Regla. 2. Construir un ambiente terapéutico que evoque las CCR1.*
- ⇒ *Regla. 3. Tomar medidas para el reforzamiento positivo de las mejorías (CCR2). Dicho reforzamiento debe hacerse de una manera natural, también debe moldear las aproximaciones hacia las conductas deseadas y, además, en ocasiones, debe amplificar sus reacciones reforzantes ante los cambios del cliente.*

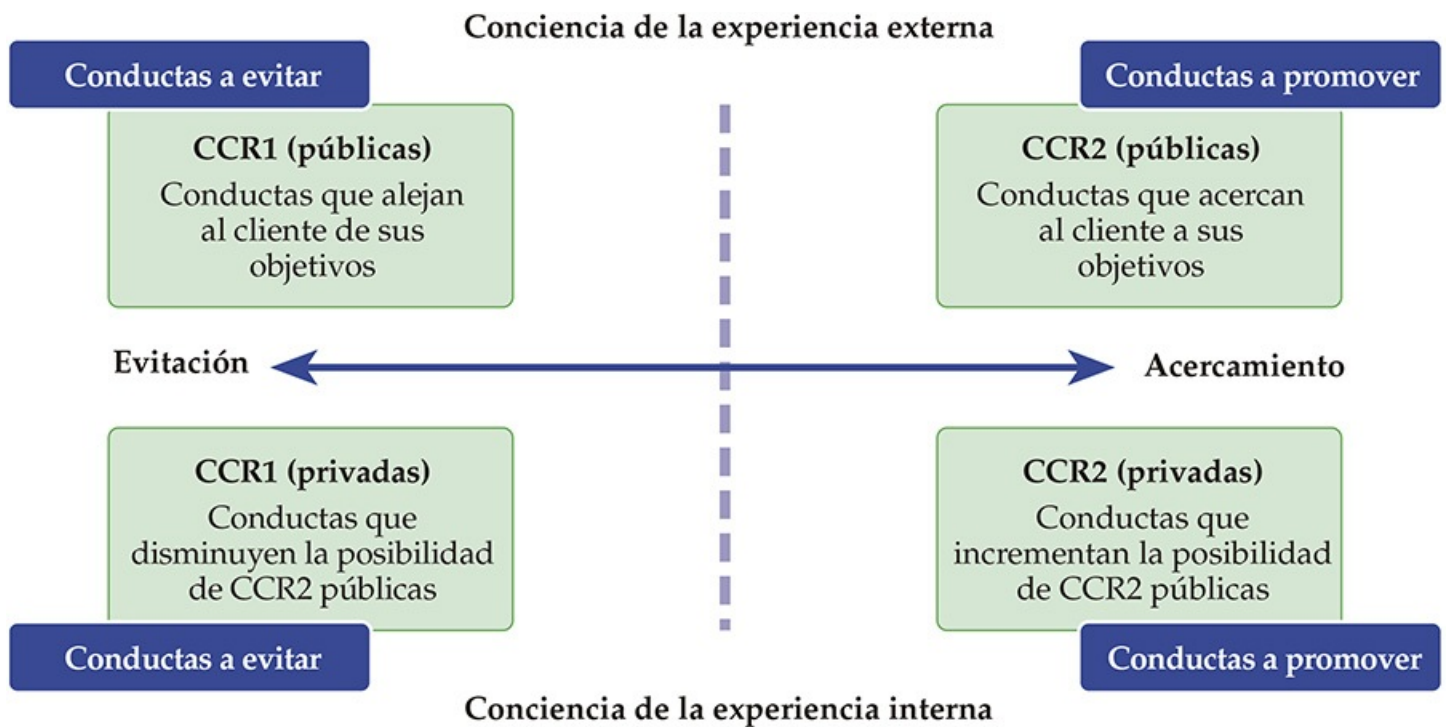


Figura 10.1. CCR públicas y privadas según el grado de distanciamiento de los objetivos (Kohlenberg y Tsai, 2013).

- ⇒ *Regla. 4. Observar las propiedades potencialmente reforzantes de la conducta del terapeuta que son contingentes con las ocurrencias de las CCR del cliente.*
- ⇒ *Regla. 5. Desarrollar en el cliente un repertorio para describir las relaciones funcionales entre las variables controladoras y sus CCR.*

Situaciones evocadoras de CCR

Tal como se señala en la segunda regla, una de las tareas del terapeuta es evocar las CCR. La propia relación terapéutica *per se* tiene la capacidad de evocarlas de manera natural, tal como señalan R. Kohlenberg y M. Tsai (1991) mediante la distribución del tiempo, los momentos de cambios en la terapia —por ejemplo, si hay vacaciones o el momento de finalizar la terapia—, los propios honorarios, los silencios durante el diálogo y la actitud del terapeuta, así como la observación de errores y emociones del terapeuta. Además de estas situaciones que ya están preestablecidas en la relación terapéutica, se debe crear un espacio y un tipo de relación que permitan el surgimiento, así como la aplicación de ciertas técnicas destinadas a ello.

Descripción técnica

Presentación de la técnica de PAF

La terapia se puede presentar a partir de la siguiente definición (propuesta por Kanter, Bush y Rush, 2009; Tsai et al., 2009, y expuesto por Pérez-Álvarez, 2014):

El principio fundamental de la terapia que hago es que la relación es un microcosmos de nuestras relaciones fuera. Así que exploraré cómo tu relación conmigo es similar de alguna manera a cómo te relacionas con otra gente, qué problemas se presentan conmigo que también se presentan con otras personas y qué conductas positivas tienes aquí que pueden trasladarse a tus relaciones con los demás.

Nuestra conexión proporciona una oportunidad para explorar cómo tú eres en una relación, para experimentar diferentes maneras de relación y así extenderlas a otras relaciones.

(...) La terapia tiene mejores resultados cuando tú dices lo que sientes en el momento presente, deprimido, ansioso, inseguro —algo que está sucediendo en la sesión más que hablar acerca de las cosas que te sucedieron durante la semana—. Cuando atiendes a lo que está sucediendo aquí y ahora, podemos experimentarlo y entenderlo más cabalmente y el cambio terapéutico es más consistente e inmediato.

La pregunta básica a considerar en el proceso de indagación de la PAF sería (Holman, Callaghan, Kanter y Wetterneck, 2013): *¿Puedes estar presente en tu propia vida, con tus valores y con el valor para probar nuevas cosas, para experimentar emociones profundas y compasión, para vivir una vida más rica y llena de significado?*, así como otros aspectos fundamentales a tener en cuenta que se citarán a continuación.

Evaluación en la PAF

La definición pragmática de las conductas clínicamente relevantes, es decir, aquellas sobre las que el terapeuta debe prestar especial atención son (Kanter, Weeks y cols., 2009; Callaghan, 2006):

- a) Las metas del cliente en el tratamiento.
- b) La historia de los problemas del cliente.
- c) Buscar paralelismos entre lo que manifiesta en la sesión y su vida cotidiana.
- d) Registrar y/o señalar los problemas con sus necesidades, en resolver conflictos, de autorrevelación e intimidad y con la experiencia y expresión emocional.

Así, la evaluación debe incluir (Kohlenberg y Tsai, 2013):

- ⇒ Historia relevante del paciente.
- ⇒ Problemas diarios.
- ⇒ Creencias y pensamientos problemáticos.

- ⇒ Variables funcionales que mantienen el problema.
- ⇒ Fortalezas del paciente.
- ⇒ Identificar CCR1 en la sesión.
- ⇒ Identificar CCR2 en la sesión.
- ⇒ Identificar las metas en su vida cotidiana.
- ⇒ Identificar las metas terapéuticas.

A partir de esta delimitación se planificará la intervención posterior, que se realiza a partir de específicas estrategias terapéuticas.

Las estrategias terapéuticas de la PAF

La PAF emplea varias estrategias terapéuticas. Las tres principales son: *a)* estar atento a la aparición de CCR, *b)* provocar CCR y *c)* reforzar CCR2:

- ⇒ **Estrategia 1. Atención a las conductas clínicamente relevantes (CCR).** Esta estrategia es efectiva por sí misma, aunque se haya señalado en el punto anterior como parte de la evaluación. Observar qué conductas fomentan el problema será el primer paso para superarlo. Éstas se darán durante las sesiones y es labor del terapeuta observarlas y atenderlas.
- ⇒ **Estrategia 2. Provocar CCR.** Se pueden crear las circunstancias adecuadas dentro de la sesión para provocar CCR, por ejemplo, mediante un ambiente íntimo y cuidado, proveer una explicación acerca de la importancia de señalar su ocurrencia en la relación terapéutica —lo que se señalaba como explicación de la PAF (Tsai y cols., 2008)—, establecer paralelismos entre lo que ocurre dentro y fuera de la sesión y plantear ejercicios vivenciales. Preguntar a la persona por lo que experimenta o por lo que no dice es una oportunidad de hacer emerger las CCR.
- ⇒ **Estrategia 3. Reforzar CCR.** Se trataría de reforzar aquellas conductas que suponen una mejoría. Obviamente, la respuesta frente a las CCR1 y las CCR2 difiere enormemente, siendo las primeras respuestas a disminuir y las segundas a reforzar, según las técnicas de contingencia. A continuación se exponen las labores terapéuticas respecto a unas y otras (véase tabla 10.2).

De forma más general, las recomendaciones que se señalan para el desarrollo de una relación terapéutica, así como del desarrollo de las CCR, son (Kohlenberg y Tsai, 1991, citado en Fernández Parra y Ferro, 2006):

1. *Promover y reforzar los comentarios del cliente relacionados con los estímulos presentes en la situación terapéutica* (los comentarios que se realicen acerca del terapeuta, la relación de ambos, hechos de sesiones anteriores, etc.).

TABLA 10.2
Respuestas y propuestas hacia las CCR (adaptado de Tsai y col., 2012)

RESPUESTA TERAPÉUTICA FRENTE A LAS CCR1	RESPUESTA TERAPÉUTICA FRENTE A LAS CCR2
• Evitar responder frente a las CCR1. • Bloquear las CCR1 mediante reacciones personales (por ejemplo, <i>siento que aumenta nuestra distancia cuando mantienes esta actitud</i>). • Comparar con momentos en los que se han dado CCR2 (por ejemplo, <i>¿hay algo que esté haciendo de forma diferente para que te sea difícil calmarte?</i>). • Encaminar hacia CCR2 (por ejemplo, <i>¿qué podría hacer diferente para que te sintieras como en aquel otro momento?</i>).	• Ajustar las expectativas de la persona. • Contar con las habilidades del paciente. • Esperar (y favorecer) el reforzamiento natural al arbitrario.
VARIABLES QUE FAVORECEN EL CAMBIO EN LAS CCR1	VARIABLES QUE FAVORECEN EL CAMBIO EN LAS CCR2
• Tener una relación terapéutica positiva. • Ajustar las expectativas del cliente. • Recordar los principios del moldeamiento. • Esperar la presentación de CCR2 antes de responder a las CCR1. • Establecer un balance entre refuerzos y castigos, beneficiando a los primeros.	• Explicitar el impacto de las CCR en la vida del cliente y sus experiencias intrapsíquicas. • Ser estratégicos y buscar ampliamente el beneficio del paciente. • Evaluar el impacto de las CCR2. • Tener un buen conocimiento de uno mismo. • Establecer una relación terapéutica honesta.

2. *Fomentar comparaciones controladas por acontecimientos que se den tanto en terapia como en la vida diaria.*
3. *Promover la expresión directa de deseos, peticiones y sugerencias.*
4. *Usar las descripciones que hace el cliente de acontecimientos sobre su vida como metáforas de hechos que ocurren en la sesión.*

De hecho, la PAF se define como un terapia que trabaja en pro de la conciencia (acerca de la propia conducta), la conducta (como lo que podemos mejorar en nosotros/as mismos/as), el coraje (de cambiar) y el amor (motivación máxima del ser humano), y así lo expresan sus creadores en una de sus propuestas (Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follete y Callaghan, 2009): *awariness, behaviorism, courage and love*.

EJERCICIOS

Los terapeutas que apliquen la PAF deben aplicar básicamente cinco estrategias terapéuticas, como son (Kohlenberg y Tsai, 1991):

1. *Detección de CCR durante la sesión terapéutica*: los aspectos fundamentales que se deberían registrar o, en todo caso, atender para poder detectar las CCR son (Ferro, Valero y López Bermúdez, 2009): los problemas que presenta el paciente en su vida diaria, aspectos relevantes de la historia clínica, problemas que aparecen durante la sesión CCR1 (por ejemplo, silencios, reacciones desmesuradas, conflictos, etc.), variables cognitivas implicadas, objetivos de su vida diaria y objetivos para la sesión (CCR2). Es importante señalar que las CCR deben relacionarse con la historia del paciente, pues, por ejemplo, la expresión verbal puede ser una CCR1 en el caso de una persona con verborrea o una CCR2 en el de una persona con dificultades para expresarse.
2. *Construir un ambiente terapéutico de: a) aparición de las CCR1 y b) promoción de las CCR2*: se trata de fomentar una relación terapéutica, así como un ambiente afín a ésta, cálida y honesta, en la que haya la confianza suficiente como para poder señalar que determinadas conductas suponen un problema (CCR1) y otras, en cambio, suponen una mejoría (CCR2). Para la aparición de CCR1 se puede situar al paciente en una situación funcionalmente equivalente a aquella en la que suela aparecer el problema, y en el caso de promoción de las CCR2, se puede recurrir al moldeamiento, reforzando los pasos conseguidos.
3. *Reforzar las CCR2*: tal como se señala en las bases del reforzamiento, éste se debe aplicar inmediatamente después de la conducta, premiando cualquier esfuerzo por pequeño que sea, sin aplicarlo a CCR1, y considerando los refuerzos verbales nuestra mayor herramienta.
4. *Detectar qué aspectos terapéuticos refuerzan las CCR del paciente*: observar qué tipo de conductas del terapeuta hacen que surja una determinada conducta en la persona.
5. *Propiciar al desarrollo de habilidades propias para analizar desde esta perspectiva funcional la propia conducta*.

Ámbitos de aplicación

La PAF se ha mostrado eficaz en casos de personas con (Fernández Parra y Ferro, 2006): depresión, dolor crónico, TEPT y trastornos de la personalidad, entre otros. Asimismo, es una terapia que se puede combinar con otros modelos de intervención, por ejemplo, la terapia cognitiva, la terapia de pareja, el *mindfulness*, la terapia de aceptación y compromiso y la activación conductual (Kohlenberg y cols., 2002, 2009; Rosenfarb, 2010; Kohlenberg y Callahan, 2010).

Para ampliar la información

- Callaghan, G. y Follete, W. (2008). FAPRS Manual: Manual for the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale. *The Behavior Analyst Today*, 9(1), 98-116.
- Fernández Parra, A., y Ferro García, R. (2006). La Psicoterapia analítico-funcional: una aproximación contextual funcional al tratamiento psicológico. *EduPsykhé. Revista de psicología y educación*, 5, 203-229.
- Ferro, R., Valero, L. y López, M. A. (2007). Novedades y aportaciones desde la psicoterapia analítica funcional. *Psicothema*, 19(3), 452-458.
- Ferro, R., Valero, L. y Vives, M. C. (2006). Application of Functional Analytic Psychotherapy: Clinical Analysis of a Patient with Depressive Disorder. *The Behavior Analyst Today*, 7(1), 1-18.
- Kanter, J. W., Tsai, M. y Kohlenberg, R. J. (2010). *The practice of functional analytic psychotherapy*. Nueva York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Funcional analytic psychotherapy: creating intense and curative therapeutic relationships*. Nueva York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R., Tsai, M., Ferro, R., Valero, L., Fernández, A. y Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 349-371.
- Muñoz-Martínez, A., Novoa-Gómez, M. y Vargas, R. (2012). Functional Analytic Psychotherapy (FAP) in Ibero-America: Review of current status and some proposals. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 96-101.
- Rodríguez-Naranjo, C. (1998). Principios terapéuticos y posibilidades clínicas de la psicoterapia analítica funcional. *Psicothema*, 10(1), 85-96.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follete, W. C. y Callaghan, G. M. (2009). *A guide to funcional analytic psychotherapy: awarness, courage, love and behaviorism*. Nueva York: Springer.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Holman, G. I. y Loudon, M. P. (2012). *Functional analytic Psychotherapy: Distinctive Features*. Nueva York: Routledge.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, R. W., Kohlenberg, B., Follete, W. C., y Callagan, G. M. (2009). *A Guide To Funcional Analytic Psychotherapy. Awareness, Courage, Love and Behaviorism*. Nueva York: Springer.

ACTIVACIÓN CONDUCTUAL

Definición

La activación conductual (AC) es una nueva terapia para la depresión desarrollada sobre bases contextuales y funcionales. La AC sostiene que el contexto explica más eficientemente la depresión y es también el lugar más adecuado para llevar a cabo una terapia eficaz que los supuestos factores internos, fueran éstos neurobiológicos (típicamente «desequilibrios químicos») o psicológicos (por ejemplo, «esquemas cognitivos»). Asimismo, la AC sostiene que las conductas que caracterizan a las personas deprimidas desempeñan un papel significativo en la depresión, en vez de ser meramente síntomas de un cuadro (Pérez-Álvarez, 2006).

La AC es una terapia conductual estructurada y breve que pretende enseñar a la persona a adoptar nuevas pautas en su vida, modificando su entorno para que pueda vivir una vida mejor.

Objetivos

El objetivo de la activación conductual es mejorar el nivel de acción e implicación en actividades de la vida diaria gratificantes, para, así, modificar un patrón de conducta desadaptativo propio de ciertos trastornos. Los objetivos específicos serán tres principalmente. En primer lugar se trata de aumentar la participación del paciente en actividades que le resulten agradables y gratificantes (reforzantes). Además, se trataría de reducir su participación en actividades desagradables y poco gratificantes (castigos). Por último, se pretende generar estrategias para promover los primeros y limitar el acceso a los segundos. De éstos se desprende que se deberá analizar el repertorio de reforzadores y castigos del entorno, así como la forma en que actúa la persona frente a éstos.

Las premisas

La AC fue un tratamiento inicialmente creado para tratar la depresión (Hollon y Garber, 1990). Tal como su nombre indica, se basa en dos conceptos: activar a la persona (activación) y modificar su conducta actual (conductual).

Entiende que las personas depresivas viven en un contexto en el que se mantienen situaciones poco reforzadoras que van disminuyendo el estado de ánimo de la persona, con oportunidades de refuerzo positivo mínimas. Esto generará en la persona conductas sintomáticas que a su vez mantendrán el problema y la persona se verá envuelta en una espiral de la que no sabrá cómo salir. La AC también pone énfasis en estas últimas conductas señalando que es un patrón habitual que pacientes depresivos manifiesten conductas de evitación, como, por ejemplo, la inactividad, el encierro, determinadas inercias, la apatía, etc. Por último, señalan que estos últimos cumplen una función en la vida de la persona que

también se debe tener en cuenta, lo que se ha denominado beneficios secundarios de la enfermedad, entre otros (Jacobson y cols., 2001).

El modelo de desarrollo de depresión, así como de la manera en que actúa la AC, se presenta a en la figura 10.2.

La depresión se caracteriza por un nivel de reforzadores elevado de conductas depresivas y mínimo de conductas sanas, así como un estado de ánimo bajo, poca activación y evitación, lo cual mantendrá el patrón depresivo. El tratamiento de AC cambia los parámetros anteriores, activando conductas sanas, mejorando el estado de ánimo y los síntomas subyacentes. De esto se desprende que la AC empieza por tratar la conducta esperando en último término una mejora del estado de ánimo. La respuesta depresiva es *quizá la mejor o única manera que la persona tiene de enfrentarse a las circunstancias que vive* (Jacobson, 2001; Martell, 2001; Barraca, 2009).

Considerando el entorno y las circunstancias que pueden envolver a la persona depresiva, por ejemplo, múltiples pérdidas, se considera que lo importante para el tratamiento no es el hecho en sí, sino lo que éste provoca funcionalmente en la persona, como es una disminución de refuerzos positivos y un aumento de los negativos (por ejemplo, la tendencia al autocastigo o la disminución de la confianza personal). Por tanto, la AC se basa en el uso de reforzadores y castigos para fomentar la conducta adaptativa del individuo.

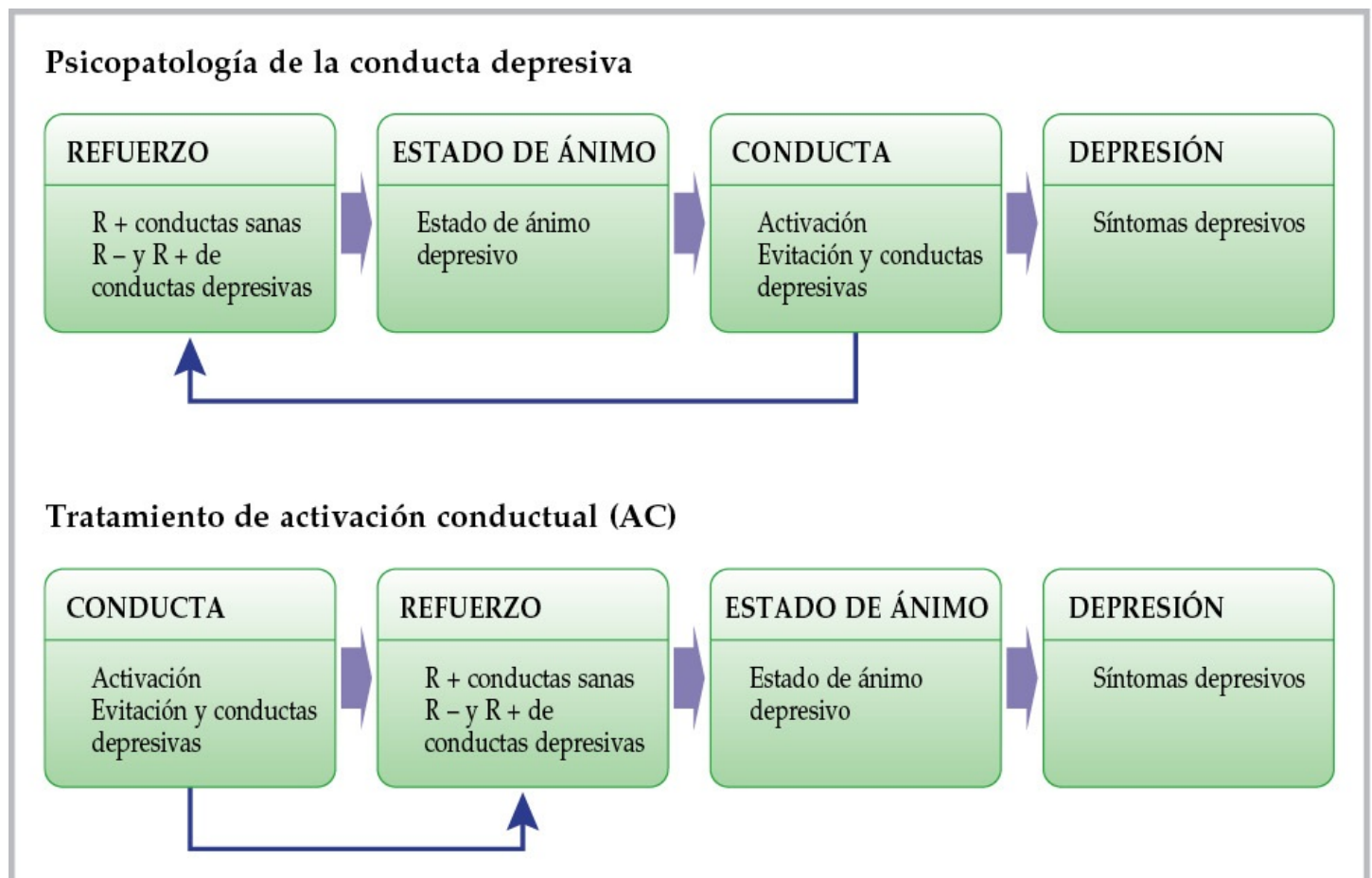


Figura 10.2. Descripción del modelo de psicopatología depresiva y aplicación del tratamiento de AC (Manos y cols.,

La AC propone un análisis de la situación anterior aplicada al paciente y una planificación de actividades reforzantes, de manera que éstas puedan modificar estado de ánimo y pensamientos —lo cual también debe medirse y contemplarse—. *En esas condiciones, y*

una vez decidido sobre qué y cómo actuar, la ejecución de la conducta se hace con independencia del estado de ánimo del paciente. Éste se compromete a actuar, a hacer, aunque no tenga ganas de hacerlo. Se parte de que no puede prevalecer lo que apetece o no en un determinado momento, frente a la determinación de hacerlo (Vallejo, 2011). Esto supone que se deberá dar la indicación al paciente de que para el cambio es esencial superar el estado de ánimo y realizar la acción programada.

A partir de las consideraciones anteriores, la AC establece acrónimos como forma de comprender el modelo psicopatológico y las actuaciones que se llevarán a cabo a lo largo del tratamiento (véase figura 10.3).

TRAP hace referencia a la trampa en la que cae la persona depresiva, la cual explica que se da una serie de precipitantes (como, por ejemplo, una separación) que dan lugar a determinadas respuestas (por ejemplo, una gran tristeza) y patrones de evitación (por ejemplo, no tener ganas de salir). Éste es el acrónimo que explica el modelo psicopatológico de la depresión.

TRACK, que significa camino; son los primeros pasos que se deben establecer, las estrategias alternativas frente a un determinado patrón de conductas y de respuestas. La K simplemente completa la palabra.

ACTION, que se desarrollará una vez iniciada esta nueva comprensión; es la necesidad de actuar de forma diferente y de cambiar, por tanto, en cierta manera de responsabilizarse de su propia situación y del esfuerzo a realizar para modificar lo que hasta ahora no ha funcionado. Ésta será la base del tratamiento (Pérez-Álvarez, 2014):

- ⇒ *A (asses): preguntándose a uno mismo si lo que hace no estará en realidad manteniendo el problema.*
- ⇒ *C (choose): decidiendo si seguir evitando o actuar de una forma resolutive.*
- ⇒ *T (try): probado las acciones decididas.*
- ⇒ *I (integrate): integrando las nuevas actividades en las rutinas diarias.*
- ⇒ *O (observe): preguntándose a sí mismo si se siente mejor o peor después de hacer esta actividad y si está en dirección a su meta a largo plazo.*
- ⇒ *N (never give up): seguir intentándolo.*

Acrónimos de trabajo terapéutico de AC

<i>TRAP</i> (TRAMPA)	<i>TRACK</i> (CAMINO)	<i>ACTION</i> (ACCIÓN)
T (<i>Trigger</i>) = Precipitante	T-R (<i>ídem</i> anterior)	A (<i>Asses</i>) = Evaluar
R (<i>Response</i>) = Respuestas	C (<i>Alternative coping</i>) = Estrategias alternativas K	C (<i>Choose</i>) = Elegir
AP (<i>Avoidance Pattern</i>) = Evitación		T (<i>Try</i>) = Inténtalo
		I (<i>Intregate</i>) = Nuevas rutinas
		O (<i>Observe</i>) = Observar resultados
		N (<i>Never give up</i>) = No desespere, sigue intentándolo

Figura 10.3. Acrónimos de trabajo de la AC (adaptado de Pérez-Álvarez, 2014).

El rol del terapeuta en la aplicación de la AC debe ser de evaluación del contexto del paciente, así como de propiciar la generación de estrategias alternativas; *debe proporcionar un entorno que apoye las conductas de cambio, cuidando el ritmo del proceso de manera que lo que se plantee no resulte abrumador para el consultante, con el fin de garantizar en buen desarrollo del tratamiento* (Lejuez, Hopko, James, Hopko y MacNeil, 2000, citado por Navas, et. al., 2011).

Como resumen de los planteamientos claves de la AC, se plantean los siguientes puntos (Pérez-Álvarez, 2006; Barraca, 2009):

- La AC se centrará en las situaciones específicas del paciente que influyen en el mantenimiento de la conducta depresiva.
- Se parte del análisis funcional de la conducta depresiva y de las estrategias alternativas que se propongan.
- El estado de ánimo es una parte de la ecuación del modo depresivo que debe aceptarse como parte integrante. No obstante, la acción debe llevarse a cabo independientemente de éste o de los pensamientos negativos que puedan surgir, pues irán mejorando si se insiste (como se indicaba anteriormente, *never give up*, o no dejes nunca de intentarlo).
- El objetivo es modificar el ambiente, no la cognición ni el estado de ánimo, entendiendo que éstos integran el cuadro pero mejoran tras la intervención conductual.
- El aspecto clave a trabajar son las conductas evitativas, así como los reforzadores y castigos implicados en la situación, para, así, realizar un cambio de las contingencias.
- El modelo teórico, así como de trabajo terapéutico sencillo, debe favorecer la comprensión del problema y la solución al cliente.
- Se debe poner énfasis en la responsabilidad y la motivación del cliente dirigida hacia el cambio.
- La AC establece un tratamiento sistematizado a partir de determinadas técnicas de

activación conductual empíricamente contrastadas.

- i) Existen determinados instrumentos de evaluación creados para determinar el contexto y la eficacia de las pautas de intervención realizadas.
- j) Se pretende que ésta se base en evidencia empírica y, por tanto, definirla como una terapia de probada eficacia.

Por tanto, la AC supone un modelo teórico, así como de intervención, sencillo, estructurado y validado empíricamente, que cambia las bases para tratar la *depresión recuperando las raíces contextuales* —tal como cita J. Barraca (2009)—.

Descripción técnica

La AC se desarrollará a partir de cuatro elementos esenciales, como son (Pérez-Álvarez, 2007): a) las conductas de evitación; b) la relación terapéutica (de un espacio de expresión de reforzadores negativos —por ejemplo, quejas— a aspectos más pragmáticos o de acción); c) el cambio en las rutinas, y d) nuevas estrategias de afrontamiento activo.

La AC se desarrollará a partir de una serie de fases que se describen a continuación (de Jacobson y cols., 2001):

- a) **El establecimiento de la relación terapéutica y presentación del modelo de la AC:** momento en el que se recogen los elementos que forman parte del contexto y la situación actual del cliente, explicando de qué manera se va abordar la misma. Es necesario que entienda el modelo, pues supone un cambio en cómo se percibe al terapeuta (de «me va a resolver mis problemas» a «debo cambiar mi situación y mi terapeuta me ayudará a ello») y del trabajo terapéutico (no centrado en, simplemente, dejar ir las emociones, quejas, pensamientos, etc., y pasando a la acción). A modo de resumen, sería desarrollar los siguientes puntos:
 - Presentar el modelo de psicopatología de la conducta depresiva.
 - Destacar la importancia de aumentar el nivel de activación mediante nuevas conductas, independientemente del estado de ánimo y los pensamientos que se experimenten.
 - Trasladar la idea de que la AC se ha mostrado eficaz y que *yes we can* o sí se puede salir de este círculo vicioso.
 - Resaltar el papel de terapeuta como acompañante y consultor.
- b) **Desarrollo de los objetivos del tratamiento:** los objetivos se irán creando a partir de un trabajo colaborador y conjunto entre el terapeuta y el cliente. Asimismo, debe realizarse un trabajo evaluativo de las cosas que no han funcionado (y han creado y mantenido el problema) y de las que sí funcionan (porque lo hicieron en el pasado o

creando nuevas que deberá verse si entran en esta categoría o la anterior).

- c) **Realización del análisis funcional:** no sólo el terapeuta realizará este ejercicio, sino que será una de las estrategias que trasladará al cliente como nuevo modo de ver los problemas y las circunstancias que los rodean.
- d) **Revisión del tratamiento y prevención de recaídas:** la revisión será continua en tanto que deberá llevarse a cabo tras la implementación de actividades específicas. También crearse estrategias para prevenir volver a caer en el círculo vicioso frente a circunstancias difíciles que la vida nos va a seguir poniendo enfrente (y a prueba).

Se han desarrollado dos protocolos diferentes de implementación de la AC, como son el de activación conductual (AC) (Jacobson y cols., 2001) y la Terapia de Activación conductual para la depresión (TACD) (Lejuez, Hopko y cols., 2003, 2004).

EJERCICIOS

Las técnicas que se expondrán a continuación parten del protocolo para aplicar la AC adaptado de diversos autores:

- ⇒ *Presentación del modelo terapéutico de la AC.* M. Pérez-Álvarez (2014) describe la *rationale* y principios de la terapia de AC mediante un decálogo a presentar y trabajar directamente con el cliente.

Diez puntos para presentar la AC

1. La AC tiene su base en la idea de que las cosas que ocurren en la vida de uno y nuestra manera de responder a ellas influyen en cómo nos sentimos.
2. La AC entiende que una causa por la que la gente se deprime es que su vida está proporcionando demasiadas pocas recompensas y muchos problemas.
3. A veces es posible identificar fácilmente las fuentes de estrés y de los problemas, otras veces no están claramente identificadas, pero, aun así, puede que no haya una adecuada recompensa del ambiente.
4. Cuando la vida proporciona pocas recompensas o es estresante, la gente suele retraerse del mundo alrededor y dejar de hacer las rutinas que hacía.
5. Dejar de hacer lo que hacías cuando te sientes bajo es natural y comprensible.
6. En esta terapia trabajaremos juntos para ayudarte a ser más activo e implicado en las cosas que te podrían interesar de la vida.
7. La AC no se empieza en hacer por hacer. Si sentirse bien fuera fácil, ya lo habrías conseguido. Mi ayuda consiste en averiguar qué actividades serían mejores y qué pasos podrías empezar a dar. Puedes verme como un *coach* o consultante para un proceso de cambio.
8. Cada sesión se ocupará en desarrollar pasos prácticos y factibles tendentes a llevar a cabo actividades que mejoren el estado de ánimo y resuelvan problemas concretos de la vida.
9. En las sesiones convendremos tareas para casa; estas tareas entre sesiones son una parte importante de la terapia. Se centrarán en reconectar y reconstruir partes de tu vida que aumenten sentimientos de bienestar o de logro y te encaminen a los asuntos de la vida que te importen.
10. Activarte e implicarte en cosas específicas puede ayudarte a experimentar más recompensas y a resolver problemas eficazmente; es probable que te estés moviendo hacia horizontes valiosos de la vida y te sientas mejor.

Figura 10.4. Rationale y principios de la terapia de AC (Dimidjian, Martell, Addis y Herman-Dunn, 2008; citado por Pérez-Álvarez, 2014).

⇒ *Explicar el modelo patológico de la depresión según la AC:* otro aspecto que requiere explicación es el modelo de psicopatología, pues socialmente se da una explicación sesgada de la misma, como una manifestación de debilidad, por ejemplo. En este sentido podemos utilizar un diagrama de AC (adaptado de Pérez-Álvarez, 2014).

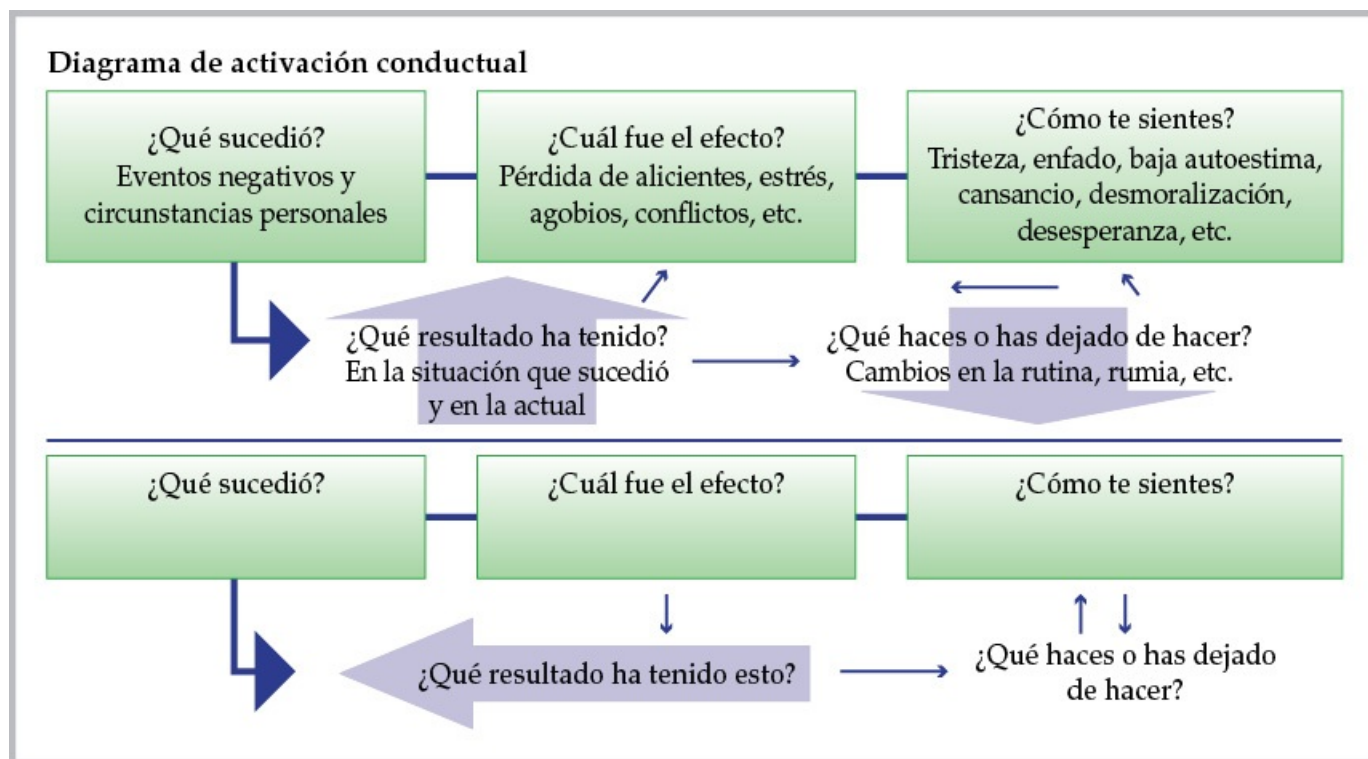


Figura 10.5. Diagrama de activación conductual (adaptado de Pérez-Álvarez, 2014).

⇒ *Registro de actividades cotidianas:* el registro de actividades diarias debe realizarse para establecer una línea base sobre la que planificar el tratamiento. En un formato tan sencillo como el de un calendario semanal.

TABLA 10.3
Registro de actividades diarias

	LUNES	MARTES	MIÉRC.	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
MAÑANA							
TARDE							
NOCHE							

A éste registro se puede añadir emoción y pensamientos que se desencadenan tras las actividades realizadas, así como respuestas conductuales.

Igualmente se puede monitorizar la conducta a partir de los acrónimos de trabajo de la AC realizando un trabajo conjunto entre cliente y terapeuta en el que se intentan situar aquellas conductas trampa, las primeras estrategias de afrontamiento nuevas y las propuestas que se desprenden de lo anterior.

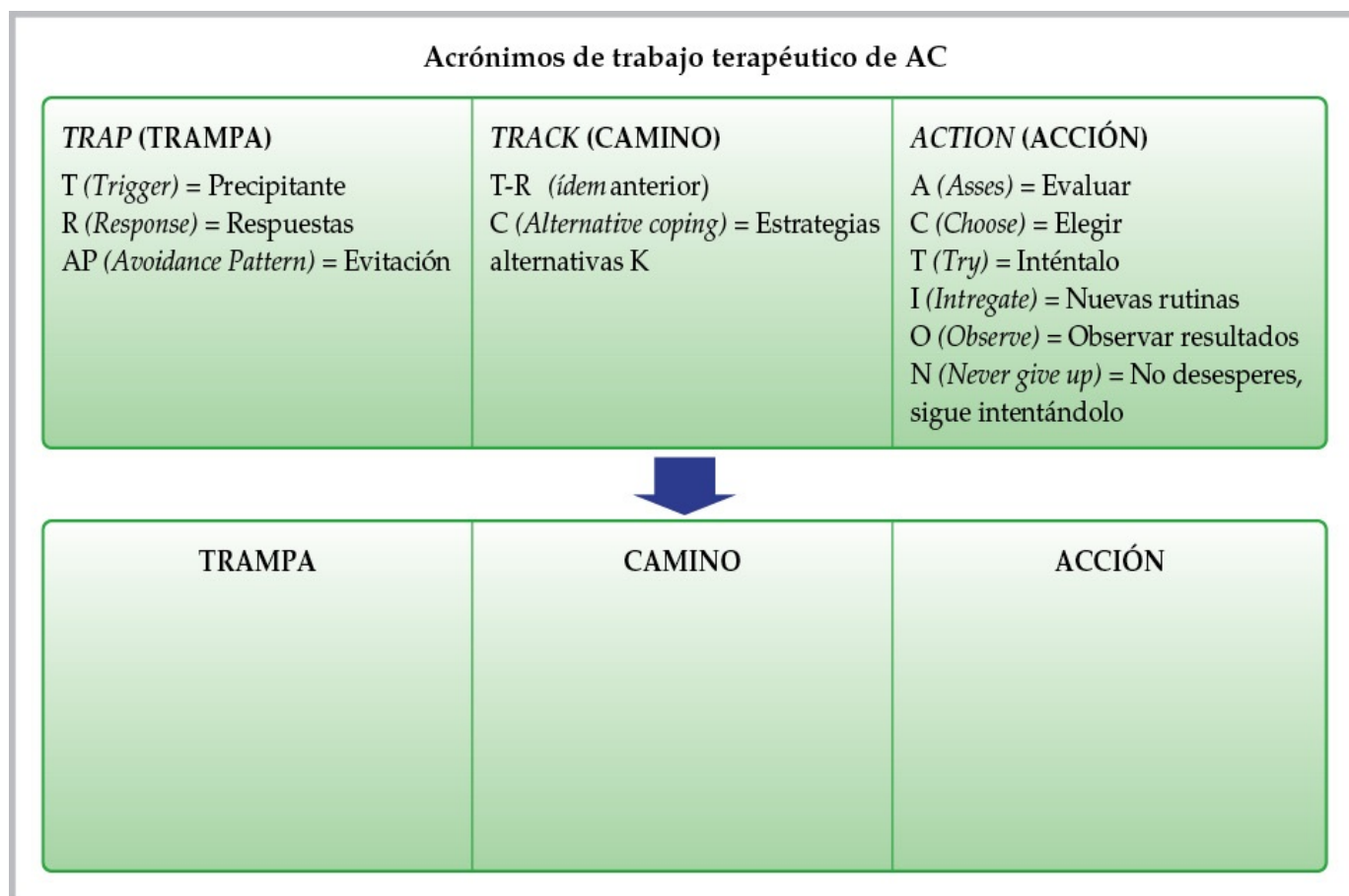


Figura 10.6. Esquema de monitorización de la conducta actual mediante el TRAP.

⇒ **Estrategias alternativas:** para crear estrategias alternativas se puede partir del siguiente esquema:

- Día, situación, conducta realizada y conducta alternativa (en pensamiento).
- Actuar según la conducta alternativa (acción).
- ¿Qué sucede después de realizar la conducta alternativa? (pensamientos, emociones y conductas). Evaluar conducta alternativa.

Estas estrategias deben planearse con antelación; por tanto, se puede llevar a cabo inicialmente una evaluación conductual y proponer que el cliente piense alternativas de conducta para, posteriormente, llevarlas a cabo y evaluar

resultados.

⇒ *Conductas de evitación*: las cuales surgirán a lo largo de las sesiones de igual manera que se manifestaron en el pasado, por ejemplo, evitando realizar las tareas para casa. Se deben considerar como parte del problema y, por tanto:

- Realizar análisis de las conductas de evitación.
- Conceptualizar a lo largo de la sesión la conducta (¿Por qué crees que no has realizado la conducta?).
- Reconocer la emoción y/o circunstancia que genera patrones de evitación para poder tenerlos en cuenta en el futuro.
- Buscar conductas alternativas a la evitación.
- Realizar análisis de las conductas de evitación.
- Conceptualizar a lo largo de la sesión la conducta (¿Por qué crees que no has realizado la conducta?).
- Reconocer la emoción y/o circunstancia que genera patrones de evitación para poder tenerlos en cuenta en el futuro.
- Buscar conductas alternativas a la evitación.

⇒ *Preocupación y rumiaciones*: aspecto que también surgirá a lo largo de las sesiones y que debemos tener en cuenta, explicándole al paciente que son pensamientos improductivos, no resolutivos y que funcionan a partir del estado de ánimo y la emoción. Se trata de enseñar al cliente a detectar este tipo de pensamientos y generar, de igual manera que en el punto anterior, conductas alternativas. M. Addis y C. Martell (2004) proponen la regla de los dos minutos para el reconocimiento de la rumia, que trata de preguntarse a lo largo de este tiempo si el pensamiento nos lleva a la solución (o a algún avance en relación a ésta), si mejora nuestra comprensión del mismo o si éste nos lleva a sentirnos menos autocríticos o deprimidos. Si la respuesta a las tres preguntas es no, se trata de rumiación y, por tanto, se debe cambiar de tercio hacia un pensamiento más productivo y resolutivo. Para llegar a ese pensamiento resolutivo nos involucramos en una acción que interrumpa la rumia (que requiera atención sostenida y motivación) y volvemos al problema con la idea base de que *todos los problemas tienen solución*, tal como se dice, *menos la muerte*.

Ámbitos de aplicación

El ámbito esencial sobre el que aplicar la AC es con clientes que padezcan trastorno depresivo, pues se creó para ello, pero se ha mostrado eficaz en otros ámbitos, como los trastornos ansiosos (Hopko y cols., 2006), los trastornos de personalidad límite (Hopko et al.,

2003, citado por Pérez, 2007, p. 106), los trastornos mixtos ansioso depresivos (Hopko, Lejuez y Hopko, 2004; Hopko et. al., 2006) y los trastornos de abusos de sustancias con síntomas depresivos (Daughters et al., 2008), entre otros.

Para ampliar la información

- Addis, M. E. y Jacobson, N. S. (1996). Reasons for depression and the process and outcome of cognitive-behavioral therapy psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1417-1424.
- Barraca, J. (2009). La activación conductual y la terapia de activación conductual para la depresión. Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *EdyPsyché*, 8(1), 23-50.
- Barraca, J. (2012). Aplicación de la activación conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *Clínica y salud. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, 21(2), 183-197.
- Barraca, J., Pérez, M. y Lozano, J. H. (2011). Avoidance and Activation as Keys to Depression: Adaptation of the Behavioral Activation for Depression Scale in a Spanish Sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(2), 998-1009.
- Bottonari, K. A., Roberts, J. E., Thomas, S. N. y Read, J. P. (2008). Stop Thinking and Start Doing: Switching From Cognitive Therapy to Behavioral Activation in a Case of Chronic Treatment-Resistant Depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 376-386.
- Cuijpers, P., van Straten, A. y Warmerdam, L. (2007) Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 318-326.
- Cullen, J. M., Stapes, C. R., Pagoto, S. y Doran, N. (2006). Behavioral activation treatment for major depressive disorder: a pilot investigation. *The Behavior Analyst Today*, 7, 151-166.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B. y Markley, D. K. (2006). La terapia de activación conductual es tan eficaz como la medicación antidepresiva, y superior a la terapia cognitiva en la depresión mayor. *Evidencias actuales del paciente. Ambulatorio*, 9 (6); 168. Comentado de: Dimidjian, S. et al. (2006). *J Consult Clin Psychol*, 74(4), 658-670.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L. y Jacobson, N. S. (2006). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670.
- Dimidjian, S., Barrera, M. Jr., Martell, C., Muñoz, R. F. y Lewinsohn, P. M. (2011). The Origins and Current Status of Behavioral Activation Treatments for Depression. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1-38.
- Fernández, C., Villoria, E., Amigo, I., Padierna, C., Gracia, J. M., Fernández, R. y Peláez, I. (2011). Terapia de activación conductual en pacientes con cáncer. *Anales de psicología*, 27(2), 278-291.
- Gonzales, C. E. (2011). Lineamientos teóricos breves para una implementación eficaz de la

- terapia de activación para la depresión. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 5(2), 149-151.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W. y Hopko, S. D. (2004). Behavioral activation as an intervention for coexistent depressive and anxiety symptoms. *Clinical Case Studies*, 3, 37-48.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., LePage, J. P., Hopko, S. D. y McNeil, D. W. (2003). A brief behavioural activation treatment for depression. A randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification*, 27, 458-469.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J. y Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review*, 23, 699-717.
- Hopko, D. R., Robertson, S. M. y Lejuez, C. W. (2006). Behavioral activation for anxiety disorders. *The Behavior Analyst Today*, 7, 212-233.
- Jacobson, N. S. (1997). Can contextualism help?. *Behavior Therapy*, 28, 435-443.
- Jacobson, N. S. y Gortner, E. T. (2000). Can depression be de-medicalized in the 21st century: scientific revolutions, counter-revolutions and the magnetic field of normal science. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 103-117.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R. y Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R. y Dimidjian, S. (2001). Behavioral Activation Treatment for Depression: Returning to Contextual Roots. *Clinical Psychology: Science And Practice* 8(3), 255-270.
- Kanter, J. W., Mulick, P. S., Bush, A. M., Berlin, K. S. y Martell, C. R. (2007). The Behavioral Activation for Depression Scale (BADs): psychometric properties and factor structure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* (en prensa), pp. 1-12. <http://ebbp.org/resources/BADS.pdf>
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M. y Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 30, 608-620.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., LePage, J. P., Hopko, S. D. y McNeil, D. W. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 164-175.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R. y Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depresión. Tretament manual. *Behavior Modification*, 25, 255-286.
- Márquez-González, M. (2010). Nuevas herramientas para la intervención psicológica con personas mayores: la tercera generación de terapias conductuales. *Revista española de geriatría y gerontología*, 45(5), 247-249.
- McCauley, E., Schloredt, K., Gudmundsen, G. y Martell, C. (2011). Expanding Behavioral Activation to Depressed Adolescents: Lessons Learned in Treatment Development. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 371-383.
- Pérez Álvarez, M. (2008). Desenredamiento auto-rreflexivo y activación conductual: claves

para la terapia. *Prolepsis*, 0, 17-43.

Pérez-Álvarez, M. (2006). La activación conductual (AC): un nuevo acercamiento al tratamiento de la depression. *Infocop*, 29/11/2006, http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1157 (consultado el 17/01/2016).

Pérez Álvarez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del psicólogo*, 28(2), 97-110.

Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5, 159-172.

Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.

Porter, J. F., Stapes, C. R. y Smitham, S. (2004). Behavioral activation group therapy in public health settings: a pilot investigation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 297-301.

Romero, R., Poves, S. y Vucinovich, N. (2011). Terapia de activación conductual para la depresión: aplicación a un paciente con esquizofrenia paranoide. *Análisis y modificación de conducta* 37, (155-156): 65-75.

Vallejo, M. A. (2011). Terapia de conducta de tercera generación. *Clínica contemporánea. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, 1, (1), 49-54.

Para ampliar la formación

Asociación Española de Psicología Clínica Cognitivo Conductual (AEPCCC)

Web: <http://www.aepccc.es/>

Teléfono: 661688817

Email: aepccc@aepccc.es

TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL

Definición

La terapia dialéctico conductual (TDC) (Linehan, 1993) es un tratamiento cognitivo-conductual integrador de abordaje de los trastornos límite de la personalidad. Se estructura relacionando los síntomas propios de este trastorno y las habilidades que debe adquirir la persona. Los síntomas sobre los que se trabaja principalmente serán: la impulsividad, la inestabilidad emocional y las conductas suicidas y parasuicidas.

Objetivos

El objetivo principal de la TDC es regular la inestabilidad emocional que se manifiesta en el TLP, así como la relación que mantienen entre emoción y respuestas cognitivas y conductuales (por ejemplo, matizando las relaciones interpersonales en función de las emociones experimentadas en un determinado momento). Los objetivos específicos de esta técnica serían la reducción de conductas suicidas y parasuicidas, así como de otros patrones autodestructivos —tanto activos, como pasivos—, mejorar las relaciones interpersonales y aumentar el autoconocimiento, la autoconfianza y las habilidades personales.

Las premisas

La TDC se centra en promover cambios de conducta, entendiendo ésta como el resultado final del proceso emocional. La dialéctica se aplicará entre aceptar cierta realidad y la necesidad del cambio. Se habla de persuasión dialéctica en el sentido de que se intenta cambiar el contenido sin desafiarlo, no creando inconsistencias poco a poco y de ahí produciendo un cambio profundo.

La TDC se crea con el objetivo de tratar a las personas que padecen TLP con conductas multiproblemáticas. Marsha Linehan (1993) observó que las personas con TLP con crisis recurrentes e historial autolítico habían tenido una infancia difícil en un ambiente invalidante. En este sentido, la TDC se centra en crear un clima diferente al que vivieron, de aceptación y confianza, para generar unas nuevas pautas emocionales —aceptando que las emociones no son el todo— y comportamentales —más adaptativas a las utilizadas hasta el momento—.

Una primera consideración de la TDC es la de crear una relación asistencial cálida en la que la persona pueda sentirse comprendida y no forzada hacia determinados cambios que aún no está preparado/a para llevar a cabo. El terapeuta será una de las piezas clave del tratamiento a partir de su habilidad para situarse de otra manera frente a personas con esta problemática.

El segundo componente será la aplicación de diferentes estrategias a la hora de intervenir: las de validar (la información que aporta el cliente), las de aceptar (creando una atmósfera de normalización) y las de cambio (adquiriendo habilidades que ayuden en su mejora). Es un proceso progresivo y adaptado al ritmo del cliente. El proceso se inicia en la validación y la aceptación para evolucionar hacia el cambio, lo que se denomina *sendero medio*.

Perspectiva dialéctica de las situaciones

M. Linehan (1993) habla de una perspectiva dialéctica presente en la realidad, el mundo y la conducta de las personas. Adoptar esta perspectiva supone considerar los siguientes puntos:

- a) Existe una relación bidireccional entre nuestro comportamiento y el ambiente en el que lo desarrollamos. De esta afirmación se desprende que el ambiente condiciona nuestro comportamiento, como se indicaba al principio; en casos de ambiente invalidante se desarrollarán conductas poco adaptativas. Asimismo, nuestro comportamiento debe adaptarse a un determinado contexto. Por ello, si adquirimos nuevas habilidades, no lo podemos hacer obviando el entorno, pues sería probablemente un fracaso terapéutico. Por tanto, se debe implicar al ambiente en la intervención terapéutica.
- b) La realidad está constituida por fuerzas opuestas, por ejemplo, la necesidad de mantenerse tal cual uno/a es y la de cambiar. Las personas se mueven continuamente en esta disparidad y es tarea terapéutica poder ayudar a la persona a crear una distancia y un movimiento óptimos entre estos polos, lo que se denominará *síntesis viable*.
- c) Las personas y el ambiente funcionan de forma dinámica y no estática, de ahí que se desarrollen procesos de cambio. La terapia debe centrarse en conseguir el mejor resultado para ambos elementos.

La perspectiva dialéctica en la intervención supone que se incluya de forma indispensable a la familia en el tratamiento, enseñar a aceptar ciertas circunstancias e ir moviéndose hacia los cambios tolerables por los diferentes implicados.

Modelo biopsicosocial de la TDC

Las emociones son el eje principal del resto de problemas que se desencadenan. La desregulación emocional se considera como el resultado de las transacciones entre el individuo y el ambiente. Imaginemos un entorno en el que no nos ofrezcan reforzadores y propuestas estimulantes, sino silencio y distancia. Esto nos generará la sensación de soledad, de abandono, las cuales son los mayores miedos que tiene el ser humano. Si esta situación se mantiene, nuestro estado de ánimo irá de la desesperanza a la rabia de forma cíclica. También se considera el factor de vulnerabilidad emocional de origen biológico como factor precipitante de los episodios actuales. Esta vulnerabilidad se muestra en tres tipos de

procesos:

- ⇒ Alta sensibilidad perceptiva de estímulos negativos.
- ⇒ Respuestas de elevada intensidad emocional.
- ⇒ Dificultades para volver a la emoción neutral o relajada.

Las conductas problemáticas son intentos de aliviar los momentos de desregulación emocional. La persona actúa de la mejor manera que sabe frente al dolor y el ambiente no ayuda a dar las pautas adecuadas de actuación.

Principios de la TDC

La TDC, considerando las premisas anteriores, plantea una serie de principios sobre los que sustentar la intervención, como son:

- ⇒ Las personas actúan de la mejor manera que pueden y el ambiente les permite.
- ⇒ Ninguna persona quiere sentir dolor y malestar, sino que desea mejorar.
- ⇒ Las personas mantienen una motivación hacia el cambio.
- ⇒ Seguramente ya han intentado cambiar antes sin conseguirlo, lo cual puede hacer disminuir la motivación que se señalaba en el punto anterior. Es tarea terapéutica mantener la motivación hacia el cambio explicitando que serán necesarios diversos intentos para conseguirlo.
- ⇒ La causa de los problemas que experimentan pueden ser muy variadas, pero la responsabilidad hacia el cambio es sólo suya, y el trabajo terapéutico lo deben hacer ellos/as.
- ⇒ Que un intento fracase no es un fracaso personal, sino de la técnica utilizada.
- ⇒ El TLP desencadena una forma de vida difícil, compleja e incluso insoportable.
- ⇒ Las personas deberán aprender nuevas formas de vivir la vida en el/los contexto/s en el/los que se encuentran.

El proceso de validación y de cambio: la propuesta de actitud terapéutica

Siguiendo los principios anteriores, la actitud del profesional deberá situarse entre la validación y el cambio. Validar las conductas significará lo siguiente:

- ⇒ Escuchar la descripción que de éstas realiza la persona (sin juzgar, simplemente escuchando).
- ⇒ Observar lo que no se dice.
- ⇒ Respetar tanto lo que se dice como lo que no se dice.

Validar significa entender —y mostrar esta comprensión— que la persona actúa según una lógica específica. No obstante, si simplemente validamos, la persona se cansará o se verá estancada. El terapeuta también debe encaminar hacia el cambio. Por tanto, el terapeuta se moverá en una balanza en la que situara actuaciones de validación y otras de cambio. Por ejemplo, habrá sesiones en la que simplemente escuche abreacciones emocionales y otras en las que será necesario señalar la necesidad de adoptar una estrategia para regularlas.

Habilidades de trabajo terapéutico

¿Qué es lo que se pretende cambiar? Se definen cuatro elementos sintomáticos sobre los que intervenir: la confusión acerca del yo, la impulsividad, el caos interpersonal y la inestabilidad emocional.

¿Cómo se pretende cambiar estos síntomas? Mediante el entrenamiento en unas determinadas habilidades. Estas habilidades, por un motivo u otro, no están en el repertorio del cliente o si están, se manifiestan de forma poco adaptativa. Se trata de nuevos aprendizajes o reaprendizajes a realizar.

Las habilidades que se trabajarán en la TDC serán:

1. *Las habilidades básicas de conciencia.* Se trata de aquellas habilidades relacionadas con el autoconocimiento, la identidad, la autovaloración y, finalmente, la autoestima. Llegar a conocerse con conciencia y a manifestarse de forma auténtica y genuina, valorando de forma positiva aquello que tenemos por mostrar.
2. *Las habilidades de efectividad interpersonal.* Incluirá aquellas habilidades que se ponen en marcha en las relaciones con los demás, como serán las formas que tenemos de comunicarnos, de iniciar y/o esperar el contacto, las actividades que llevamos a cabo conjuntamente, lo que esperamos de los otros, etc. Se pretende que las relaciones sean saludables, sin altibajos en nuestra percepción de las mismas.
3. *Las habilidades de regulación emocional.* Serían las habilidades que nos ayudan a conocer nuestras emociones y expresarlas de forma adecuada.
4. *Las habilidades de tolerancia al malestar.* Empezando por la impulsividad —la cual se traduce en ciertas situaciones conflictivas por la falta de reflexión—, y siguiendo hacia todas aquellos elementos que nos producen malestar. La vida es difícil de vivir y debemos aprender a entender el sufrimiento de otra manera.

Estas habilidades se enseñarán mediante terapia grupal, considerando los efectos positivos del grupo descritos y la presión que éste ejerce sobre la necesidad de cambio.

Descripción técnica

La TCD es una terapia muy estructurada que trata de establecer metas y de orientar al

paciente hacia la terapia (García Palacios, 2004). La TCD se lleva a cabo mediante tres fórmulas, la psicoterapia individual, la grupal y las consultas telefónicas.

La psicoterapia individual

Inicialmente, la relación terapéutica debe ser buena en el sentido de que el terapeuta sea capaz de motivar al cliente de la necesidad de seguir una terapia y que sienta la confianza y la seguridad suficiente en este vínculo. El terapeuta romperá con el ambiente invalidante del que viene el cliente, y por ello se mostrará cálido y seguro de poder ayudarle/la. Frente a las conductas problemáticas, mantener una actitud comprensiva y empática.

Los objetivos de la psicoterapia individual serán (Linehan, 1993):

- ⇒ Reducir las conductas problemáticas que puedan suponer un riesgo para la persona (la ideación y conducta suicidas, así como otras conductas autodestructivas).
- ⇒ Reducir aquellas conductas que interfieren en el desarrollo del proceso terapéutico, como, por ejemplo, no acudir a las sesiones, llegar tarde o acudir en ciertas condiciones físicas.
- ⇒ Reducir las conductas que interfieren en la calidad de vida de la persona, como, por ejemplo, los trastornos de conducta alimentaria, los problemas y conflictos laborales o el uso de sustancias.
- ⇒ Incrementar las estrategias de afrontamiento para la regulación emocional, empezando por la tolerancia al malestar hacia el manejo de las mismas.

Teniendo claro los objetivos, el terapeuta debe seguir la siguiente indagación (tabla 10.4).

TABLA10.4 (Descargar o imprimir)
Conductas a explorar para programar la intervención

CONDUCTA PROBLEMA	VARIABLES INTERNAS		VARIABLES EXTERNAS		OTRA INFORMACIÓN A CONSIDERAR
	Antes	Después	Antes	Después	

Una vez se indaga la relación entre las conductas problemáticas y las variables implicadas en el problema, se podrán definir los objetivos del tratamiento. *Alcanzar estos objetivos lleva, al menos, un año de tratamiento intensivo. En estadios posteriores los objetivos irán encaminados a conseguir una experiencia emocional completa, construir una vida propia, resolver los problemas familiares, laborales y sociales que se presenten y, finalmente, cómo lograr el crecimiento espiritual superando el sentimiento de vacío* (Gempeler, 2008).

La psicoterapia individual se desarrollará semanalmente en sesiones de 50 a 90 minutos,

durante los cuales se identificarán las conductas problemáticas y se determinarán los objetivos del tratamiento.

La psicoterapia grupal

El entrenamiento en habilidades se llevará a cabo mediante sesiones grupales semanales de dos horas y media de duración, en grupo pequeño (de 4 a 12 personas) y contando con un coterapeuta, que ayudará en la observación, el registro e incluso la intervención frente al grupo.

Las consultas telefónicas

Las consultas telefónicas tienen como objetivo responder a situaciones de crisis. A lo largo de la terapia se deben señalar cuáles son los momentos en los que la persona puede utilizar este recurso (por ejemplo, la persona puede llamar cuando se sienta sola y abandonada y tolerar que el terapeuta conteste en un breve espacio de tiempo). Es necesario enmarcar este recurso, pues si se ofrece sin límite, puede generar que se quiebren las expectativas de la persona si no se reacciona como ésta espera de nosotros/as.

Las reuniones de supervisión

Las sesiones de supervisión se realizarán con el objetivo de poder obtener puntos de vista alternativos respecto al caso y situar nuestra compleja posición asistencial, así como crear objetivos y estrategias de intervención conjuntamente.

Se presenta a continuación un resumen de lo expuesto anteriormente (Gempeler, 2008) (véase figura 10.7).

La TDC se trata de un tratamiento estructurado de larga duración respondiendo a la complejidad de los casos a los que se atiende.

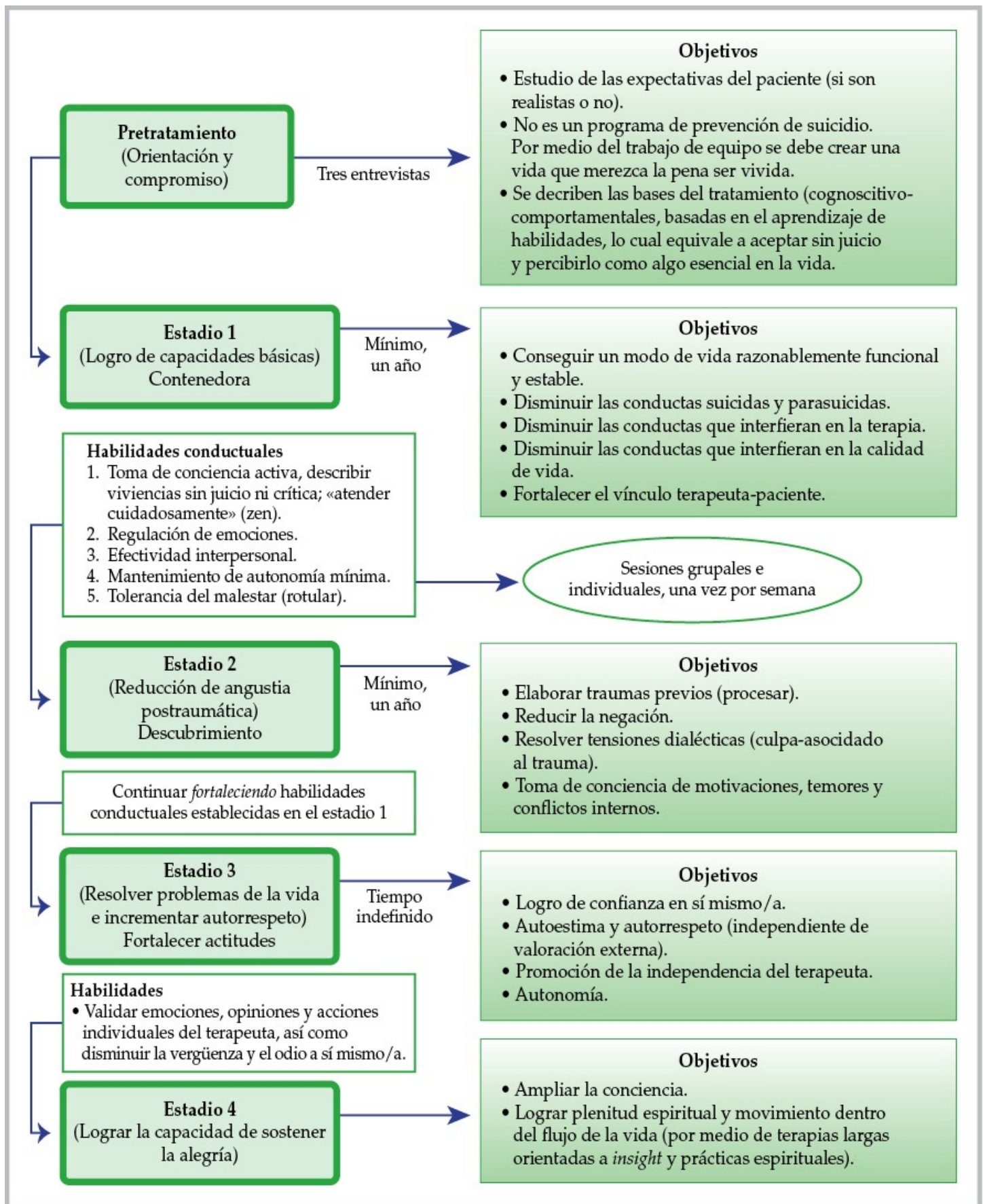


Figura 10.7. Esquema del tratamiento de TDC (Gempeler, 2008, p. 146).

EJERCICIOS

La TDC utiliza cuatro tipos de estrategias, como son: las estrategias dialécticas, las estrategias centrales, las estrategias de estilo y las estrategias de control:

⇒ *Estrategias dialécticas*. Son las asociadas con la relación asistencial e implican a su vez tres tipos de actuaciones: la explicitación de cómo debe estructurarse la interacción de ambos (terapeuta-cliente y cliente-terapeuta), la definición de conducta sana y la posición terapéutica:

- *Explicitan cómo se estructuran las interacciones*, desde cuándo puede llamar el cliente hasta qué hacer si se debe faltar a la sesión. Es necesario definir los parámetros implicados en la relación asistencial, como en otras técnicas recomendaban el contrato terapéutico.
- *Definición de la conducta sana*, el sendero medio; no se debe creer porque lo diga el terapeuta, sino por los efectos que se ha visto que tienen, porque todo el mundo merece ser feliz.
- *Posición terapéutica*, que, como se ha señalado anteriormente, combinará la aceptación y el cambio, la flexibilidad y los límites.

⇒ *Estrategias dialécticas específicas*. Se han definido ocho estrategias básicas (Linehan, 1993):

- *Formular y utilizar la paradoja*: se trata de utilizar el sentido contrario al que se pretende implementar.
- *Representar al abogado del diablo*: mediante el cuestionamiento de ciertos aspectos que presente el cliente.
- *Extremar el significado de las expresiones*: llevar la circunstancia a lo peor (lo peor que pueda pasar, lo peor que podrías hacer, etc.).
- *El empleo de cuentos y metáforas*: en la línea de la terapia narrativa.
- *La activación de la mente sabia*: llamar a esa parte sabia que todos tenemos dentro y preguntar qué consejo nos daría o cómo actuaría. Si la persona no logra conectar con esta visión, se puede utilizar el ejercicio de los héroes (conectando con alguien que pueda darnos un consejo o una guía).
- *Hacer limonada cuando sólo hay limones*: que consiste en cambiar lo negativo a lo positivo.
- *Permitir el cambio y la inconsistencia*: por tanto, también actuar sobre el ambiente y aceptar que las inconsistencias también son cosa de la existencia.
- *Evaluación dialéctica*: tal como se señalaba de las conductas y de los avances que se van dando.

- ⇒ *Estrategias centrales.* La validación de las conductas problema, así como la búsqueda de soluciones y alternativas a las mismas.
- ⇒ *Estrategias de estilo.* Se señalan dos tipos de comunicación, como es el recíproco y la comunicación irreverente (Whittaker, 1975), lógico en el sentido de que la posición terapéutica parte de una balanza entre validación y cambio.
- ⇒ *Estrategias de control.* Las que hacen referencia a la relación del terapeuta con el ambiente de la persona, para contrastar información o preguntar acerca de algo, para intervenir sobre el mismo e informar acerca de avances, por ejemplo.
- ⇒ *Tarjetas diarias.* Es un medio para monitorizar las conductas problema. Se indica al cliente que deberá realizar un registro semanal de las conductas problema, así como los avances conseguidos. Se pueden incluir las variables que se crean pertinentes a los objetivos del tratamiento.

Registro de conductas
problema de esta semana:

Registro de avances de la semana:

Figura 10.8. Tarjeta de registro diario (muestra)

- ⇒ *Entrenamiento grupal.* Éste cumplirá dos funciones, la educativa y la terapéutica. En un primer momento, en cada sesión se debe presentar la habilidad o el elemento a trabajar a todos los participantes (psicoeducativo), para, posteriormente, trasladar técnicas específicas para adquirir las habilidades citadas.

Finalmente, cabe señalar que la TDC intenta ayudar a la persona a que cree una vida que *valga la pena de ser vivida*; señalado por su propia creadora, ¿qué mejor objetivo y propuesta podemos hacer a nuestros clientes?.

TABLA 10.5
Propuestas de intervención grupal (habilidades y fórmulas)

HABILIDAD A TRABAJAR	FORMA DE ADQUIRIRLA
Conciencia	• <i>Mindfulness</i> (recogiendo lo expuesto en el apartado correspondiente a la técnica). Se trata de centrarse en el aquí y el ahora, en desarrollar la presencia en las actividades que realizamos y poder mantener la mente callada.
Eficiencia interpersonal	• Analizar determinadas situaciones y cómo actúa la persona (de pasivo a agresivo). • Crear pautas asertivas. • Evitar el comportamiento manipulador.
Regulación de emociones	• Técnicas de regulación emocional, igualmente expuesto anteriormente.
Tolerancia al malestar	• Filosofía zen, adoptando las cuatro verdades nobles (véase capítulo dedicado a ésta). • Estrategias de actuación frente a las crisis.

Ámbitos de aplicación

La TDC se creó y se ha aplicado específicamente en casos de TLP, mostrando su eficacia para tratar a personas adultas, pero también adolescentes, que padecen este trastorno. Actualmente, se está aplicando a otras poblaciones en las que se dan síntomas de desregulación emocional, por ejemplo, el trastorno bipolar (Goldstein, Axelson, Birmaher y Brent, 2007), trastornos de la conducta alimentaria (Hill, Craighead y Safer, 2011; Safer, Telch y Agras, 2001; Telch, Agras y Linehan, 2001) y trastornos de abuso de sustancias.

Para ampliar la información

- Chen, E. y cols. (2008). Dialectical behavior therapy for clients with binge-eating disorder or bulimio nervosa and borderline personality disorder. *International Journal of Eating Disorders* 41(6), 505-512.
- Davenport, J., Bore, M. y Campbell, J. (2010). Changes in personality in pre- and post-dialectical behaviour therapy borderline personality disorder groups. A question of selfcontrol. *Australian Psychologist*, 45(1), 59-66.
- De la Vega-Rodríguez, I. y Sánchez-Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción psicológica*, 10(1), 45-56.
- Dimeff, L. y Koerner, K. (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice. Applications across disorders and setting*. Nueva York: The Guilford Press.

- Feigenbaum, J. (2007). Dialectical behaviour therapy: an increasing evidence base. *Journal of Mental Health*, 16(1), 51-68.
- Fleischhaker, C. et al. (2011). Dialectical behavior therapy for adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with one-year follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(3), 1-10.
- Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37(1), 136- 148.
- Iverson, K., Shenk, C. y Fruzzetti, A. (2009). Dialectical behavior therapy for women victims of domestic abuse: a pilot study. *Professional Psychology: Research and Practice* , 40(3), 242-248.
- Kliem, S., Kröger, C. y Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 936-951.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorders*. Nueva York: The Guilford Press.
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Nueva York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suárez, A., Allmon, D. y Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Lynch, T. y cols. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 459-480.
- McKay, M., Wood, J. y Brantley, J. (2007). *The dialectical behavioral therapy skills workbook*. Oak-land: New Harbinger Publications.
- Miller A. (1999). Dialectical Behavior Therapy: a new approach for suicidal adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 53(3).
- Miller, A., Ratzus, J. y Linehan, M. (2007). *Dialectical Behavioral Therapy with Suicidal Adolescents*. Nueva York: The Guilford Press.
- Swales, M. (2009). Dialectical behaviour therapy: description, research and future directions. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5(2), 164-177.

Para ampliar la formación

En la siguiente web se señalan todas las asociaciones que atienden TLP, así como múltiples materiales de utilidad para la formación en esta técnica.

Web: <https://www.trastornolimite.com/>

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (TAC)

Definición

La terapia de aceptación y compromiso (TAC) es un tipo de intervención terapéutica orientada a la aceptación psicológica (Hayes, Strosahl y Wilson, 2011; Wilson y Luciano, 2002), así como en el compromiso hacia el cambio de comportamiento, de pensamiento y de valores personales que propicien una mejora generalizada.

Objetivos

El objetivo principal de la TAC es modificar patrones rígidos de funcionamiento que favorecen que la persona se mantenga en un ambiente aversivo. De forma más específica, la TAC pretende promover un cambio en parámetros más profundos, como los valores, que por determinadas circunstancias la persona ha relegado a un interés secundario —y no debería ser de esa manera—. Otro objetivo sería tratar lo que denominan trastorno de evitación experiencial, que se describirá a continuación.

Las premisas

TAC proviene de las siglas en inglés ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*), cuyo significado es actuar, que se define como *una nueva modalidad de psicoterapia respaldada científicamente que forma parte de la tercera generación de terapias conductuales y cognitivas* (Hayes, 2004).

Aceptación, entendiendo ésta como el proceso o capacidad de ser consciente de una determinada situación, lo que denominan eventos privados, a la vez que adaptar lo que va ocurriendo a la realidad de la persona.

Compromiso, el que debe adquirir la persona a lo largo del proceso terapéutico de considerar y actuar en relación a nuestros valores personales y llevar a cabo las acciones necesarias para lograr una mayor flexibilidad psicológica.

Bases teórico- filosóficas de la TAC

La TAC se basa en la teoría de los marcos relacionales (TMR), que considera que el lenguaje se adquiere en función de nuestras interacciones con el ambiente y no proviene de estructuras biológicas o genéticas, ni de determinadas maneras de procesar la información internamente.

S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes y B. Roche (2001) consideran que el lenguaje y el

pensamiento se construyen a partir de marcos relacionales que generarán respuestas generalizadas en tanto que se produzcan modelos determinados de vinculación. Se señala que los seres humanos aprendemos de forma indirecta relacionando estímulos que surgen en nuestras relaciones. Lenguaje y pensamiento se estructurarán a partir de tres propiedades, como son:

- a) *La vinculación mutua.* Es la que definirá la relaciones entre estímulos bidireccionales (si hablamos de lenguaje, A emitirá un mensaje hacia B y B responderá) y de pensamiento, si vinculamos un determinado trabajo a la duda (de igual manera, podemos considerar que la duda produce un problema en nuestro trabajo).
- b) *Las vinculaciones múltiples.* Se desarrollan dos o más relaciones entre estímulos que se combinan entre sí. Por ejemplo, si se generan relaciones entre A y B y entre B y C, finalmente se creará una nueva vinculación entre A y C.
- c) *Transformación de las funciones de los estímulos.* Hace referencia a que los estímulos, su contenido y significado podrán modificarse en función de las relaciones que mantiene el sujeto.

*Finalmente, cabe resumir que la teoría de marco relacional es un abordaje conductual-analítico del lenguaje y la cognición humana. RFT trata a las **respuestas relacionales** como una operante generalizada, y apela así a una historia de entrenamiento de ejemplares múltiples. (...) Los marcos relacionales son arbitrariamente aplicables, pero típicamente no son necesariamente aplicados en el contexto de lenguaje natural (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001).*

Además, se encuadra este modelo terapéutico dentro de la filosofía contextual funcional, que reclama que no se puede entender un objeto o sujeto sin el contexto que le rodea.

La flexibilidad psicológica, en su buen y mal funcionamiento, el trastorno de evitación experiencial

La persona experimenta determinados *eventos privados* que son los diferentes elementos que conforman nuestra psique, los pensamientos, el lenguaje, los sentimientos, las emociones, las sensaciones físicas, las interpretaciones, los sueños, etc.

La *flexibilidad psicológica* es aquella capacidad de las personas de mantenerse en determinadas situaciones y contactar con los eventos privados, aunque éstos produzcan malestar —siempre que esto responda a actuar de forma coherente con nuestros valores—. Cuando un evento produce malestar, la persona, de forma lógica, intentará salir de la situación y/o controlarla, siendo las dos estrategias que añadirán sufrimiento a nuestro malestar. La falta de flexibilidad psicológica llevará a lo que se denomina *trastorno de evitación experiencial*.

Los (6) procesos que contribuyen a la (in)flexibilidad psicológica

La flexibilidad o inflexibilidad psicológica generará una serie de procesos que pueden hacernos la vida más fácil o difícil, respectivamente. Se considera que la flexibilidad psicológica es la representación máxima de la aceptación, lo cual dará lugar a una vida saludable y feliz. Por el contrario, la inflexibilidad psicológica puede dificultarnos la vida en diferentes puntos.

El modelo hexagonal es una representación de los diferentes procesos que pueden desencadenar la flexibilidad o inflexibilidad psicológica, considerando esta primera como positiva y la segunda como negativa (señalando con los signos de puntuación +/-, según correspondan a una u otra) (figura 10-9).

Los procesos que se desarrollan a partir de nuestra flexibilidad psicológica serán:

1. *Contacto con la línea temporal.* El hecho de evitar nuestros eventos íntimos nos hace, de forma inevitable, centrar nuestra atención en pasado o futuro. Vivimos en función de un pasado que no volverá o de un futuro que aún no sabemos cómo se desarrollará. *Una falta de contacto con el presente también hace que sea más probable que comportamientos pasados, habituales e ineficaces, dominen en la regulación de la conducta* (Luoma et al., 2007). Conectar con el presente nos dará los instrumentos necesarios para mejorar nuestra situación.

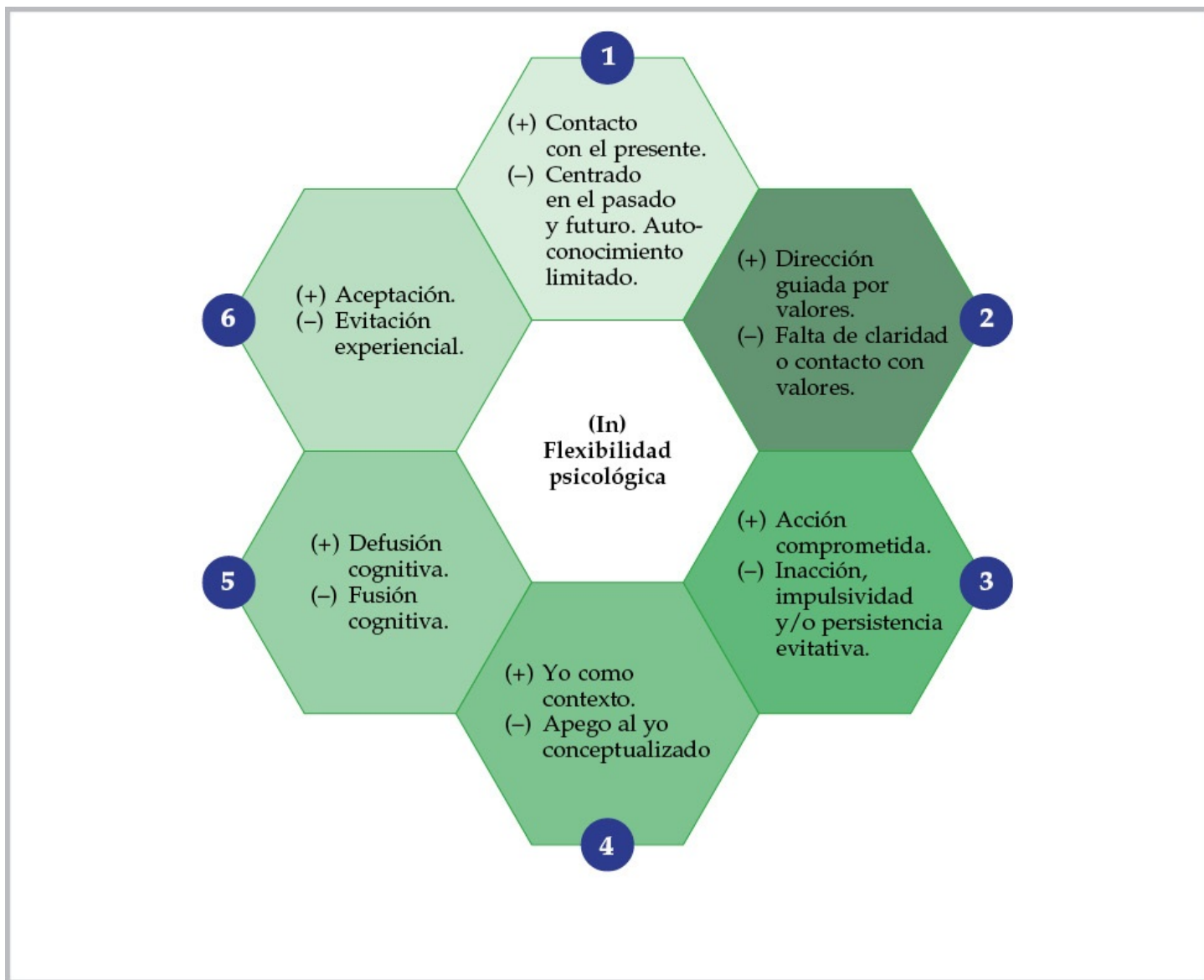


Figura 10.9. Modelo hexagonal de los diferentes procesos descritos por la TAC

2. *Contacto con nuestros valores personales.* Los valores se definen como *direcciones para la acción intencional*, y pueden dar un nuevo significado, propósito y vitalidad a una serie de comportamientos (Forsyth y Eifert, 2008; Hayes, 2004). En este punto se consideran los valores personales, no los religiosos o morales. Éstos son los pilares que determinan formas de vivir, y en consecuencia nuestro bienestar y calidad de vida, y condicionan nuestras acciones y formas de actuar. *Los problemas con valores incluyen la falta de claridad en los valores y el énfasis en las reglas, ya sea para evitar eventos privados desagradables o las situaciones que pueden ocasionar* (Eifert y Forsyth, 2005; Hayes, 2004).
3. *Ejecución del plan de acción.* La falta de acción a la que se refiere este punto es la de evitar sentir lo que sentimos, actuar contra nuestros valores y, por tanto, no ir hacia una solución, sino hacia un estancamiento (inacción), a actuar sin pensar (impulsivamente) o

a seguir evitando (persistencia en la evitación). La idea no es actuar por actuar, sino hacerlo rigiéndose por unos valores específicos y hacia una acción determinada. Se trata de buscar el mejor plan de acción para nuestra vida.

4. *Posición del yo*. Nos definimos a nosotros mismos a partir de nuestra propia narrativa, tal cual se ha expuesto en el capítulo dedicado a las técnicas narrativas. Nuestra definición del yo puede presentarse más o menos contextualizada —definida a partir del ambiente que rodea a este yo—. Además, podemos mantener esta definición apegándonos a este concepto del yo, por más que pase el tiempo, relaciones y experiencias en nuestras vidas. La idea básica es poder desarrollar un yo contextualizado y cambiante; por ello se enseñará a desapegarse del mismo.
5. *Patrones de funcionamiento cognitivo*. Se definen los términos de fusión y defusión cognitiva como formas básicas de funcionamiento cognitivo. La fusión cognitiva es el proceso por el cual nuestra mente fusiona dos conceptos que percibe como afines. El proceso de fusión supone que, en ocasiones, se asume información sin discutirla, simplemente porque sí, además de creer que éstos son válidos y efectivos. Se tratará de intentar desligar pensamientos de determinadas interpretaciones y simplemente verlos como son, sin más.
6. *Aceptación*. Éste sería el objetivo del proceso terapéutico, integrando los eventos privados según las circunstancias que vivimos. Por ejemplo, en un proceso de duelo, es normal sentirse desesperanzado y triste, cuestión que debemos asumir. La contra serán los intentos de evitación, *los esfuerzos rígidos e inflexibles para escapar de o evitar eventos privados desagradables (los pensamientos, sentimientos, eventos fisiológicos y recuerdos) y las situaciones que pudieran ocasionarlos* (Hayes et al, 1999; Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996).

Respecto a este último punto, la evitación de eventos privados dará lugar a uno de los aspectos fundamentales de la psicopatología descrito por la TAC, que se describe a continuación.

El máximo exponente psicopatológico siguiendo la TAC: el TEE

El *trastorno de evitación experiencial* (TEE) (Luciano y Hayes, 2001) es una categoría funcional, según los autores, que se desarrolla en gran parte de los trastornos psicológicos que se atienden. La característica fundamental, tal como su nombre indica, es la tendencia de la persona a evitar todas aquellas experiencias que le producen malestar, incluyendo todo lo que se desarrolla en nuestro interior (eventos privados). Este intento de control desencadenará precisamente lo contrario, por ejemplo, si intento controlar mi tristeza negándola, no conseguiré sentirme aliviado/a. Esta lucha interna no sólo producirá microefectos, sino que, poco a poco, nos llevará a pautas evitativas mantenidas que nos situarán contra nuestros propios valores.

El rol del terapeuta en TCA

Las habilidades del terapeuta para la práctica de la TCA incluirá las siguientes capacidades: *la de ofrecer explicaciones (por ejemplo, «tu mente no es tu amiga»; «y» vs. «pero»)*, *de recodar metáforas, crearlas y hablar con lenguaje metafórico (por ejemplo, metáforas del hombre en el agujero, el autobús y los pasajeros, el tablero y las fichas de ajedrez)*, *soltura en los ejercicios experienciales (por ejemplo, lanzar cartas con contenidos desagradables; lleva tu mente de paseo; mirarse a los ojos durante un minuto)*, *para proponer y servirse de paradojas (por ejemplo, esposas chinas; «esfuérzate: sé espontáneo»; «no creas nada de lo que te digo»)*, *para usar el lenguaje de forma alternativa para desliteralizarlo (por ejemplo, (...) «eso es un pensamiento/una comparación/un sentimiento»)* y *en el manejo de otras técnicas: exposiciones, role-playings, etc., (sobre todo una vez adquirida la aceptación)* (Barraca, 2009).

El terapeuta de TCA debe generar un tipo de relación en el que guíen a la persona hacia la aceptación; por tanto, practicando la aceptación incondicional de la TCC, así como la promoción de nuevas capacidades y valores.

Descripción técnica

La TCA, como técnica de aplicación en la práctica clínica, se define según los siguientes puntos (adaptado de Luciano y Valdivia, 2006):

- a) Es un tratamiento terapéutico que se centra en las acciones significativas para el cliente.
- b) Considera el sufrimiento, el dolor y el malestar como parte inevitable de la realidad del ser humano.
- c) La resistencia frente a este sufrimiento normal generará un dolor añadido a éste.
- d) Evalúa la conducta del cliente a partir del análisis funcional de su conducta.
- e) Trata de flexibilizar la respuesta y resistencia frente al malestar, así como los patrones desadaptativos definidos anteriormente.
- f) Se trabajará sobre los valores para obtener un objetivo y generar acción acorde con éstos, lo cual generará bienestar.
- g) Atención plena a los eventos privados y dejar que se desarrollen y manifiesten.
- h) Aprender a caer y a levantarse, aplicar soluciones que en ocasiones serán un éxito y en otras fallo y no darse por vencido/a.

La terapia de aceptación y compromiso centra su atención en cuatro elementos, más allá de los citados en las premisas básicas, a los cuales deberá atender a lo largo de las sesiones. Estos elementos son:

1. *Los valores personales*, que ayudan y dan dirección a la vida de la persona.

2. *La exposición a los eventos privados*, especialmente a los que se ha evitado con anterioridad, pues el afrontamiento es la opción frente a éstos.
3. *La desactivación y el distanciamiento*, que quiere decir fomentar que persona y terapeuta sepan atender a un yo contextualizado y no conceptualizado y estancado.
4. *Fortalecimiento del yo contextual*, de los comportamientos que responden a determinados valores o de los valores específicamente.

Finalmente, aunque no es una terapia que siga un protocolo rígido y lineal, se recomienda tener en cuenta las siguientes fases o aspectos en la aplicación de la misma:

- ⇒ ***Establecimiento del contexto y la relación terapéutica.*** Este contexto debe favorecer dos aspectos: la persona debe entender que para mejorar ha de mantener un rol activo en su proceso y la normalización de los eventos privados. En relación al primer aspecto, la persona será la que cambie, la que guiará el proceso y tomará las decisiones pertinentes a sí mismo/a. Asumiendo que soy yo el/la que tengo que cambiar, debo aceptar los eventos privados que se manifiesten y que éstos son normales, lógicos en la situación en la que me encuentro; en este sentido, se habla de normalizar.
- ⇒ ***Desesperanza creativa.*** Ésta será la fase en que, tras la normalización, se deben analizar si las soluciones aplicadas hasta el momento han sido exitosas o no, tanto a corto como a largo plazos —pues en ocasiones lo que puede resultar a corto plazo puede ser perjudicial en un plazo mayor—. Una vez la persona es consciente de sus intentos, debe asumir la premisa básica: *evitar o intentar controlar los eventos privados no es bueno*. Se utilizan varias metáforas para que la persona logre esta comprensión, como (Wilson y Luciano, 2002): *la metáfora del hombre en el hoyo, las arenas movedizas y la del granjero y el asno*. La idea es que la persona pueda buscar otras alternativas de actuación, aunque algunas de éstas produzcan dolor y sufrimiento —que es lo que ha tratado de evitar hasta el momento—.
- ⇒ ***El control de los eventos privados es el problema, no la solución.*** Se utilizan, además de las metáforas anteriormente indicadas, paradojas y ejercicios experienciales para que el paciente aprenda que no sólo no es bueno evitar o controlar los eventos privados, siendo esto parte del problema (la/s estrategia/s), y considerando que éstos no lo son *per se* (eventos privados). Es el momento de parar el control y la evitación experiencial, dejar esta lucha y propiciar un espacio adecuado en el que puedan salir y desarrollarse. La idea no es modificar estos eventos privados, sino nuestra forma de verlos y relacionarnos con éstos.
- ⇒ ***La clarificación de los valores.*** Se trata de detectar los aspectos y momentos en los que destacamos, por ejemplo, a partir de *la metáfora del jardín, del funeral, del autobús y los pasajeros, o el epitafio* (Wilson y Luciano, 2002). Los valores personales principales, aquello que nos moviliza hacia la acción, son primordiales para crear un nuevo camino frente a nosotros/as.

- ⇒ **Distanciamiento de los eventos privados.** Momento en el que se aplicará la desliteralización y el distanciamiento de los eventos privados. El cliente deberá conocer las diferencias entre lo que es un pensamiento, una emoción y una sensación física, y desligarlo todo de uno/a mismo/a, pues un determinado pensamiento no somos nosotros/as, sino simplemente un pensamiento. En este punto se utilizarán *la metáfora de la lucha con el monstruo y el ejercicio de los elefantes rosas o el del limón*, entre otros posibles (Wilson y Luciano, 2002).
- ⇒ **Las dimensiones del yo.** Se ayuda a la persona a diferenciar entre el yo contenido (lo que llevo dentro) del yo contexto (el ambiente o momento en el que se desarrolla el yo contenido). Se trata de contextualizar su situación para llegar al objetivo final de aceptación y de compromiso, por ejemplo, utilizando *la metáfora del tablero, ejercicio del observador o de llevar a la mente a pasear* (Wilson y Luciano, 2002).

Estos seis elementos es necesario integrarlos en el proceso terapéutico, desarrollándolos con diferentes metáforas y ejercicios.

EJERCICIOS

Los seis elementos citados deben perseguir los siguientes objetivos mediante las siguientes técnicas (adaptado de Pérez-Álvarez, 2014).

TABLA 10.6
Estrategias terapéuticas de la TCA (adaptado de Pérez-Álvarez, 2014)

ELEMENTO	OBJETIVO	TÉCNICAS
Defusión	Diferenciar pensamiento y acción, lo que pienso no es lo que hago, y al contrario.	• Desliteralización de las palabras. • Etiquetado del pensamiento. • Contradicción del pensamiento con la acción. • Ejercicio del limón.
Aceptación	Adopción de una actitud abierta, receptiva y flexible con respecto a la experiencia del momento.	• Metáfora del hombre en el hoyo. • Metáfora de las dos escalas.
Contacto con el momento presente		• Ejercicios de contemplación y <i>Mindfulness</i>.
El yo como contexto	Tomar conciencia entre el yo conceptualizado y el yo contextualizado.	• <i>Mindfulness</i>. • Metáforas.

		• Ejercicios experienciales. • Ejercicio del observador.
Clarificación y elección de valores	Concretar los valores personales significativos y saludables.	• Ejercicio del funeral o el epitafio. • Cuestionario de valores.
Compromiso de actuar	Salir de la inactividad y las conductas evitativas.	• Establecer metas y plan de acción.

Como se ha señalado, se utilizan tres tipos de técnicas, como son: *a)* las metáforas — ya citadas anteriormente—, *b)* las paradojas y *c)* los ejercicios experienciales:

⇒ *Las metáforas.* Son formulaciones verbales que permiten relacionar un concepto más o menos abstracto con un aspecto de la realidad del cliente con el objetivo de hacerle reflexionar y/o cambiar su manera de ver ciertos aspectos de la misma. Existen muchísimos ejemplos de metáforas que se utilizan en TAC; a continuación se presentan los citados (Wilson y Luciano, 2002):

- *Metáfora del hombre en el hoyo:* a un hombre se le asigna la tarea de correr por un campo, con ojos vendados y una bolsa con herramientas, sin avisarle de que el campo está lleno de hoyos. Empieza a correr y cae en uno de los hoyos; lo primero que intenta es saltar hacia afuera pero no lo consigue. Revisa lo que hay en la bolsa y encuentra una pala y empieza a cavar. Cava y cava, pero el hoyo se hace más grande. Observa que con esa solución no va a conseguir salir del hoyo y, finalmente, se plantea que debe adoptar una solución diferente para salir del hoyo. Frente a determinados problemas, no podemos seguir avanzando aplicando una y otra vez las mismas soluciones, creamos una alternativa y podremos salir del hoyo.
- *Metáfora de las arenas movedizas:* las arenas movedizas son una mezcla de arcilla, agua y material granulado que, según la presión que se ejerza sobre éstas, hace que la superficie fluctúe y se hunda. Así, si nos metemos en arenas movedizas e intentamos salir luchando, más nos vamos a hundir por la presión que ejercemos. Eso es lo que ocurre cuando tratamos de controlar o luchar contra los eventos privados. Es necesario parar de luchar, dejar salir e intentar salir de estas arenas.
- *Metáfora del tigre hambriento:* imagínate que un tigre cachorro llega a tu casa y le empiezas a dar de comer. De comer pequeños trozos de carne, poco a poco, va a pedir trozos más grandes de carne. El cachorro irá creciendo y cada vez le tienes que dar más carne, ahora ya hablamos de medio animal para comer. Se vuelve más agresivo, pide de comer, pues el hambre le ofusca y no sabes cómo parar. Eso es lo que ocurre con nuestros síntomas, miedo, ansiedad, depresión,

etc., cuanto más atención le prestemos y más espacio les dejemos, más agresivos se harán contra nosotros. Se trata de asumir que podemos realizar acciones diferentes que no sirvan de alimento para el síntoma.

- *Metáfora del granjero y el asno:* un asno viejo cae en un pozo seco. El granjero oyó al asno y se acerca al pozo. Al ver al asno viejo en el pozo seco pensó que la mejor opción era enterrar al asno. Llama a sus vecinos para que le ayuden. Por cada palada de tierra, el asno se revuelve y pisa sobre la tierra que le van lanzando. Por cada palada sube un poco más y más de tal manera que al final del día acaba saliendo del pozo. El objetivo de esta metáfora es fomentar la desesperanza creativa.
- *Metáfora del polígrafo:* se le pide al cliente que imagine que le apuntamos con una pistola y le decimos que para salvar su vida debe limpiar el despacho. Le ofrecemos las herramientas para que pueda limpiarlo. ¿Qué haría la persona? Probablemente, limpiaría sin dudarlo. Ahora, le conectamos a un polígrafo que mide el nivel de activación del sistema nervioso. Le volvemos a apuntar con la pistola y le decimos que se imagine que le pedimos que controle la ansiedad y los nervios para salvar su vida. En este segundo caso, seguramente, aumentará la ansiedad, no la podrá controlar y perdería la vida. Esta metáfora servirá para mostrar a la persona que en el caso de conductas observables y públicas podemos ejercer control, pero no en el caso de eventos privados.
- *Metáfora de las dos escalas:* se le plantea a la persona que tiene dos escalas frente a sí que se regulan en escalas del 0 al 10. Una de las escalas es la de la ansiedad, que en el momento en que llega a consulta está cerca del 10. La otra escala es la de la disposición, la capacidad de manipular la ansiedad. La idea es que se debe pasar de la escala de ansiedad a la de disposición distinguiendo dos conceptos además. El malestar sucio es el que se desarrolla sumando ansiedad y poca disposición, es decir, evitación. El malestar limpio es el que va rebajando la ansiedad a favor de la disposición.
- *Metáfora del jardín:* el cliente es jardinero de su jardín. Le gusta cuidarlo y plantar aquellas flores, árboles y arbustos que le dan mejor color. La persona se afanará en hacer crecer las plantas mediante su cuidado. Podemos preguntar al cliente que nos describa su jardín, qué tipo de plantas, cómo las distribuiría en el espacio, etc. Supongamos que empiezan a crecer malas hierbas (dificultades del cliente). La persona se concentra en cortar y erradicar las malas hierbas y, mediante este ejercicio, se olvida de cuidar el resto de plantas del jardín. En este contexto se puede dar a entender a la persona que él/ella son los máximos cuidadores de su jardín y que las malas hierbas suelen tener una función en un jardín, dar espacio al resto o cubrir ciertos espacios vacíos, por ejemplo.
- *Metáfora del funeral y del epitafio:* se trata de imaginar nuestro propio funeral: ¿qué personas asistirían?, ¿cómo se llevaría a cabo?, ¿qué se diría?, ¿cuántas

personas asistirían?, ¿cómo sería la ceremonia?, etc. La idea es tratar de ver qué dejamos tras nuestro paso y empezar a trabajar para clarificar nuestros valores. En el caso del epitafio, se pide qué mensaje final le gustaría que reflejase éste.

- *Metáfora del autobús y los pasajeros*: imaginemos que conducimos un autobús con muchos pasajeros. Estos pasajeros son nuestros pensamientos, sentimientos, emociones, etc. Algunos de ellos son desagradables y nos hablan mal, incluso nos dicen hacia dónde debemos ir. Intentamos hacerlos callar, que bajen del autobús, enviarlos al final del autobús, pero éstos siguen hablándonos y disgustándonos. Resignados y para evitar oírlos, seguimos todo lo que nos dicen, incluso acabamos por actuar de forma automática según lo que pensamos que éstos nos indican. Al final, dirigen toda nuestra vida y nosotros/as justificamos el cómo actuamos por ellos. Nos cansamos y paramos de conducir. Eso es lo que ocurre si dejamos que guíen nuestra vida; ahora se trata de coger las riendas de la conducción.

Las metáforas recogidas se han adaptado de C. Luciano y K. Wilson (2002). Se debe tener las siguientes consideraciones: no utilizar una metáfora sin tener en cuenta todos los componentes de la TCA, profundizando en las mismas y adaptándolas a las necesidades del cliente y los objetivos terapéuticos.

⇒ *Las paradojas*. Se utilizan para que ciertos aspectos del cliente entren en contradicción y cambien.

⇒ *Los ejercicios experienciales*. Se diseñan para que el cliente sea consciente de ese yo conceptual diferentes del yo contextual:

- *El ejercicio de los elefantes rosas*: «No pienses en un elefante rosa», posteriormente, se le pregunta a la persona en qué ha pensado. Inevitablemente, ha pensado en un elefante rosa. Este fenómeno se explica por lo que denominamos la *teoría de los procesos irónicos* (Wegner, 1994). Ésta señala que cuando intentamos no pensar en algo, irónicamente, pensaremos más en ello. Nuestro cerebro eliminará la palabra no y se dedicará a pensar en ello. Es una manera de hacer consciente a la persona de la imposibilidad de ejercer control de pensamientos y emociones.
- *El ejercicio del limón*: se trata de imaginar un limón, su color, su textura, su forma y su tamaño. Cortamos el limón por la mitad y lo olemos, lo exprimimos y vemos caer su zumo. De todo ello se desprende el poder que tiene la mente, no sólo para hacernos imaginar, sino para crear todo tipo de eventos privados.
- *El ejercicio leche-leche-leche*: se pide que se repita la palabra leche varias veces, durante unos 30 segundos. Repetir hace que al sobreexponerlo se rompe la relación entre la palabra y el significado del referente. Se puede realizar con

la palabra ansiedad, el objetivo sería desfusionar palabra y evento privado.

- *El ejercicio del observador*: es un ejercicio que trata de hacer ver al cliente el yo contextualizado. A grandes rasgos, se pide a la persona que describa cómo se ve en su trabajo, en su casa, cuando era niño/a, así como su cuerpo, sus pensamientos, sus emociones. Se intenta que pueda ver cómo se va adaptando a determinadas circunstancias y, por tanto, su yo es contextualizado.

Se han señalado algunos de los errores más comunes en la aplicación de los ejercicios y técnicas de la TAC (Brock, Robb, Walser y Batten, 2015): *leer, observar y/o hablar acerca de la TAC en vez de practicarla; leer las metáforas o ejercicios en la sesión; tratar las metáforas y ejercicios como técnicas aplicadas al paciente; intentar realizar un ejercicio tras otro; hablar demasiado*, entre otras. Por tanto, es importante que, frente a un modelo que ofrece múltiples posibilidades, apliquemos las mismas desde su estudio, profundización, con coherencia y moderación.

Ámbitos de aplicación

La TCA se ha aplicado en el tratamiento de trastornos afectivos, desordenes ansiosos — TEPT y trastornos obsesivos compulsivos—, abuso y dependencia de sustancias, con trastorno psicótico y esquizofrenia, en casos de dolor crónico, con víctimas de abusos sexuales, frente a problemas de tartamudeo y con adolescentes, entre otros. Se podría aplicar en todos aquellos casos en los que se observe tendencia a la evitación, por ejemplo, en casos de negación del proceso de duelo.

Para ampliar la información

- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Power, P., Hayden, E., Milne, R. y Stewart, I. (2006). Do you really know what you believe? Developing the implicit relational assessment procedure (IRAP) as a direct measure of implicit belief. *Irish Psychologist*, 32, 169-177.
- Barnes-Holmes, D., Cochrane, A., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I., y McHugh, L. (2004). Psychological acceptance: Experimental analysis and theoretical interpretations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 517-531.
- Barnes-Holmes, D., Rodríguez Valverde, M. y Whelan, R. (2005). La teoría de los marcos relacionales y el análisis experimental del lenguaje y la cognición. *Revista latinoamericana de psicología*, 37, 255-275.
- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., McHugh, L. y Hayes, S. C. (2004). Relational frame theory: Some implications for understanding and treating human psychopathology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 355-375.

- Brock, M. J., Robb, H. B., Walser, R. D., y Batten, S. V. (2015). Recognizing Common Clinical Mistakes in ACT: A Quick Analysis and Call to Awareness. *Journal of Contextual Behavioral Science*.
- Dahl, J. A., Wilson, K. G., Luciano, M. C., y Hayes S. C. (2005). *Acceptance and commitment therapy for chronic pain*. Reno: Context Press.
- Gutiérrez, O., Luciano, M. C., Rodríguez, M. y Fink, B. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35, 767-783.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy* 35, 639-665.
- Hayes, S. C. y Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Hayes, S. C. y Wilson, K. G. (1995). The role of cognition in complex human behavior: A contextualistic perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 241-248.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (eds.). (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. y Guerrero, L. F. (2004). BDT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, I. y Eldridge, K. (2000). Integrative behavioural couple therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 351-355.
- Luciano, C. (2001) (ed.). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Libro de casos. Valencia: Promolibro.
- Luciano, C. y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 1, 109-157.
- Luciano, C. y Valdivia, S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Luciano, C., Valdivia, S., Gutiérrez, O. y Páez, M. (2006). Avances desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *EduPsykhé. Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 173-201.
- Luciano, M. C. (1999). La psicoterapia analítico funcional (FAP) y la terapia de aceptación y

- compromiso (ACT). *Análisis y modificación de conducta*, 25, 497-584.
- Luciano, M. C. y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 1, 109-157.
- Luciano, M. C., Rodríguez, M. y Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 377-394.
- Páez, M., y Gutiérrez, O. (2012). *Múltiples aplicaciones de la terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Madrid: Pirámide.
- Páez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S. y Luciano, M. C. (2006). La importancia de los valores en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 1-20.
- Páez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S. y Luciano, C. (2006). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 1, 1-20.
- Pérez-Álvarez, M. (2001). Afinidades de las nuevas terapias. *International Journal of Health and Clinical Psychology*, 1, 15-23.
- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.
- Wilson, K. y Luciano, C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Para ampliar la formación

Asociación Española de Psicología Clínica Cognitivo Conductual (AEPCCC)

Teléfono: 661 68 88 17

Web: <http://www.aepccc.es/>

Email: aepccc@aepccc.es

Instituto Psicología ACT

Doctor Fleming, 44. 28036 MADRID (entrada por el portal)

Teléfono: 913 457 413

Mail: info@institutoact.es

Web: <http://institutoact.es/>

Asociación Científica de Psicología Conductual y Contextual (ACPCC)

Web: <http://www.conductual-contextual.es/>

11. TÉCNICAS FAMILIARES Y DE PAREJA

La terapia familiar es aquella intervención terapéutica que se aplica sobre diferentes miembros de una familia. Se concibe a la familia como un sistema en el que nos formamos, que nos acompaña a lo largo de la vida y con el que mantenemos interacciones continuas.

El objetivo principal de la terapia familiar será mejorar el funcionamiento del sistema familiar. A nivel más específico se intervendrá principalmente sobre dos tipos de variables, las conductas individuales problemáticas y el nivel de las interacciones de sus miembros — porque ambas se retroalimentan y nos condicionan—.

La historia de la terapia familiar es amplia y sus tratamientos de reconocida eficacia. El modelo que se identifica más comúnmente con este tipo de intervención es el sistémico, creado con la finalidad explícita de trabajar con familias. El modelo sistémico se afianza sobre tres aportaciones básicas, como son: a) el modelo de comunicación (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967), b) la teoría general de sistemas (von Bertalanffy, 1976) y c) la cibernética (Wiener, 1979). El primer modelo nos habla de cómo la comunicación influye en las interacciones, señalando sus autores los axiomas sobre los que ésta se asienta. Estos axiomas son (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967):

- ⇒ *Es imposible no comunicarse*, pues hasta el silencio es una forma de comunicarse.
- ⇒ *Toda comunicación tiene un nivel de contenido y un nivel de relación, de tal manera que el último clasifica al primero, y es, por tanto, una metacomunicación.*
- ⇒ *La naturaleza de una relación depende de la gradación que los participantes hagan de las secuencias comunicacionales entre ellos.*
- ⇒ *La comunicación humana implica dos modalidades: la digital y la analógica, lo que corresponde a lo que se dice y a cómo se dice o, lo que es lo mismo, comunicación verbal y no verbal, respectivamente.*
- ⇒ *Los intercambios comunicacionales pueden ser tanto simétricos como complementarios.*

La teoría general de sistemas señala la importancia de considerar las entradas y las salidas de los sistemas y subsistemas, pues estamos inmersos en realidades complejas en continua interacción.

Desde esta teoría se estudiarán los sistemas, así como sus características (propósito que tiene, tendencia a la homeostasis y otros fenómenos que experimenta, como la entropía), los

parámetros que la determinan (entradas, salidas, procesamiento, retroalimentación), los tipos de sistemas (por su constitución puede ser físico o abstracto y por su naturaleza, abierto o cerrado) y, por último, en su forma (sistemas y subsistemas). La forma de sistemas y subsistemas se representa según la figura 11.1.

La cibernética señala que aunque intentemos mantener nuestra objetividad y posición científica, en relación a las familias, somos observadores implicados.

El modelo sistémico ha continuado su desarrollo, por ejemplo, a partir de conceptos evolutivos (Haley, 1981) y estructurales (Minuchin, 1974), entre otros. En relación a la evolución de las familias, vemos similitudes de unas a otras. Haley (1981) describió las fases por las que pasa la familia: el noviazgo, el matrimonio, la procreación, la adolescencia de los hijos, la maduración de los hijos, la emancipación de los hijos y la vejez. Cada cambio de fase desencadenará una crisis en la familia que en ocasiones requerirá la intervención terapéutica que se señalaba al inicio. El modelo estructural introduce conceptos como los límites que se establecen entre los diferentes sistemas y subsistemas, así como en las relaciones que se desarrollan en su

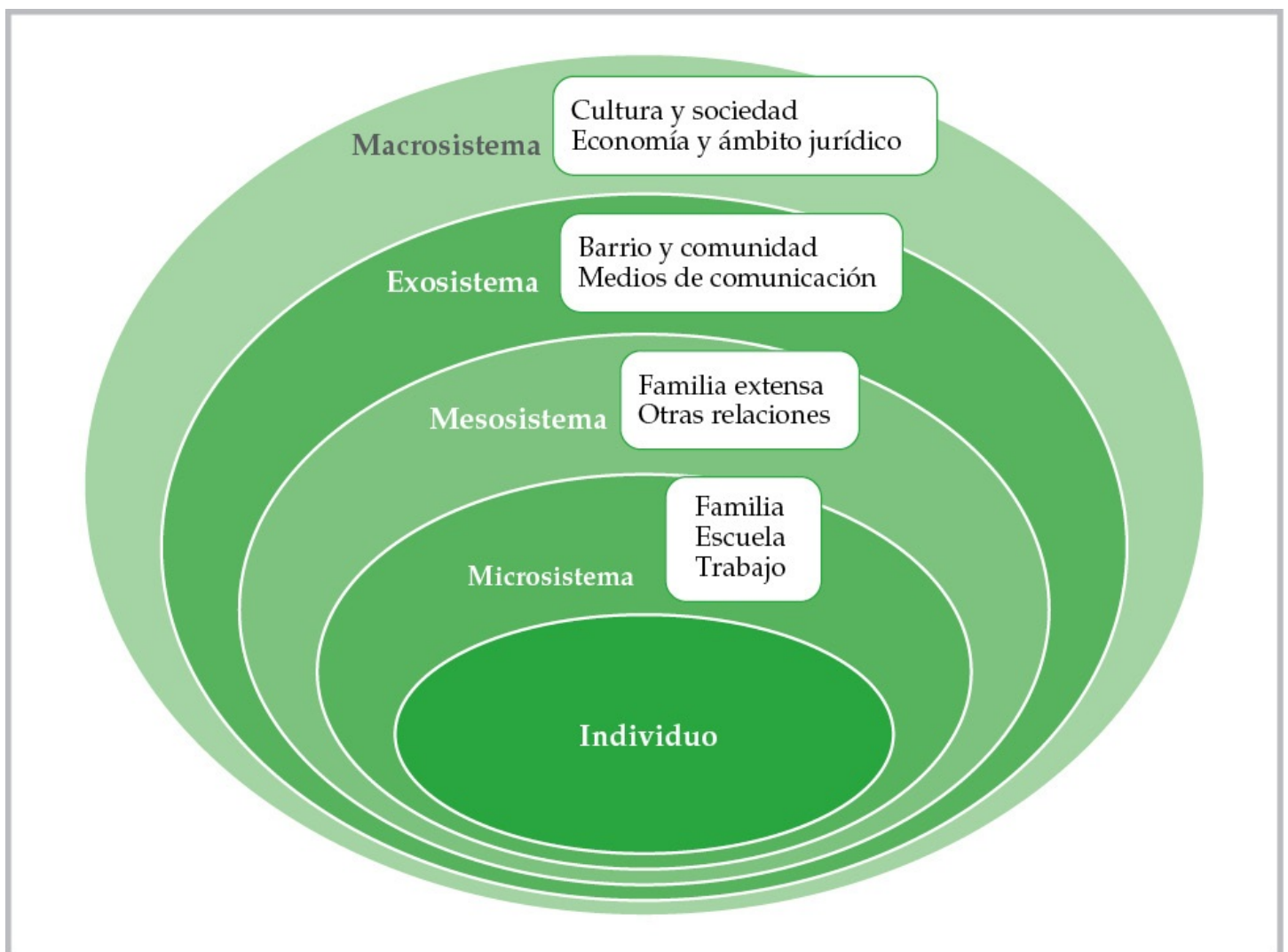


Figura 11.1. Sistemas y subsistemas según modelo sistémico (Bronfenbrenner, 1974).

interior y otros fenómenos que se pueden dar, como las triangulaciones, las coaliciones o las alianzas. Simplemente se han realizado unos apuntes mínimos, pues es la base de la terapia familiar.

La práctica de la terapia familiar se ha extendido a otros modelos, que se citan a continuación:

- ⇒ *El modelo psicodinámico* considera la importancia primordial de las relaciones paterno/materno filiales, centran-do la atención terapéutica en el pasado y el desarrollo de los diferentes roles dentro de la familia.
- ⇒ *El modelo existencial* considera a la familia como una entidad en continuo desarrollo, y por ello el proceso terapéutico buscaría facilitar un proceso de crecimiento y superar el estancamiento que a veces experimentan.
- ⇒ *El modelo intergeneracional de Bowen* afirma que las personas pasamos por momentos de aproximación y de distanciamiento o diferenciación con tal de formarnos. Esto conlleva a su vez generación de relaciones de mayor o menor dependencia. La terapia irá dirigida hacia la autonomía y el establecimiento de la distancia óptima en nuestras relaciones familiares.
- ⇒ *El modelo estructural* señala que las familias se organizan según modelos, reglas y formas que pueden dificultar nuestra evolución, lo cual genera que la terapia vaya dirigida a crear modelos alternativos de funcionamiento y organización.
- ⇒ *El modelo estratégico* es uno de los que se presentará a continuación, y parte de la solución de problemas familiares mediante la implementación de nuevas propuestas.
- ⇒ *El modelo cognitivo conductual* analiza funcionalmente la conducta de los diferentes miembros; por tanto, cómo recibimos contingencias en nuestras relaciones familiares. La regulación y optimización de estas contingencias será el foco terapéutico.
- ⇒ *El modelo narrativo* afirma que la familia es una parte esencial de nuestra narrativa personal, con lo cual, si ésta se convierte en narrativa negativa y nos bloquea, debemos buscar una alternativa que nos contenga y nos favorezca.
- ⇒ *El modelo constructivista*, tal cual se ha señalado, dedica parte de su atención a las familias, en tanto que son parte de nuestra construcción como seres humanos.

La terapia familiar se puede llevar a cabo a partir de estos diferentes modelos. El proceso empezará por la evaluación del sistema familiar, que pone énfasis en el análisis de la demanda y la necesidad de cambio (quien la hace y quien la plantea, respectivamente), y la entrevista familiar (en la que los diferentes modelos contemplan sus propias variables, pero, a priori, se incluirían dos, las relacionadas con el problema y las interaccionales). El tratamiento se iniciará con la atención sobre el problema inmediato y seguirá con una fases psicoeducativa —acerca del tipo de tratamiento a seguir, sobre pautas parentales, etc.— y una de intervención, en la cual cada modelo aporta sus propias técnicas (por ejemplo, el estratégico interviene mediante la paradoja o la interrogación circular).

La terapia familiar constituye un reto para el profesional por la complejidad de intervenir sobre sistemas y subsistemas, así como por los diferentes fenómenos que se desencadenan en el sí de la misma.

Para ampliar la información

- Bateson, G.(1976). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Lohe.
- Bertalanffy von, L. (1976). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bowen, M. L. (1991). *De la familia al individuo*. Barcelona: Paidós.
- Bronfenbrenner, U. (1994). *Ecological models of human development*. En *International Encyclopedia of Education*, vol. 3, 2.a ed. Oxford: Elsevier.
- Haley, J. (1981). *Reflections on Therapy*. Washington: The Family Therapy Institute of Washington.
- Minuchin, S. y Fishman, H. C. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. y Jackson, D. D. (1983). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Wiener, N. (1979). *Cibernética y sociedad*. Buenos Aires: Sudamericana.

TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA FAMILIAR (TBEF)

Definición

La terapia breve estratégica familiar incluye diversos enfoques con un rasgo común, como que el terapeuta será el que definirá la estrategia para resolver los problemas de la familia. Ésta mantiene las características de sus dos aportes fundamentales, de la terapia estratégica y la breve, centrándose en las soluciones con una duración de entre 8 a 24 sesiones.

Objetivos

Los objetivos de la TBEF serán superar los problemas específicos para los que demande ayuda la familia, así como mejorar las relaciones que establecen en el sí de la misma.

Las premisas

La TBEF es un enfoque de terapia familiar que tiene su origen en el modelo sistémico desarrollado en el *Mental Research Institute* y el Grupo de Palo Alto (MRI), en el modelo de resolución de problemas —presentado anteriormente—, las aportaciones del grupo de Milán y el modelo constructivista. Se nutre de las aportaciones anteriores y nace con el objetivo de ver qué es lo que funciona de los diferentes modelos y cómo implementarlo en el menor tiempo posible —superando así modelos psicodinámicos, por ejemplo—.

La terapia breve se define como una estructura terapéutica, orientada a incrementar la conciencia de los consultantes acerca de sus comportamientos-problema, así como de su capacidad y motivación para comenzar a hacer algo al respecto (Hewitt y Gantiva, 2009, citado por Andrés Droguett, 2014, p. 65). Los estudios y observaciones de los grupos citados llegan a la conclusión de que lo que funciona es centrarse en las soluciones más que en los problemas.

Principios básicos de la TBEF

Los principios básicos más generales sobre los que se asienta la TBEF son (Watzlawick y Nardone, 2000):

- a) *La causalidad circular*, proponiendo que frente a una determinada situación no se debe caer en la ecuación de causa-efecto, sino en el estudio de las diferentes variables implicadas (por ejemplo, culpar a un padre autoritario de la conducta problemática de su hijo sería, según esta perspectiva, caer en el reduccionismo, debiendo definir ambas

conductas, junto con las de los demás miembros, describiendo factores que mantienen la situación, así como los que la protegen de que ésta sea peor).

- b) *La reducción de la complejidad.* Las familias suponen un ente complejo, así como los modelos que las estudian e intervienen en ellas. Este modelo pretende ser una alternativa y propone una intervención específica a problemas concretos.
- c) *Las soluciones intentadas,* serán el máximo foco de atención: ¿qué es lo que funcionó en el pasado o en la actualidad y qué podemos tener de punto de referencia?
- d) *Quebrar el sistema de tal manera que pueda probar soluciones nuevas e incluso cambios en su estructura.*
- e) Una construcción estratégica, derivada de la ruptura anterior, será una estructura modificada, más adaptativa y saludable.

El enfoque estratégico intenta adoptar una nueva concepción acerca de cómo nos relacionamos en familia y qué podemos hacer para mejorar estas relaciones.

La familia según el modelo estratégico

La familia, según el modelo estratégico, se considera (Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003; Szapocznik y Williams, 2000):

- ⇒ Un sistema, en la línea del sistémico del que proviene. En este sistema nos encontramos diferentes miembros que nos interrelacionamos continuamente. Así, mi manera de comportarme afecta al resto de miembros de mi familia, y al contrario.
- ⇒ El sistema se regula a partir de estas interacciones que, a su vez, crean una serie de patrones de conducta. Estos patrones de conducta pueden ser funcionales o disfuncionales.

De ambos puntos se derivan los objetivos de la intervención familiar, los comportamientos individuales y las interacciones de los diferentes miembros.

Primeros apuntes de la TBEF

El terapeuta estratégico establece objetivos claros que están relacionados con el problema presentado, y no aplica un mismo método a todos los casos presentados, sino que diseña una estrategia específica para cada problema (Madanes, 1981). Cuando una familia acude a terapia se definirá el problema por el que acude y el terapeuta definirá los objetivos y métodos a seguir para modificar el problema. El cambio que se genere en una situación producirá cambios en los individuos y relaciones en la familia.

El tipo de intervención que se plantea desde este enfoque es directivo, planificado y sistemático, con las siguientes características (Madanes, 1981):

- ⇒ Es un enfoque que se centra en diferentes niveles de organización, no en niveles comunicativos.
- ⇒ Consideración de lo que se denominan las incongruencias jerárquicas, cuando dos estructuras de poder incompatibles se desarrollan en una misma familia.
- ⇒ El síntoma refleja un significado para la familia y está condicionado por las interacciones familiares. De ello surge la necesidad de comprender la elección de un determinado síntoma.

La TBEF observa las interacciones de la familia, intentando que cada miembro participe en el proceso terapéutico, y se desarrolla en diferentes etapas: la del problema (en la que se definirá el mismo), la interaccional (la familia discute sobre el problema, y se puede observar jerarquías, dinámicas y secuencias comunicacionales), la de establecer los objetivos (se planificarán objetivos y fórmulas para conseguirlos) y la final (en la que se establecen tareas a llevar a cabo entre las sesiones). A lo largo de la terapia se convocará a las personas que puedan ayudar en la generación de soluciones.

En líneas generales, la TBEF se caracteriza por (Kristen, 1999): centrarse en la solución y definir objetivos dirigidos hacia el cambio, sobre la base de una alianza terapéutica sólida, mediante el uso de un lenguaje adaptado a la familia y con resultados inmediatos y medibles, que van de 1 a 40 sesiones (con un promedio de 6 a 20 sesiones).

Descripción técnica

La terapia breve estratégica familiar se desarrolla en las siguientes fases (Nardone y Watzlawick, 2000):

- a) *Primera entrevista*: en esta primera entrevista se empieza con una etapa social en la que se recibe a la familia. Se invita a la familia a que explique la problemática, cada miembro desde su propia perspectiva, y se da un primer *feedback* de cómo se ve la situación y los planteamientos para la próxima sesión (definición funcional del problema y los objetivos de la intervención).
- b) *Análisis descriptivo de la situación problema*: se lleva a cabo un análisis pormenorizado a partir de dos o más miembros de la familia —los que puedan aportar información al respecto, así como conformar cierta información que se da— y los problemas por los que realiza la demanda la familia. Además, una parte esencial de este análisis, en la línea de lo expuesto anteriormente, serán las soluciones que se han intentado previamente. Se definirán los objetivos de la terapia.

El terapeuta, desde el primer encuentro con el paciente, en lugar de estudiar su pasado, focaliza la atención y la valoración de estos elementos: a) lo que sucede dentro de los tres tipos de relaciones interdependientes que el sujeto vive consigo mismo, con los demás y con el mundo; b) el modo en que el problema presentado

funciona dentro de ese sistema relacional; c) cómo el sujeto ha tratado hasta ese momento de combatir o resolver el problema (los intentos de solución), y d) cómo es posible cambiar tal situación problemática de la manera más rápida y eficaz (Nardone y Watzlawick, 1990, citado en Nardone y Watzlawick, 2000, p. 18).

- c) Definición de la estrategia familiar, o soluciones que se van a intentar en adelante y que debe llevar a cabo la familia para mejorar su situación.*
- d) Medición y planificación: se medirán los efectos de las estrategias aplicadas y se planificarán nuevas estrategias.*
- e) Cierre de la intervención, en la que se realizará el seguimiento de la situación para garantizar la consolidación de los cambios conseguidos.*

De forma resumida, *el enfoque estratégico en psicoterapia puede ser definido como «el arte de resolver problemas complejos humanos mediante soluciones aparentemente simples» (Nardone, 2010).*

EJERCICIOS

Las técnicas que se utilizan en la TBEF son (adaptado de Nardone y Watzlawick, 2000):

- a) Ilusión de alternativas: éstas forman parte del diálogo estratégico (Nardone y Salvini, 2011). Se trata de ofrecer a la familia dos alternativas de respuesta a una pregunta que hace el terapeuta. Una de las alternativas representa el comportamiento o la idea que se pretende instaurar, y la otra, una alternativa más complicada, costosa y difícil de llevar a cabo. Por ejemplo, se puede señalar a la familia lo siguiente: «¿qué preferís que vuestra hija pueda ir al centro comercial sabiéndolo vosotros y pudiendo establecer unos mínimos consensuados o que no se hable de la situación y se escape con sus amigas?». En este caso se trata de implementar la conducta de negociación de unos padres con su hija adolescente en contra de mantener la conducta autoritaria, y con ello el problema.*
- b) Reestructuración: se trata de promover diferentes ideas sin que la persona pueda percibir éstas como el resultado de nuestra posición de expertos. Del propio diálogo se van señalando posibilidades e ideas que puedan ir abriendo la perspectiva de la familia.*
- c) Evocar sensaciones: a partir de un lenguaje evocador, en sintonía y adaptado al de la familia, se trata de hacer que la familia conecte con determinada sensación, por ejemplo mediante el uso de metáforas.*
- d) Resumir para definir: puesto que se realizan muchas aportaciones a lo largo de la sesión, resumir los aspectos clave y fundamentales para el progreso de la familia es esencial en este proceso.*

- e) *Prescripciones (tareas y síntomas)*: se trata de prescribir de tareas para casa o el propio síntoma, para conseguir reducirlo en un mínimo de sesiones. La familia y sus individuos son los únicos que pueden hacer cosas en pro del cambio, el terapeuta, simplemente, les señala ciertas actividades que les pueden llegar a mejorar.
- f) *Técnicas de confusión*: consisten en despistar a los interlocutores mediante afirmaciones que tal vez no tengan demasiado que ver con el diálogo que se sigue para introducir algún nuevo aspecto o desviar la conversación hacia otro camino.
- g) *La paradoja*: éste es un procedimiento que busca la sorpresa y descolocar a la familia de la posición que mantiene. La paradoja se acoge a indicar a la familia aspectos carentes de sentido lógico, por ejemplo, en el caso de una hija que se escapa de casa, indicar a la familia que la dejen irse y que no le pregunten nada.
- h) *Preguntas circulares*: son aquel tipo de preguntas que se hacen a un individuo como es la relación entre dos miembros de su familia. Se habla de diferentes tipos de preguntas circulares (Fleuridas, Nelson y Rosenthal, 1986):
- Según su finalidad, pueden ser para definir el problema y la secuencia de interacción, comparar o clasificar y, por último, intervenir.
 - Se puede preguntar en los tres tiempos, presente, pasado y futuro hipotético.
 - Según tres tipos de investigación, de diferencia, de desacuerdo o de explicación y significado.

Por ejemplo, una pregunta circular para determinar la secuencia de interacción en el pasado buscando un significado podría ser: *¿me podrías explicar qué hace tu hermano cuando papá y mamá se pelean?*

- i) *Reestructuración (reframing)*: implica recodificar la realidad pero sin modificar las estructuras de sentido sobre las cosas (Ceberio y Watzlawick, 1998): no trata de cambiar la idea de la persona, sino de dar una definición nueva, un nuevo encuadre. Así, por ejemplo, el mutismo de una persona frente a situaciones conflictivas, interpretado por otro miembro como pasotismo, se puede leer como prudencia, evitar el conflicto o incluso un acto de protección.
- j) *Connotación positiva*: se trata de una redefinición de algún aspecto de la familia en términos positivos. Se realiza una lectura positiva de información, fenómenos o interacciones que se dan en la familia. Por ejemplo, se puede indicar que gracias a su capacidad de discutir se puede conocer mejor el problema y así superarlo.
- k) *Prescripción de tareas*: se pide a la persona que haga o deje de hacer alguna acción entre una sesión y otra con un objetivo claro (como mínimo para el terapeuta, pues en ocasiones la persona desconocerá el objetivo). La propuesta de M. Beyebach y M. Herrero (2010) es muy interesante, pues no sólo define tipos de tareas, sino que ofrece una guía para definirlas nosotros/as mismos/as.

Ámbitos de aplicación

La TBEF se aplica a familias que puedan pasar por problemas tan diversos como que un miembro sea adicto a las drogas o tengan problemas graves de relación. Se aplica la TBEF en dos tipos de ámbitos básicamente:

- a) Familias con problemas de comportamientos individuales, por ejemplo, las adicciones, los problemas de conducta alimentaria, las fobias, la depresión, etc., considerando el problema como una representación de un problema familiar más profundo.
- b) Familias con interacciones problemáticas, por ejemplo, en casos en los que un miembro de la familia ejerza violencia o abusos sobre el resto.

Se ha mostrado eficaz en el tratamiento de problemas familiares, según el *Strategic Center Therapy*, en el 82% de los casos tratados.

Para ampliar la información

- Andrés Droguett, V. (2014). Terapia familiar breve estratégica en el tratamiento de adolescentes con consumo perjudicial de drogas. *Rev GPU*, 10 (1), 64-70.
- Becoña, E. y Cortés M. (2010). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones: Terapias centradas en la familia. *Documentación*, 9. Instituto Internacional de estudios sobre la familia.
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- Beyebach, M. y Herrero, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Beyebach, M., Rodríguez-Sánchez, M., Arribas de Miguel, J., Herrero de Vega, M., Hernández, C. y Rodríguez Morejón, A. (2000). Outcome of solution-focused therapy at a university family therapy center. *Journal of Systemic Therapies*, 19, 116-128.
- Beyebach, M., Rodríguez-Sánchez, M. Arribas de Miguel, J., Hernández, Martín, C. y Rodríguez-Morejón, A. (1997). Terapia familiar breve: resultados de la terapia centrada en soluciones en la Universidad Pontificia de Salamanca. *Revista de ciencias y orientación familiar*, 15, 9-29.
- Ceberio, M. y Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo*. Barcelona: Herder.
- Coatsworth, J. D., Santisteban, D. A., McBride, C. K. y Szapocznik, J. (2001). Brief strategic family therapy versus community control: Engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. *Family Process*, 40, 313-332.
- De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. Nueva York: Norton.
- De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve*. Barcelona: Gedisa.
- De Shazer, S. (1999). *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona: Gedisa.
- Fleuridas, C., Nelson, T. S. y Rosenthal, D. M. (1986). The evolution of circular questions: Training family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 12, núm. 2, 113-127.

- Kristen, B. (1999). Brief interventions and brief therapy for substance abuse. Centre for Substance Abuse Treatment. *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34*. Rockville: Department of Health and Human Services.
- Madanes, C. (1981). *Strategic Family Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Nardone, G. (2010). Entrevista a Giorgio Nardone. Terapia breve estratégica: una realidad inventada que produce efectos concretos. *Clínica contemporánea*, vol. 1, núm. 1, pp. 61-66.
- Nardone, G. y Salvini, A. (2011). *El diálogo estratégico*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G., Giannotti, E. y Rocchi, R. (2003). *Modelos de familia*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, W. H. (2001). *Desarrollar posibilidades*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.
- Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio*. Barcelona: Gedisa.
- Sirigatti, S., Stefanile, C. y Nardone, G. (2011). *El descubrimiento y los hallazgos de la psicología*. Barcelona: Paidós.
- Szapocznik, J. y Williams, R. A. (2000). Brief Strategic Family Therapy: twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 117-134.
- Watzlawick, P. y Nardone, G. (1999). *Terapia breve: filosofía y arte*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. y Nardone, G. (2000). *Terapia breve estratégica*. Barcelona: Paidós (col. *Terapia Familiar*).

Para ampliar la formación

Alianza Española de terapia sistémica breve: Web: <http://www.aetsb.org/>

Escuela de formación en terapia breve estratégica española (Strategic Therapy Center, Sucursal en España):

Web: <http://www.terapiabreveestrategica.es/> E-mail: info@problemsolvingstrategico.it

PSICOGENEALOGÍA

Todo el mundo debería conocer su árbol genealógico. La familia es nuestro cofre del tesoro o nuestra trampa mortal.

ALEJANDRO JODOROWSKY

Definición

La psicogenealogía es aquella disciplina que aplica el estudio del árbol genealógico al proceso terapéutico, pues es indiscutible que nuestros antepasados dejaron una huella en nuestras vidas. *La psicogenealogía es un arte y una ciencia que nos permite comprender mejor nuestra herencia psíquica y, si lo deseamos, transformarla* (Schützenberger, 2007).

Objetivos

El objetivo principal de la psicogenealogía es liberar a la persona de los lastres de los antepasados, y más específicamente:

- a) Conocer las pautas o patrones de repetición en el seno de las familias.
- b) Facilitar la adaptación de pautas alternativas de funcionamiento familiar.
- c) Armonizar las relaciones familiares en el proceso de creación de nuevas familias, así como con las familiares de origen.

Las premisas

La psicogenealogía se basa en la profunda comprensión de la familia, de sus características y modos de funcionamiento. En este sentido, el modelo que ha intentado describirlos ambos con mayor consistencia ha sido el sistémico, que se adopta a continuación para iniciar la aproximación a eso que llamamos familia.

Intentando comprender a las familias desde el enfoque sistémico

Se define familia como *aquel sistema vivo que opera a través de las formas de relación que aparecen entre sus miembros; es un sistema dinámico y cambiante de relaciones interpersonales* (Minuchin, 1986).

Otra definición de familia, según la teoría general de sistemas, sería la de la familia como *un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción que se regula por unas reglas y por unas funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior* (Minuchin, 1986; Andolfi, 1993).

Por tanto, tenemos una familia que se estructura como un conjunto, con una estructura determinada, con unos objetivos a cumplir, y se autoorganiza en continua interacción con otros sistemas. Entiende la familia como un todo integrado en diferentes sistemas que rodean a una familia —tal como se representaba gráficamente al inicio del capítulo— (Bronfenbrenner, 1974): el microsistema (aquellos con los que mantenemos relaciones directas, por ejemplo, nuestra familia), el mesosistema (involucra las relaciones entre microsistemas, por ejemplo, la familia de origen), el exosistema (escuela o comunidad) y el macrosistema (cultura, sociedad, educación, ideología y religión y política, entre otros).

Desde este paradigma ecosistémico conciben a la persona y la familia desde el contexto relacional, dinámico y complejo. Por tanto, una primera parte de la intervención será realizar en análisis del funcionamiento del contexto ecológico de la familia, por ejemplo, a partir de variables comunicativas (*¿cómo se relacionan unos padres con el sistema escuela?, ¿qué tipo de comunicación establecen?, ¿qué percepción tienen de esta comunicación?*).

Hay que considerar que existen muchos *tipos diferentes de familias*, entre las que encontramos actualmente las nucleares (pareja con o sin hijos), la extensa (miembros de diferentes generaciones de una misma familia), la monoparental (formada por un adulto con uno o varios hijos/as), la reconstituida (las familias que se juntan tras una separación) y las homoparentales (progenitores del mismo sexo), entre otras.

Igualmente, además de cómo sea la familia, ésta cumplirá *unas funciones determinadas*. Las familias cubren una serie de necesidades, pues los individuos somos animales sociales con cierto grado de dependencia los unos de los otros. En primer lugar, nuestra familia nos ayuda a generar nuestra personalidad e integrarnos y mantenernos socialmente.

Las familias, como se ha indicado anteriormente, se estructuran en *subsistemas*, como son (Minuchin y Fishman, 1984):

- a) La constelación fraternal: formada por los hermanos y hermanas y las características e interacciones que se mantengan entre ellos/as.
- b) La pareja o constelación conyugal: la conformarán la mujer y el hombre; el hombre y el hombre o la mujer y la mujer que se establezcan en una relación consensuada y con el objetivo de mantenerse ligados en el tiempo.
- c) La constelación parental: padre y madre o progenitores que se hagan cargo de la educación de un hijo/a, sea propio o adoptado/a.
- d) La constelación filial: está formada por los hijos que aporta la constelación conyugal.
- e) La constelación de los abuelos: la forman los padres de los miembros de la constelación conyugal.

Conocidas son *las formas de interacción* de los diferentes sistemas y subsistemas (Minuchin, 1986), las alianzas (asociación entre dos miembros o más de una misma o diferente constelación, por ejemplo, alianza entre madre e hija), las coaliciones y las triangulaciones (asociación de dos personas contra un tercer miembro). Estas estructuras mantienen

determinados *niveles jerárquicos*, lo cual definirá los roles de los individuos dentro del funcionamiento familiar. Hace unos años se hablaba exclusivamente de familia patriarcal, donde era el padre de la familia el máximo exponente del poder; actualmente, las estructuras jerárquicas han ido cambiando y deberán estudiarse en cada una de las familias a las que se atiendan.

Otro aspecto a considerar son las reglas familiares, los mitos y los rituales. Las reglas son aquellos acuerdos implícitos o explícitos que regulan la conducta de las familias. Los mitos son *las creencias bien integradas que comparten todos los miembros de la familia* (Ferreira, 1963). Los rituales son las celebraciones que marcan los cambios en el ciclo vital de la familia, de transición o de continuidad.

Dentro de esta visión general, cabe considerar el funcionamiento de las familias, es decir, su buen o mal funcionamiento. Las familias con un funcionamiento adaptativo muestran roles diferenciados, flexibilidad, complementariedad y relaciones intergeneracionales y con el entorno. Pero conocemos bien que hay sistemas familiares altamente desadaptativos, como aquellos en los que reinan formas de comunicarse violentas o múltiples conflictos, entre otros.

Después de esta presentación de diferentes conceptos sistémicos nos queda la idea de una familia como una entidad compleja que merece un estudio considerado y considerable.

Fundamentos de la psicogenealogía

Heredamos de nuestros antepasados las raíces a partir de las cuales aparecen los estilos de vida más diversos. La psicogenealogía hace referencia al estudio de las pautas de estos antepasados, siendo éstas nuestros orígenes primeros. De hecho, los seres humanos no tenemos edad; puede remontarse hasta la existencia de padres, de ancianos, etc. (Groddeck, 1916).

La psicogenealogía podría definirse como el estudio del árbol genealógico, que permite tomar conciencia de la profundidad de los vínculos que nos relacionan con nuestro sistema familiar. Ello propicia una mejora y un bienestar en todas las áreas de nuestra vida.

La psicogenealogía debe servir como un instrumento de observación de la familia y sus componentes, así como de ayuda en la mejora de ciertos patrones que se repiten; no se considera como una fórmula para etiquetar o diagnóstico. Así, se pretende que ésta haga aflorar estas dinámicas inconscientes para trabajar en el crecimiento y la mejora personal y familiar —presente y futura—.

El método para poder conocer estas pautas iniciales será el **genosociograma**. En este sentido, se trata de intentar decodificar la información a través de las palabras, de las preguntas. Igualmente, se puede hacer de forma más específica tratando de buscar (y preguntándonos) sobre las improntas que nos han dejado. Pondremos un ejemplo de hasta qué punto la familia determina nuestra realidad. *La elección de pareja se establece en función de la relación con las historias de las parejas familiares, con las afiliaciones e*

identificaciones anteriores (Del Castillo, 2013). Pensemos que nos juntaremos con aquellos que se acerquen a esta lógica inherente subconsciente. Se puede escoger la pareja condicionados por el nombre y el estatus (me juntaré con una persona de esta familia), para la identificación (tiene los mismos problemas que yo y, por tanto, sabrá entenderme perfectamente), e incluso, por el espacio físico al que pertenecen.

Toda esta información que se recoge sirve para un objetivo esencial, como es el del deseo de reparación y romper con patrones que no funcionen y mejorarlos para dar salud a los que vengan por detrás.

Los programas vitales (familiares)

La programación vital son aquellos programas que nos venden instalados de base (los mensajes que nos han repetido y nos hacen ser como somos), como, por ejemplo (Del Castillo, 2013):

- ⇒ Sabotaje de los lazos afectivos («te quedarás soltero/a», cuando el padre o la madre no tienen una buena relación entre ellos y uno o el otro establece una relación intensísima de apego).
- ⇒ Sabotaje de la madurez («no crezcas», tiene que ver con la necesidad de ejercer poder y dominio).
- ⇒ Sabotaje de la infancia («crece rápido», invistiendo de atribuciones adultas probablemente por la inmadurez de los padres).
- ⇒ Sabotaje en relación a los secretos de familia (frases repetidas a los niños con contenido castrador, expresan vergüenza e incapacidad para afrontar un problema).
- ⇒ Sabotaje de la confianza en los demás («no te fíes de nadie»).
- ⇒ Sabotaje del ser («trabaja, trabaja y trabaja y ahorra todo lo que puedas», el valor del trabajo como tónica dominante).

Podemos hablar de sabotajes o de creencias que nos infunden las familias, en todo caso se estructuran como formas de funcionamiento, como se ha mostrado, claramente desadaptativas.

Los sentidos simbólicos y la identificación

Las vivencias que se relacionan con estos programas vitales adquieren un sentido simbólico, lo que significa que les otorgamos una interpretación de validación del patrón. Así, creamos no sólo pautas de funcionamiento, sino, probablemente, acompañamos a éstas de rituales o actos simbólicos. Pensamos en los rituales importantes para la familia, por ejemplo, la celebración de aniversarios o los enterramientos. Estos actos simbólicos también nos darán información de la importancia que otorga la familia a ciertos aspectos, por ejemplo, en estos casos, en la individuación de la persona o las despedidas y los procesos de duelo.

La identificación es el proceso por el cual nos relacionaremos con aquellas personas en el seno de nuestra familia con los que encontremos mayor similitud. Por ejemplo, podemos formar un grupo de «los incomprensidos» por el resto de la familia, lo que denota que hemos creado un espacio de reflexión acerca de las diferencias y puede que sobre la tolerancia de las mismas —o no, y también podríamos crearlo sobre el enfrentamiento hacia los que nos agreden—.

Los nudos y trampas

Existen ciertas circunstancias que nos bloquean, que nos ligan a un determinado funcionamiento y a una realidad. A. Jodorowsky y M. Costa (2011) señalan la importancia del papel de nuestros padres a la hora de crear estos nudos. Así, en múltiples ocasiones, en el entorno terapéutico, encontramos personas marcadas por un padre ausente, por una madre sobreprotectora, por algún progenitor excesivamente autoritario, etc. Se añade una perspectiva a las teorías del inconsciente, como es la del inconsciente familiar, que siempre nos acompaña y que merece consideración, observación y evolución.

Las trampas son aquellas circunstancias en las que nos dejamos llevar por esa dinámica familiar inconsciente. No cuestionamos esa realidad, sino, simplemente, la integramos y podemos caer en juegos realmente patológicos, de ahí la denominación de trampas.

Descripción técnica

La psicogenealogía se desarrollará en diferentes fases, respondiendo a la dinámica de considerar-observar-evolución:

- ⇒ **Fase 1.^a. Toma de conciencia y observación.** Será el momento en que la persona pueda asumir la importancia de su familia en sí mismo/a. Empezará a ser consciente del alcance y el enraizamiento existencial que le conlleva haber nacido en la familia que ha nacido. Por ejemplo, haber nacido en un barrio desfavorecido determina una posición hacia las conductas de riesgo, el dinero, las posiciones sociales, etc.
- ⇒ **Fase 2.^a. Recogida de datos.** Se recogen los máximos datos posibles acerca de nuestra familia de origen y las situaciones que éstos hayan tenido que vivir, especialmente de duelos difíciles y/o ancestrales, así como de lealtades existentes —por lo mencionado de la identificación— y secretos familiares. Se estudiarán los subsistemas señalados: los padres, las parejas, los hermanos y los abuelos, observando de qué manera se relacionaban.
- ⇒ **Fase 3.^a. Mapeo genealógico.** Una vez se recoge la información, se intentará plasmar la misma en el árbol genealógico y en una especie de mapa que nos define en nuestra familia actual, la de origen e incluso la ancestral. Como señalan diferentes autores,

observaremos correspondencias en fechas, traumas, conductas, síntomas, etc.

- ⇒ **Fase 4.ª. Planificación de intervenciones.** Una vez observado nuestro árbol familiar, será necesario estructurar una serie de intervenciones que armonicen y nos ofrezcan un espacio de crecimiento. Desde la psicogenealogía se aplican técnicas de logoterapia, análisis transaccional, psicodrama o psicología transpersonal, entre otras.

La psicogenealogía trabajará en pro de un futuro mejor, el nuestro y el de nuestra familia, cambiando los nudos y las trampas por un tesoro —el que nos dejaron ancestros y familia de origen—.

EJERCICIOS

Las estrategias básicas que se utilizan desde la psicogenealogía serán el análisis del árbol genealógico y el análisis del proyecto de sentido:

- ⇒ *El árbol genealógico* es una representación gráfica de los antepasados y descendientes de una forma organizada y sistemática, físicamente en forma de árbol. En el árbol genealógico se derivan dos líneas: *a)* la línea de sangre (de filiación y sucesión masculina) y *b)* la línea de ombligo (la filiación y sucesión femenina). Existen diferentes métodos para realizarlo, como los de registro o de registro modificado, entre otros.

La psicogenealogía recoge la información en el árbol genealógico con la premisa de detectar determinados comportamientos inconscientes que se transmiten de gene-ración en generación con el objetivo de sanarse. Se considera que estos comportamientos inconscientes generan nudos que dificultan la evolución de los miembros posteriores de la familia. Estos nudos se graban en nuestro inconsciente personal y nos condicionan irremediablemente de forma que nos conducen a repetir lo que se acaba convirtiendo en patrones. Cuando hablamos de patrones, se ha visto repetir en personas de una misma familia fechas, enfermedades, situaciones y otros fenómenos. Se considera que estos patrones se pueden remontar hasta cuatro generaciones anteriores a nosotros/as, si no más. Además, al encontrar un patrón se creará una resistencia al cambio, un intento de reprender el camino marcado por nuestra extirpe.

Al hacerse consciente de este funcionamiento inconsciente utilizando el árbol como instrumento, se da lugar a una nueva posibilidad de cambio y crecimiento.

La información que se debe recoger acerca de nuestros familiares será la siguiente (Del Castillo, 2013):

- a)* Datos personales: nombres y apellidos, fecha de nacimiento y fallecimiento, así como la causa.

- b) Datos familiares: hijos/as, abortos voluntarios o involuntarios, fallecimientos prematuros y otros vínculos significativos, así como separaciones y divorcios.
- c) Datos clínicos: enfermedades, las cuales nos dan una información precisa de nuestros antecedentes familiares.
- d) Datos sociolaborales: estudios y/o profesión y acontecimientos sociales destacables, por ejemplo, ruinas económicas, migraciones u otros.
- e) Otros datos de interés: dejando un espacio para aquella información que pueda ser útil y/o complementaria.

Una de las premisas que debemos mantener es que no es información fácil de conseguir y que quedarán algunas lagunas o espacios en blanco, lo cual puede que muestre información importante acerca de secretos familiares (información que se obvia).

La información se colocará en el árbol de forma que quede clara y nos sea positiva gráficamente, lo que se denomina *montar el árbol*. Por ejemplo, se puede incluir la información relativa a la persona al lado del nombre o reservar un espacio al final de la hoja y clasificar por temas.

Posteriormente, la idea es poder analizar toda esta información y su implicación en nuestra realidad actual.

- ⇒ *Genograma*: sería una representación gráfica de la familia, incluyendo tantas generaciones como sean necesarias, con la finalidad de comprender mejor nuestro sistema, detectar ciertos patrones de repetición e intervenir para la mejora de sistemas posteriores. El genograma debe incluir información básica (nombre, género o edad) y las relaciones establecidas (parejas, padres, separaciones, etc.), así como cualquier información que pueda resultar de utilidad para los objetivos anteriores. Desde la psicogenealogía se ha creado una variación de este instrumento, el *sociogenograma*, el cual incluirá aquella información básica, así como una significativa (experiencial, fechas, etc.) que nos ofrezcan una visión precisa de la complejidad de nuestro sistema familiar.
- ⇒ *Proyecto de sentido*: es aquel que se dedica al estudio de las vivencias paternas sobre nuestros primeros tres años de vida. Indiscutible es que los primeros años de vida de un bebé son claves para el desarrollo. En este sentido, la psicogenealogía añade un nuevo eslabón, y es que la creación de la idea del bebé, así como su gestación, se añadirían al estudio de los primeros tres años de vida. Por ello se recomienda poder recoger información acerca de las situaciones más significativas vividas desde que nace la idea de tener un/a hijo/a hasta los primeros tres años de éste/a. Por tanto, sería poder comprender la evolución de este proyecto de sentido o de formación de un ser humano.

Así, se trataría de analizar nuestra familia unas cuantas generaciones, en lo que se dice

y lo que no se dice y observar qué nos cuenta esta información.

Ámbitos de aplicación

La psicogenealogía se puede utilizar a favor de cualquier persona que presente cierta conflictividad familiar o haya desarrollado nudos (que no lazos) considerables con su entorno familiar.

Para ampliar la información

- Abeijón, J. A. (1987). Los sistemas en la demanda del toxicómano. *Revista comunidad y drogas*, monografía 1.
- Ackerman, N. (1970). *Teoría y práctica de la terapia familiar*. Buenos Aires: Proteo.
- Andolfi, M. (1987). *Terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. En *International Encyclopedia of Education*, vol. 3, 2.a ed. Oxford: Elsevier.
- Canault, N. (2009). *Cómo pagamos los errores de nuestros antepasados: una introducción a la psicogenealogía*. Madrid: Obelisco.
- Del Castillo, P. (2013). *La psicogenealogía aplicada*. Madrid: Obelisco.
- Espinal, I., Gimeno, A. y González, F. (2004). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista internacional de sistemas*, vol. 14, 2004-2006, de la *Sociedad Española de Sistemas Generales (SESGE)*.
- Ferreira, A. J. (1963). Family myth and homeostasis. *Archives fo General Psychiatry*, 9, 457-463.
- Fisch, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Groddeck, G. (1916). *The book of the It*. Nueva York: Nervous and Mental Disease Publications.
- Jodorowsky, A. y Costa, M. (2011). *Metagenealogía: árbol genealógico como arte terapia y búsqueda del yo esencial*. Madrid: Siruela.
- Langlois, L. y Langlois, D. (2010). *Psicogenealogía: cómo transformar la herencia psicológica*. Madrid: Obelisco.
- Schützenberger, A. A. (2002). *Ay, mis ancestros*. Buenos Aires: Omeba.
- Schützenberger, A. A. (2005). *La voluntad de vivir*. Buenos Aires: Omeba.
- Schützenberger, A. A. (2011). *Salir del duelo*. Buenos Aires: Aguilar.
- Schützenberger, A. A. (2012). *Ejercicios prácticos de psicogenealogía*. Buenos Aires: Aguilar.
- Van Eersel, P. y Maillard, C. (2004). *Mis antepasados me duelen: psicogenealogía y constelaciones familiares*. Madrid: Obelisco.

Para ampliar la formación

Instituto Internacional de Psicogenealogía

Dirección: Via C. Rusconi, 7 a/b. 40131 Bologna.

Web: <http://www.lapsicogenealogia.it/>

TERAPIA INTEGRAL DE PAREJA

Definición

La Terapia Integral de Parejas (TIP) parte de la idea de que las parejas tienen dificultades para realizar intercambios positivos y solucionar problemas conjuntamente, así como para comunicarse de forma fluida. La TIP plantea tres líneas de trabajo con las parejas: los intercambios conductuales, el entrenamiento en solución de problemas y la comunicación efectiva.

Objetivos

El objetivo principal de la TIP *pasa a ser el cambio en el contexto psicológico en el que ocurren los problemas de pareja* (Morón, 2006). De forma más específica, se tratará de promover el conocimiento de los factores implicados en los diferentes problemas de pareja y utilizar reforzadores en relación a las conductas más saludables, así como realizar los cambios en el ambiente pertinentes para promover el cambio en la relación de pareja.

Las premisas

N. Jacobson y G. Margolin (1979) publican su obra *Marital Therapy: Strategies base on social learning behaviour Exchange principle*, en la que señalan que los problemas de pareja surgen de una incapacidad de sus miembros de hablar saludablemente, de realizar intercambios po-sitivos y de solucionar problemas conjuntamente.

La TIP como terapia contextual

La TIP se considera una terapia contextual en tanto que considera que los principales problemas de pareja se deben a éste. La historia de la pareja y de sus miembros también influirá en el desarrollo de éstos, ya que nuestras experiencias determinan la forma en que nos comportamos en el presente.

La resolución de numerosos problemas de pareja se consigue mejor cambiando el contexto en el que se vuelve problemática la conducta, que cambiando la conducta problemática (Koerner, Jacobson y Christensen, 1994). Los cambios que persigue la TIP son de primer y segundo orden, es decir, de comportamientos determinados y de aceptación de la conducta de la pareja (Hayes, 1994, 2004), de ahí que se promueva el cambio de contexto más que de uno u otro comportamientos. Si cambia el ambiente, los miembros de la pareja deben generar nuevas formas de actuar.

Elementos teóricos de la TIP

El primer elemento teórico que define la TIP son *las vulnerabilidades*, que serían los puntos débiles o que más afectan a cada uno de los miembros de la pareja. Estas vulnerabilidades hacen que se dispare el conflicto, en ocasiones sin correspondencia, entre el disparador y la intensidad del enfrentamiento. Estas vulnerabilidades son personales, determinadas por la historia de cada uno/a.

Las quejas de las personas que acuden a terapia de pareja tienen que ver en su gran mayoría con *incompatibilidades*. Las incompatibilidades se desarrollan en dos sentidos:

- ⇒ Similitudes que mantenemos con nuestra pareja que nos sitúan en una posición de competencia, por ejemplo, si ambos somos personas de mando, podemos generar enfrentamientos por la toma de decisiones.
- ⇒ Diferencias que generan distancia entre las formas de funcionar, así como incompreensión de la posición del otro. Por ejemplo, una queja común en las parejas es el reclamo de la necesidad de cariño *versus* las necesidades sexuales, manifestadas de forma diferente en cada uno de los miembros de la pareja.

Estas incompatibilidades no son las que producen el conflicto, sino que la forma de afrontarlas y resolverlas será el problema. Por ejemplo, una manera de explicitarlo sería si frente a la diferencia señalada un miembro obliga a su pareja a mantener relaciones sexuales sin quererlo, de ahí surgirá el enfrentamiento. Una de las premisas sobre las que se basa la TIP es que *la pareja acepta comportamientos inadmisibles el uno en el otro* (Atkins, Eldridge, Baucom y Christensen, 2005; Barrero, 2008; Cano y Leonard, 2006; Christensen, Atkins, Baucom y Yi, 2010; Christensen y Jacobson, 2000; Cordova, Cautilli, Simon y Sabag, 2006; Jacobson y Christensen, 1996; Jacobson, Christensen, Prince, Cordova y Eldridge, 2000; South, Doss y Christensen, 2010; citado por Vargas y Ramírez, 2013, p. 54).

Los patrones de interacción destructivos más comunes en las parejas son (Jacobson y Christensen, 1996):

- a) *La evitación mutua*, que se manifiesta cuando ambos evitan afrontar el problema, hablar de ello e incluso reconocerlo.
- b) *La interacción negativa mutua*, en la que la pareja se ataca uno a otro de forma continua.
- c) *La demanda-retirada*, en la que uno demanda mediante interacciones negativas como la coerción, la amenaza, la acusación, la manipulación emocional o el chantaje y la otra persona se retira.

La lectura que se hace de estas tres situaciones es que uno de los dos tiene problemas psicológicos —momento en el cual acude sólo uno/a de ellos a terapia, dirigido por el otro—, lo identifica como un hecho realizado por maldad o por falta de habilidades. Se habla de la

pareja en términos de enfermedad («él/ella está mal»), de moral («él/ella es malvado/a y lo hace con toda la intención») y/o de competencia («él/ella no es capaz»). Lógicamente, la persona que recibe o intuye esta lectura intentará cambiar y adaptarse a las demandas de la otra persona.

La definición que se debe realizar del problema desde la TIP se realizará a partir de tres elementos (Morón, 2006):

- ⇒ La delimitación de la problemática (descripción de ambos).
- ⇒ Identificación de las conductas problemáticas que se dan de una sesión a otra.
- ⇒ Detección de los patrones de interacción destructivos y cómo actúa cada uno cuando éstos se dan.
- ⇒ La trampa mutua, que hace referencia al momento en el cual la pareja no ve opción de solución ni salida de la situación.

El rol del terapeuta

Es tarea del terapeuta conseguir que la sesión se convierta en un contexto más dentro de la vida de la pareja para poder intervenir directamente sobre los problemas, tal y como es característico de otras terapias de tercera generación (Kolenberg y Tsai, 1991).

El terapeuta debe poner en funcionamiento una serie de habilidades en la TIP, como son (Vargas y Ramírez, 2013): *sensibilidad al contexto, aceptación, habilidad para descubrir y mantener el foco de la formulación, habilidad para mantener una atmósfera terapéutica sin confrontación, pese a la presencia de conflictos severos, y habilidad en el uso del lenguaje, de forma que se adecúe a las particularidades de los consultantes*. Es necesario centrarse en las aportaciones de la pareja, tanto intra como intersesiones, a eso se refieren con sensibilidad al contexto, e igualmente se señalaría la necesidad de tener en cuenta todas las variables implicadas, las personales y las ambientales. La aceptación es comprender que los problemas tienen su origen, su forma de desarrollo y su resolución. Aceptar no significa estar de acuerdo en todo sino respetar la forma y el contenido que aporten los clientes, señalando aquellos que puedan resultar disfuncionales. La parte evaluativa incluirá la necesidad de conocer las bases del análisis funcional para poder definir el problema de una forma operativa. Las sesiones no se pueden convertir en un momento de discusión sin fin, de ahí que el terapeuta tenga la función de regular la atmósfera y de mostrar otras formas de decir las cosas que puedan ser conflictivas, en el lenguaje y el comportamiento.

Se espera del terapeuta de la TIP que se muestre neutral frente a la pareja y desarrolle una atmósfera en la que poder dialogar y, sobre todo, construir un futuro mejor.

Descripción técnica

La TIP se centrará en los siguientes aspectos (Morón, 2006):

1. Diálogo a partir de las situaciones conflictivas que hayan surgido alrededor de un tema.
2. Detección de situaciones en las que el conflicto lo ha podido resolver la pareja con éxito.
3. Promover situaciones que se valoran como positivas y ayudan a mantener la pareja.

El proceso terapéutico de la TIP se desarrollará en diferentes fases, que se presentan a continuación:

⇒ **Fase 1. Evaluación conductual.** Durará alrededor de cuatro sesiones, las iniciales, realizándose la primera con ambos, la segunda y la tercera con cada uno de ellos individualmente y la tercera nuevamente conjunta. En las tres primeras se recoge toda la información y en la última se realiza un *feedback* de todo ello para generar el plan de intervención entre todos. La información se recoge mediante entrevista clínica u otros instrumentos de evaluación. La información a atender será: la explicitación del problema (motivo de consulta de cada uno), los intentos de solución, las variables que desencadenan el problema, las que lo mantienen y las protectoras. Desde la TIP se señalan tres elementos esenciales a tener en cuenta durante esta fase, más allá del análisis funcional básico, como son (Barrero, 2008; Jacobson y Christensen, 1996; Jacobson y cols., 2000): *a)* el tema, *b)* el proceso de polarización y *c)* la trampa mutua:

- *El tema.* No sólo será la explicitación del problema por parte de ambos, sino cómo afectará su superación o cambio al sistema conyugal y al resto de sus vidas.
- *El proceso de polarización.* Señala los intentos que una persona hace de imponer a su pareja una manera de actuar determinada. También incluye todos los componentes anteriores definidos como interacciones destructivas.
- *La trampa mutua.* Sobre la que cae la pareja tras el proceso de polarización. Sobreviene una sensación de estancamiento y distanciamiento de uno/a mismo/a. En la persona que intenta imponer también cae la trampa, pues suele sentir culpa —por lo hecho— o decepción —porque probablemente el comportamiento no se ha desarrollado como sus propias expectativas preveían—.

⇒ **Fase 2. Intervención conductual.** La intervención conductual irá dirigida, tal como se ha señalado anteriormente, a conseguir tres objetivos:

- Intercambio de conductas positivas entre ambos miembros de la pareja.
- El entrenamiento en solución de parejas, desde un modelo resolutivo y no emocional y conflictivo.
- La generación de una comunicación cálida, cercana y eficaz, hasta cuando se traslada información emocional y conflictiva.

Se les enseña a los esposos a ser sus propios terapeutas con la esperanza de que al finalizar la terapia utilicen sus nuevas habilidades en futuras situaciones de conflicto (Jacobson, 1984).

⇒ **Fase 3. Evaluación final y cierre.** Se valora que se han conseguido los objetivos planteados en el plan de intervención inicial.

La TIP intenta realizar un abordaje integral de la conducta de los miembros de una pareja.

EJERCICIOS

El desarrollo de la segunda fase citada en el apartado anterior será a partir de dos tipos de estrategias, las de aceptación y las de cambio. Las estrategias de aceptación son aquellas que están dirigidas a que cada persona pueda aceptar las similitudes y diferencias de su pareja, pues en las similitudes encontraremos complicidad y en las diferencias, riqueza. Las estrategias de cambio serán las dirigidas a la modificación de conductas y/o adquisición de habilidades específicas. Estas estrategias son (Vargas y Ramírez, 2013) las que se encuentran en la tabla 11.1.

TABLA 11.1.
Estrategias y técnicas de la TIP (adaptado de Vargas y Ramírez, 2013)

TIPOS DE ESTRATEGIAS	OBJETIVOS DE LAS ESTRATEGIAS	TÉCNICA
Estrategias de aceptación	Cambio en la conceptualización del problema como conflicto para pasar a problema como posibilidad de intimidad y mejora de la relación.	Acercamiento empático al problema. Separación unificada. Tolerancia.
Estrategias de cambio	Promover los cambios necesarios para la mejora de la relación interpersonal de pareja.	Intercambio positivo de conducta. Entrenamiento en habilidades comunicativas y solución de problemas.

A continuación se definirán las técnicas señaladas en los diferentes tipos de estrategias (Vargas y Ramírez, 2013):

⇒ *Técnica de acercamiento empático:* también se denomina unión empática. Se intenta promover la unión de la pareja a partir de la aceptación de sus similitudes y sus diferencias. Se interrelacionará la conducta con la historia personal para entender mejor. La pregunta a responder es *¿qué le ha llevado hasta este momento o a hacer esto de esta manera?*

Una fórmula trata de explicar la aceptación necesaria (Jacobson y Christensen,

1996): *Dolor + Acusación = Conflicto/Dolor – Acusación = Aceptación*. Esto señala que si frente a algo que produce dolor a nuestra pareja añadimos acusaciones y reproches, generaremos un conflicto mayor. Si frente al dolor no se acusa, se llega al acercamiento y la comprensión.

A nivel comunicativo se trata de pasar de expresiones duras a expresiones blandas, tal como señalan estos autores. Por ejemplo, en vez de decir «tú tienes la culpa, no deberías haber hecho, ya te lo dije», podríamos decir «siento lo que estás pasando, podemos pensar algo juntos».

Otro aspecto sería lo que denominan conductas de vulnerabilidad, es decir, aquellas en las que la persona se siente frágil y posiblemente poco capaz. Ésta será una nueva oportunidad para acercarse, *vehículos para la intimidad* (Jacobson y Christensen, 1996).

- ⇒ *Técnica de separación unificada*: la distancia se debe tomar respecto al problema, intentando analizar y dialogar del mismo modo como si le ocurriera a otra pareja (a ello/a o a ellos).
- ⇒ *Técnica de tolerancia*: cuando no funcionan las primeras, se utilizan éstas para si no aceptar, llegar a tolerar las diferencias. Se desarrollará a partir de tres herramientas: el *role playing* de la conducta negativa durante la sesión, la imitación de la conducta negativa tal como se da en casa y las habilidades de autocuidado.
- ⇒ *Técnicas de intercambio positivo de la conducta*: basándonos en la terapia conductual para parejas, algunos de los ejercicios que se recomiendan en este apartado son:

- Registrar durante una semana todos los comportamientos del otro que valoramos como positivos.
- Trasladar mediante mensajes verbales o no verbales que nos hemos fijado en estos detalles y los hemos valorado positivamente.
- *Caja de los deseos*, en la que se recogerán deseos de uno y otro en papeles de colores diferentes. Se debe sorprender a la pareja recogiendo un número de papeles determinado a la semana.
- *Acuérdete cuando...*, sería un intento de recuperar, por ejemplo, poniéndolo en una lista o recuperando fotos antiguas, momentos especiales y significativos para la pareja.
- *Momentos de pareja*, que muchas veces y por variados motivos se postergan. En este momento se trata de crear un listado de actividades agradables para la pareja y que éstos se vayan realizando.

Se recogen estos ejercicios a título de ejemplos que se podrían ampliar a partir de los manuales de terapia conductual de parejas.

- ⇒ *Técnicas de habilidades comunicativas en la pareja*: incluyen las técnicas

comunicativas del capítulo de técnicas lingüísticas, pero algunas más específicas serían:

- *Tiempo fuera*: frente a situaciones conflictivas, recomendar salir de la situación, siempre avisando a la otra persona del tiempo que vamos a estar fuera y por qué. Se debe utilizar de forma puntual y pautada, pues, de lo contrario, puede vivirse como una evasión de los problemas cuando pretende ser un ejercicio para disminuir la emoción.
 - *Escucha activa*: el primer paso en la comunicación. Escuchar atentamente y hacer saber a la otra persona que mantenemos esta atención sobre sus palabras. Para ello se puede promover el modelado de la conducta para aprender a escuchar debidamente.
 - *No reproches o críticas, evitar el «por qué eres así» sino «has hecho esto que me ha molestado»*: No personalizar, pues estaríamos cayendo en los reproches y críticas personales.
 - *Práctica guiada*: mediante guion, en el que se pueden adoptar diferentes roles, como, por ejemplo, el de oyente, el emisor, el juez e incluso al otro —siempre en un clima de respeto y no de ridiculización—.
- ⇒ *Técnicas de resolución de problemas conjunto*: a la hora de intentar resolver un problema de forma conjunta hay que establecer unos mínimos: encontrar el espacio y el tiempo adecuados para abordarlo y plantearlo desde una actitud colaboradora y buena disposición. A partir de esta consideración, la solución de problemas se desarrolla en las siguientes fases (Jacobson y Christensen, 1996):
- La definición del problema, marcando una serie de objetivos y dejando de lado actitudes como intentar salirme con la mía, la venganza o intentar infligir daño. La definición debe incluir: la Descripción de la conducta problema + Situaciones en las que se da + Consecuencias para ambos y reconocimiento de responsabilidades de ambos.
 - La solución del problema, decir opciones, definir alternativas, decidir y ejecutar, así como evaluar cómo ha ido esta puesta en marcha.

Al final, la idea es trasladar a las parejas que es necesario manejar la aceptación —así como la admiración— de la persona que es su pareja, y esforzarse para cambiar a favor de una relación mejor.

La TIP se ha aplicado a problemas de pareja, mostrando mayor efectividad que la terapia conductual de pareja (Jacobson y Addis, 1993). Propone Jacobson (1992) que la diferencia entre ambas radica en que las segundas (TCP) no llevan a cabo un análisis funcional del problema, no atienden a los reforzadores naturales presentes en la situación —simplemente aplican reforzadores que pueden ser arbitrarios— y no se trabaja sobre habilidades, sino conductas específicas que vuelven a reproducirse en su modo inicial.

Para ampliar la información

- Barraca, J. (2015). Integrative behavioral couple therapy (IBCT) as a third-wave therapy. *Psicothema*, 27 (1), 13-18.
- Baucom, D. H., Shoham, V., Mueser, K. T., Daiuto, A. D. y Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 53-88.
- Chapman, A. L. y Compton, J. S. (2003). From traditional behavioral couple therapy to integrative behavioral couple therapy: new research directions. *The behavior analyst today*, 4, 17-25.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D. H. y Simpson, L. E. (2004). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72, 176-191.
- Christensen, A., Jacobson, N. S. y Babcock, J. C. (1995). Integrative behavioral couple therapy. En N. S. Jacobson y A. S. Gurman (eds.), *Clinical handbook of couple therapy*. Nueva York: Guilford Press, pp. 31-64.
- Christensen, A., Sevier, M., Simpson, L. E. y Gattis, K. S. (2004). Acceptance, mindfulness and change in couple therapy. En S. C. Hayes, V. M. Follette y M. M. Linehan (eds.), *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral tradition*. Nueva York: Guilford Press, pp. 288-309.
- Cordova, J. V. (2003). Behaviour analysis and the scientific study of couples. *The behavior analyst today*, 3, 412-420.
- Cordova, J. V., Jacobson, N. S. y Christensen, A. (1998). Acceptance versus change interventions in behavioral couple therapy: impact on couples' in-session communication. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 437-455.
- Doss, B. D., Thum, Y. M., Sevier, M., Atkins, D. C. y Christensen, A. (2005). Improving relationships: mechanisms of change in couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 624-633.
- Jacobson, N. S. (1984). A component analysis of behavioral marital therapy: the relative effectiveness of behavioral exchange and communication/problem solving training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 295-305.
- Jacobson, N. S. (1992). Behavioral couple therapy: a new beginning. *Behaviour therapy*, 23, 493-506.
- Jacobson, N. S. y Addis, M. E. (1993). Research on couples and couple therapy: What do we

- know? Where are we going? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 85-93.
- Jacobson, N. S. y Christensen, A. (1996). *Integrative Couple Therapy: promoting acceptance and change*. Nueva York: Norton.
- Jacobson, N. S. y Margolin, G. (1979). *Marital Therapy: Strategies Based on Social Learning Behavior Exchange Principles*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J. y Eldridge, K. (2000). Integrative Behavioral Couple Therapy: an acceptance-based promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 251-355.
- Koerner, K., Jacobson, N. S. y Christensen, A. (1994). Emotional acceptance in integrative behavioral couple therapy. En S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette y M. J. Dougher (eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*. Reno, NV: Context Press, pp. 109-118.
- Morón Gaspar, R. (2006). Terapia integral de pareja. *EduPsykhé. Revista de psicología y educación*, vol. 5 (2), 273-286.
- Snyder, D. K. (1979). Multidimensional assessment of marital satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 813-823.
- Vargas, L. F. y Ramírez, R. (2013). Terapia conductual integrativa de pareja: descripción general de un modelo con énfasis en la aceptación emocional. *Revista Ciencias sociales*, 139, 53-63/2013 (I).

Para ampliar la formación

Asociación Española de Psicología Clínica Cognitivo Conductual (AEPCCC)

Web: <http://www.aepccc.es/>

Teléfono: 661688817

Email: aepccc@aepccc.es

12. TÉCNICAS DE CRECIMIENTO PERSONAL Y ESPIRITUALIDAD

Las personas estamos en continuo proceso de cambio, bien sea por nuestras circunstancias externas o por nuestra necesidad de avanzar, de mejorar. Los procesos de crecimiento personal se basan en esta premisa en tanto que plantean tomar conciencia y potenciar nuestros talentos, así como superar nuestras limitaciones (en este sentido se utilizan ambos términos: crecimiento y superación). Asimismo, es lícito que la propia persona inicie este tipo de procesos a partir de los recursos propios, por ejemplo, con las herramientas y materiales que proponen los manuales de autoayuda. Si el objetivo del ser humano es conseguir el bienestar personal, éste podrá lograrlo a partir de medios propios y terapéuticos. Por ello es un ámbito que no podemos negar que existe, sino, más bien, posicionarnos de una forma profesional, empezando por el análisis de este tipo de materiales —encontrando los libros que pueden ser de gran interés—, así como acompañando y propiciando esta superación y crecimiento —que suponen la base del proceso terapéutico en casos clínicos y subclínicos—.

La espiritualidad es un valor. Proviene éste de la palabra espíritu, es decir, de aquello que estaba en las bases de la formulación de la psicología. Hace décadas se definía la psicología como la ciencia del estudio del alma; por tanto, es inevitable considerar el alma como parte de nuestro trabajo —respetando todas las creencias personales, existenciales y religiosas—. La inteligencia espiritual es un término en auge actualmente, definido como *la parte inmaterial, intelectual o moral del hombre* según el *Diccionario de Oxford* o *las preguntas sobre el sentido y el propósito de la vida*, por la OMS. De hecho, como podemos observar, se ha vinculado un valor como es la espiritualidad con un indicador de inteligencia. Por tanto, la espiritualidad va ganando terreno en los últimos tiempos.

El problema es que el término espiritual se relaciona directamente con prácticas religiosas, y en este punto se presentarán propuestas integrales que incluyen conceptos que seguramente trabajamos de forma cotidiana en el proceso terapéutico, por ejemplo, la aceptación de la ambigüedad o de la inevitabilidad del sufrimiento humano, ambos conceptos que se nos presentan en la terapia zen.

Se trata de realizar una aproximación flexible y profesional a conceptos que pueden ayudar en el proceso terapéutico.

TERAPIA TRANSPERSONAL

El hombre que se levanta aún es más grande que el que no ha caído.

CHUANG TZU

Estas herramientas son para la psicología como el microscopio para la biología, o el telescopio para la astronomía.

STANISLAV GROF

Definición

La psicología transpersonal trata del estudio de los potenciales más elevados de la humanidad y del reconocimiento, comprensión y actualización de los estados de conciencia unitivos, espirituales y trascendentes (Lajoie y Shapiro, 1992).

El término transpersonal significa «más allá» o «a través» de lo personal, y se refiere a las experiencias, procesos y eventos que trascienden nuestra limitada sensación habitual de identidad y nos permiten experimentar una realidad mayor y más significativa (Daniels, 2008).

La psicología transpersonal es un modelo que aspira a integrar los diferentes aspectos que forman parte de los seres humanos, incluyendo la variable de espiritualidad o trascendencia. Es un modelo que pretende comprender ciertos estados, que se denominan elevados, de la conciencia humana.

Objetivos

La psicología transpersonal tiene como objetivo principal comprender, describir e intervenir sobre los elementos espirituales que conforman al ser humano. Los objetivos específicos serían la definición y actuación sobre conceptos como las experiencias místicas o metafísicas y la conciencia de la propia muerte; la conexión con memorias pasadas, entre otros. Concretamente, la terapia transpersonal pretende (adaptado de Grof, 1986, 1994, 2000):

- ⇒ Contribuir al desarrollo integral del ser humano, en todas sus instancias.
- ⇒ Favorecer el autoconocimiento y los procesos de crecimiento y superación personal.
- ⇒ Desarrollar una conciencia y exploración de los niveles más profundos de la mente, inconscientes y desconocidos.
- ⇒ Superar las problemáticas del ego, así como los posibles traumas y consecuencias que éstos dejan en nuestro ser y bloqueos emocionales, cognitivos y físicos.
- ⇒ Promocionar propuestas de sanación —conectando con el yo y el niño interior—, así

como de superación de crisis espirituales.

⇒ Conocer y trabajar en pro de nuestra misión o propósito de vida.

Por tanto, la psicología y la terapia transpersonal es una propuesta de exploración, de ampliar miras y de intervenir sobre aspectos que tal vez no habíamos considerado con anterioridad.

Las premisas

Una de las primeras **definiciones** acerca de la psicología transpersonal afirma que ésta es *el título dado a una fuerza que emerge en el campo de la psicología por obra de un grupo de psicólogos y de profesionales de otros campos, quienes se interesan en esas capacidades y potencialidades humanas últimas que no tienen lugar sistemático en una teoría positiva o conductista (primera fuerza), en la teoría psicoanalítica clásica (segunda fuerza) ni en la psicología humanista (tercera fuerza). Esta emergente psicología transpersonal (cuarta fuerza) se ocupa específicamente del estudio científico empírico y de la implementación responsable de los descubrimientos pertinentes, del devenir, las metanecesidades del individuo y de la especie, los valores últimos, la conciencia unitiva, las experiencias cumbre, los valores B, el éxtasis, la experiencia mística, el temor reverencial, el ser, la autorrealización, la esencia, la beatitud, el prodigio, el sentido último, la trascendencia del sí mismo, el espíritu, la conciencia cósmica, la sinergia del individuo y de la especie, el encuentro máximo interpersonal, la sacralización de la vida cotidiana, los fenómenos trascendentes, la autoironía y el espíritu de juego cósmicos, la máxima toma de conciencia personal, la capacidad de respuesta y expresión y conceptos, experiencias y actividades relacionadas con todo ello* (Sutich, 1968).

Psicología transpersonal hace referencia a elementos o procesos que van más allá de lo personal, por tanto, que trascienden al ser humano. Desde ésta se consideran básicamente dos tipos de elementos: a) el potencial y el desarrollo humano y b) la inteligencia espiritual y nuestro contacto con las experiencias místicas o religiosas.

Potencial y desarrollo humano transpersonal

En relación al potencial y el desarrollo humano se contempla éste considerando diferentes facetas de la persona, es decir, proponiendo intervenciones que abarquen el cuerpo, la mente, el espíritu y el inconsciente. Por tanto, se habla de programas integrales para mejorar nuestra vida en todos estos sentidos.

Los **estados modificados de conciencia** se definen como *cualquier estado mental (...), que puede ser reconocido subjetivamente por el propio individuo (o por un observador objetivo) porque presenta una desviación suficiente, en la experiencia subjetiva o*

funcionamiento psicológico, de ciertas normas generales que funcionan para la consciencia despierta, alerta, del individuo (Tart, 1979). Consideran la existencia de **diferentes niveles de consciencia** (Wilber, 1981), como son el prepersonal (aquel en el que aún no se ha desarrollado la consciencia de ser, por ejemplo, en la etapa de la primera infancia), el personal (con consciencia de ser humano único y diferenciado) y el transpersonal (designa una comprensión general y global de uno/a mismo/a como ser humano). En una propuesta posterior aumenta estos niveles de consciencia a 9, como son (Wilber, 1989):

- ⇒ Nivel 1. Sensoriomotor (el que corresponde a las percepciones sensoriales y el desarrollo de la psicomotricidad y el movimiento).
- ⇒ Nivel 2. Emocional (engloba nuestras experiencias y sensaciones emocionales).
- ⇒ Nivel 3. Preoperacional. Nivel 4: racional y de operaciones concretas. Nivel 5: racional y de las operaciones formales. Nivel 6: visión lógica (recogiendo así las propuestas de Jean Piaget acerca de las operaciones del pensamiento y, por tanto, el área cognitiva).
- ⇒ Nivel 7. Psíquico (hace referencia a experiencias psíquicas de desarrollo y evolución).
- ⇒ Nivel 8. Sutil (toma de consciencia de diferentes elementos «invisibles», conceptualizaciones luminosas y divinas).
- ⇒ Nivel 9. Causal (conexión con una fuerza mayor).

Los primeros seis niveles formarían parte del nivel de consciencia prepersonal y personal (el 1, el 2 y el 3 del primero y el 4, el 5 y el 6 del segundo).

Al margen de los estados de consciencia personal, destacan las aportaciones de C. Jung, que habla del **inconsciente colectivo** como aquel que *no es de naturaleza individual sino universal, es decir, que en contraste con la psique individual tiene contenidos y modos de comportamiento que son (...) los mismos en todas partes y en todos los individuos* (Jung, 1970). Desde esta perspectiva existe un componente colectivo que trasciende al ser humano, que es innato y que, sin tener una percepción consciente de ello, nos condiciona.

S. Grof (2000) habla de **los estados holotrópicos**, siendo éstos la alteración de los estados de consciencia mediante diferentes técnicas de experimentación —vivenciales—, así como el uso de diferentes sustancias (por ejemplo, la ayahuasca). Los estados holotrópicos se generarían con la idea de llegar a nuestro inconsciente —liberándonos de traumas, emociones bloqueadas e incluso comprendiendo ciertos aspectos de nosotros/as mismos/as y nuestra realidad—, así como llegar a lo que denomina la experiencia cósmica. Éste afirma que todos los seres humanos experimentan interés y curiosidad hacia los aspectos trascendentales y poder avanzar hacia el más allá.

La finalidad y los objetivos de la práctica psicoterapéutica se centran en la atención de las alteraciones, disfunciones y patologías que pueden presentarse como resultado del despertar de las energías e impulsos espirituales (Grof, 1986). Tal como señala este autor, es una disciplina que define problemáticas que pueden surgir en nuestros niveles de consciencia y que acaban en el desarrollo de **crisis espirituales**, como, por ejemplo, dificultades en nuestro

proceso de integración y diferenciación. Estas crisis provienen de nuestro inconsciente para ser tratadas y evolucionar hacia un despertar de la conciencia de los niveles transpersonales. Se generan de forma súbita y requieren una resolución, lo cual definen como **emergencias espirituales**, lo que sería análogo a la fiebre para el cuerpo —alarma de que algo no funciona correctamente—.

Inteligencia espiritual y experiencias místicas

Al tratar aspectos que trascienden al ser humano, centran su atención en la totalidad del mismo y la identidad suprema —sin nombre específico—. De hecho, hablan de una tendencia generalizada a la dualidad sujeto y objeto, lo que supone una visión limitada de la realidad frente a esta posibilidad de crecimiento espiritual.

En primer lugar, la mayoría de autores representativos de esta disciplina **diferencian entre espiritualidad y religión**, centrándose en la primera como experiencia subjetiva. La espiritualidad está correlacionada o conforma la **inteligencia espiritual**, la cual se define como *la inteligencia primordial; es la inteligencia que nos permite afrontar y resolver problemas de significados y valores, ver nuestra vida en un contexto más amplio y significativo y, al mismo tiempo, determinar qué acción o camino es más valioso para nuestra vida* (Zohar y Marshall, 2002), y, asimismo, puntualizan que ésta presenta las siguientes características:

- ⇒ Capacidad de adaptabilidad y flexibilidad.
- ⇒ Reconocimiento y aceptación del dolor y el sufrimiento.
- ⇒ Un alto nivel de conciencia de uno/a mismo/a y de *insight*.
- ⇒ Capacidad de inspiración a partir de la intuición, las visiones y los propios valores.
- ⇒ Evitación a la hora de causar daños a otras personas u objetos de forma innecesaria.
- ⇒ Tendencia a ver relaciones y unidad entre las cosas, no simple causalidad.
- ⇒ Alta capacidad de cuestionamiento frente a cualquier situación.
- ⇒ Posibilidad y promoción de ir contra los convencionalismos.

La inteligencia espiritual presupone una serie de capacidades: transcendencia, experimentación de estados elevados de conciencia, encontrar sentido de lo sagrado en las actividades de la vida diaria, uso de recursos espirituales para resolver problemáticas y compromiso con una vida virtuosa en la que prevalezcan valores como *el perdón, la gratitud, la humildad, la compasión y la sabiduría* (Emmons, 2004).

Por último, los principios sobre los que se interviene basándose en el concepto de inteligencia espiritual son (Gallegos, 2007):

- ⇒ *Es mejor **el amor** que el odio. El amor es real y benéfico, es el vínculo sagrado que une a todos los seres, el amor vence al miedo. El odio es perjudicial.*

- ⇒ Es mejor la verdad que **la mentira**. La verdad nos libera de la ignorancia, la mentira fortalece el ego y nos separa de los demás. La verdad vence a la falsedad.
- ⇒ Es mejor el bien que el mal. Es reconocer el valor de la bondad, con el mal sufrimos y nos degradamos. El bien vence al mal.
- ⇒ Es mejor **el conocimiento** que la ignorancia. Conocer quiénes somos es mejor que ignorarlo. La ignorancia es la base del sufrimiento y la ofuscación.
- ⇒ Es mejor **el equilibrio** que los extremos. Es reconocer el valor de la armonía, la prudencia, la sensatez y la ecuanimidad. Los extremos son perturbadores y llevan a la desatención y a la tensión.
- ⇒ Es mejor dar que recibir. Dándonos a los demás podemos encontrarnos a nosotros mismos. Dar es una característica de nuestro Ser universal.
- ⇒ Es mejor la paz que **la violencia**. Es reconocer el orden interno que hace posible la paz interna y externa como equilibrio en la **conciencia** espiritual.
- ⇒ Es mejor **la atención** que la desatención. La práctica de la atención nos permite conocer la realidad; la inteligencia espiritual está hecha de atención. La desatención, la inconsciencia y la pereza son **la raíz** del conflicto y la ignorancia.
- ⇒ Es mejor la felicidad que el sufrimiento. Es reconocer el valor de la felicidad, que nuestra naturaleza es: conciencia-verdad-felicidad. El sufrimiento no forma parte de nuestra naturaleza esencial, es un agregado, una superposición. La felicidad es nuestro **estado** natural.
- ⇒ Somos seres espirituales. Nuestra verdadera naturaleza es espiritual.

La inteligencia espiritual nos predispone a experimentar lo que la psicología transpersonal denomina **experiencias místicas**. Las experiencias místicas se caracterizan por (Walsh y Vaughan, 1993): *la sensación de ser experiencias indescriptibles, percepción de lucidez y comprensión aumentadas, dimensiones espacio y tiempo distorsionadas, afecto y emociones positivas y agradables y apreciación de integración con el universo.*

Tal como señalaba S. Grof (2000) acerca de los estados holotrópicos, éstos también producen este tipo de experiencias, pudiéndose generar mediante técnicas activas y pasivas, individuales o colectivas e inducidas por métodos naturales o sustancias, lo cual contemplaría prácticas tan variadas como la meditación, el ayuno, la privación sensorial o la alteración del ritmo de la respiración. A. Maslow (1964, 1979) la denominaba *experiencias cumbre*, lo que llevará a la persona a sentirse autorrealizada.

De la experimentación de S. Grof (1975) con sustancias como el LSD, concluye que éstas generarán cuatro tipos de experiencias, como son las estéticas o sensoriales, las psicodinámicas o biográficas (las que conllevan catarsis o abreacciones), las experiencias perinatales (que nos devuelven a revivir nuestro nacimiento y afrontar nuestra futura muerte), y transpersonales (ir más allá de la conciencia, el ego, el tiempo y el espacio). Denomina a estas experiencias la *cartografía de la mente humana*.

Dentro de la psicología transpersonal hay tantas propuestas como autores, y dentro de cada

una de éstos modelos de personalidad, de desarrollo y de transcendencia.

Descripción técnica

La terapia transpersonal se desarrolla a partir de una serie de fases que responden a la conceptualización anterior (Martínez, 2015):

- ⇒ **Fase 1. Reconocimiento de la propia identidad y el ego**, así como delimitar los mecanismos de defensa desadaptativos, componentes del inconsciente y emociones bloqueadas o reprimidas. En este sentido es un proceso de autoconocimiento.
- ⇒ **Fase 2. Reprogramación**, lo cual supone establecer una serie de tareas para el crecimiento y la superación personal.
- ⇒ **Fase 3. Camino hacia la espiritualidad o la esencia**, buscando qué métodos y medios son los más óptimos para superar nuestras crisis y/o emergencias espirituales y llegar a esas experiencias cumbre o místicas.

Se considera que se tiene que abordar la totalidad del ser humano, de ahí las propuestas en diferentes áreas (Martínez, 2015):

- a) Física: alimentación saludable y ejercicio físico.
- b) Emocional: manejo y regulación emocional para llegar a la paz interior.
- c) Social: fomento de las relaciones saludables y evitar la dependencia y el apego.
- d) Mental: pensamiento flexible y adaptado.
- e) Espiritual: expansión de los niveles de conciencia.

Ken Wilber y cols. (2010) realizan una propuesta integradora, *el plan de vida integral*, que incluye estos diferentes aspectos, así como técnicas para aplicar en cada una de éstas, o *la psicósíntesis* de Roberto Assagioli (2004), que también propone una intervención integral.

El **PIV (plan de vida integral)** (Wilber y cols., 2010) es un programa inclusivo de intervención en diferentes niveles y dimensiones del desarrollo humano, distribuido en cuatro módulos principales, como son: el cuerpo, la mente, el espíritu y la sombra. Estos cuatro módulos se pueden ampliar, integrando aspectos como la ética o la sexualidad. Plantea diferentes prácticas para cada módulo:

- a) Módulo cuerpo: nutrición, ejercicio físico, *tai chi*, *qi gong*, yoga o el trabajo de los tres cuerpos (similar a las técnicas de psicoterapia corporal).
- b) Módulo mente: entrenamiento mental y reestructurar la forma de pensar.
- c) Módulo espiritual: zen, meditación, práctica de la compasión o el estudio de la cábala.
- d) Módulo de la sombra: psicoterapia, trabajo con sueños, música o arte terapia, entre otros.

Por tanto, como su nombre indica, se trata de mejorar diferentes aspectos de nuestra vida, de ahí la denominación de integral y vital.

La **psicosíntesis** parte de la consideración de una evolución dinámica y creativa a la que se ve sujeto el ser humano que implica un *superconsciente* —elemento que recoge los valores superiores de las personas— y el inconsciente colectivo, en la línea que describía C. Jung (1970). Así, proponía un mapa de la psique humana compuesto por el inconsciente inferior, el medio y el superior (superconsciente), un campo de conciencia, un yo consciente, un yo o sí mismo superior y el inconsciente colectivo.

EJERCICIOS

La primera fórmula para la exploración de las experiencias místicas nos la ofrece el propio A. Maslow (1979) mediante la siguiente indicación:

«Desearía que pensaras por un momento en la experiencia o experiencias más maravillosas de tu vida: los momentos de felicidad, los momentos de éxtasis, los momentos de raptó, originados quizá por el amor, por la audición de un fragmento musical o por el impacto repentino de un libro o una pintura, o por algún momento de intensa creatividad. Haz, en primer lugar, una relación de todos ellos. Intenta, luego, explicarme cómo te sientes en estos momentos críticos...» (Maslow, 1979).

Otras técnicas que se pueden aplicar en la terapia transpersonal son (VV. AA., 2015):

- ⇒ *La respiración*: más allá de lo expuesto en las técnicas de desactivación, se puede trabajar mediante 40 respiraciones (atención a la respiración y a las sensaciones derivadas mediante cuarenta respiraciones completas), la respiración de integración (la cual considera dejar fluir pensamientos y sentimientos que aparezcan en posición estirado/a) y, por último, la holotrópica y holonérica. La primera se refiere a una respiración controlada que se combina con música evocativa y trabajo corporal con el objetivo de inducir una experiencia transformadora. Durante la misma se invita a evocar los síntomas o problemáticas, pues se consideran éstos desde la posibilidad y el aprendizaje. Para desarrollar este tipo de respiración se propone a la persona que se estire con los ojos cerrados, que respire más rápido y profundo de lo habitual y que intente no analizar o juzgar los elementos emergentes durante la experiencia. La respiración holonérica consiste en respirar muy rápido, en secuencias de 13 a 16 minutos y de 140 a 160 inspiraciones por minuto, con intervalos de descanso después de cada secuencia de 3 a 5 minutos. Se realiza tumbado, con los ojos cerrados y acompañado de música y trabajo corporal.
- ⇒ *La meditación*: incluso Grof (1986) hablaba de *amorterapia*; en este sentido se fomenta la meditación con un contenido de amor, compasión, gratitud y perdón, es decir, guiar el proceso hacia aspectos que nos remonten a estas emociones y

procesos. De hecho, se ha creado la *meditación trascendental (MT)*, la cual no pone la atención en la respiración sino en la búsqueda del trascender o ir más allá, y parte de la repetición de mantras. La MT se practica en una posición equilibrada (sentados preferiblemente), manteniendo la atención en la respiración —siendo ésta suave, lenta y profunda—. El objetivo es conseguir reducir el ritmo cardíaco y respiratorio, el nivel de activación y aumentar la concentración. La respiración debe realizarse mediante tres inspiraciones y espiraciones lentas, tomando conciencia de la misma (respiración tranquila, lenta y suave). Posteriormente, se puede centrar la atención en diferentes aspectos, por ejemplos el Tao, una palabra o un sonido. Los mantras serían palabras con significado espiritual, como los que se utilizan en el hinduismo (*OM mani padme Hum*) o desde el zen (Mu). Una analogía de este proceso sería la bonita metáfora de James Hewitt, que plantea que *la atención de la meditación trascendental sentada es la misma que aplica el niño cuando está quieto escuchando el sonido de la lluvia o la silenciosa caída de la nieve*. Se recomienda una práctica diaria de 15 a 30 minutos, sentado cómodamente y con los ojos cerrados.

- ⇒ *El trabajo con la sombra* (Wilber y cols., 2010): a partir de la relajación, se lleva a la persona a explorar su inconsciente, tal cual se realiza esta tarea del psicoanálisis, indagando los mecanismos de defensa, la relación con los padres, las situaciones con alta carga afectiva, los procesos reprimidos —por ejemplo, detectados a partir de los *lapsus*—, etc. Se trata de normalizar el elemento de la «sombra», pues es una entidad que se genera de forma natural durante nuestra evolución y, por tanto, contemplarlo como una parte más de nosotros/as mismos/as al que llegar para ayudar a superar ciertas problemáticas. Así, se plantea la necesidad de iluminar la sombra, es decir de tomar conciencia de lo que guarda la misma y de aprender de ello y generar nuevos recursos.

C. Jung (1970) ya planteó la sombra como un arquetipo que debe ser integrado y que refleja información del inconsciente personal. En este sentido, en vez de intentar iluminar la sombra mediante el análisis y la consideración de las reacciones emocionales o catárticas, plantea el método de analizar las respuestas que da el individuo asociando palabras.

- ⇒ *Las regresiones*: proviene del latín *regressio*, que quiere decir retorno y, por tanto, se trata de mirar hacia atrás y buscar todas aquellas situaciones que nos transmitan emociones y conflicto. Se puede realizar regresiones a etapas evolutivas pasadas (la infancia, la adolescencia, la juventud, etc.), inicios de los síntomas (la primera vez que se experimentaron éstos) e incluso se señala la posibilidad de encaminarse hacia vidas pasadas. El proceso es similar al que se plantea con la hipnosis: aceptación (de la técnica y proceso), inducción (a un estado de relajación) y sugestión (guiar hacia dónde caminar). Se afirma que el 70% de los datos que provienen de este proceso son verdad, frente al 30% de fantasía, para lo cual se

recomienda preguntar datos a lo largo de la sesión y comprobarlos (seis datos concordantes con la realidad de la persona). Se requiere una formación especializada, pudiéndose realizar una aproximación mediante las obras de Bryan Weiss o Raymond Moody.

⇒ *El trabajo de perdón con los padres:* todos mantenemos problemas en la relación con nuestros padres, sobre los cuales debemos comprender, reconocer y sentir el perdón. Existen muchos mitos alrededor de lo que es o no es perdonar, pero no se trata de condonar, excusar, justificar malas acciones, olvidar o dejar atrás. El estudio científico del perdón revela que su práctica produce altos beneficios en la salud física y/o mental del individuo. La práctica del perdón se desarrollará a partir de diferentes puntos:

- Reconocer el hecho y los sentimientos desencadenados en nosotros/as.
- Comprender que el perdón nos aportará beneficio.
- Buscar una nueva respuesta e interpretación, cambiar la narración de rencor por la de perdón.

Aplicado a la realidad paternal y maternal, se trata de reconocer lo que hicieron que nos dañó —así como nuestra respuesta desde el punto de vista que éramos niños/as y ellos, tal vez, no supieron hacerlo mejor—, intentando encontrar una nueva forma de verlo —del rencor al perdón—.

⇒ *La sanación del niño interior:* conectar, por ejemplo, mediante meditación o visualización, con ese niño interior dolido, dar voz al infante que fuimos para saber qué necesidades experimenta y de qué manera podemos sanarlo.

NUESTRO NIÑO INTERIOR

Esa parte de nosotros realmente viva, energética, creativa y realizada

Nuestro niño/a interior merece un espacio en nuestra vida, así como sentirse seguro y querido. Merece ser feliz. En ocasiones olvidamos que esta parte existe en todos nosotros, lo cual generará un yo codependiente que bloqueará a nuestro yo verdadero. A continuación se exponen las diferencias entre uno y otro yo, el codependiente y el auténtico (tabla 12.1).



TABLA 12.1

YO AUTÉNTICO	YO CODEPENDIENTE
Yo auténtico, verdadero ser: • Genuino, espontáneo, expansivo y cariñoso. • Franco y comunicativo. • Aceptación de sí mismo y otros. • Compasivo. • Ama incondicionalmente. • Tiene sentimientos e indignaciones espontáneas y mantenidas durante largo tiempo. • Asertivo e intuitivo. • Figura del niño/a interior, él/ella que es como un niño. • Necesita jugar y divertirse. • Vulnerable, poderoso y confiado. • Le gusta recibir de los demás y ser nutrido. • Se entrega y es autoindulgente. • Abierto al inconsciente. • Libre para crecer.	Yo no auténtico, enmascarado o falso ser: • No genuino —personalidad «como si»—, planifica, calcula, contratante y receloso. • Reservado, envidioso, crítico, idealista, perfeccionista. Mira a otra parte y es excesivamente acomodaticio. • Ama condicionalmente y con reservas. • Niega o esconde los sentimientos, incluso iras justificadas (resentimientos). • Agresivo y/o pasivo, racional y lógico. • Figura del padre o la madre superdesarrollada, hasta puede ser pueril. • Evita jugar y divertirse. • Siempre pretende ser fuerte. Poder limitado y desconfiado. • Evita ser nutrido. • Controla y se retira y es autocomplaciente. • Bloquea el material del inconsciente. • Tiende a representar repetidamente escenas inconscientes y a menudo dolorosas.

¿Qué busca nuestro niño interior?

- Supervivencia, seguridad, tacto y contacto de piel, atención, reflejo visual y auditivo.
- Cuidado, escucha, condición de ser real y participación.
- Aceptación (tolerancia, validación, respeto, pertenencia, amor, etc.).
- Oportunidad para afligirse por daños y crecer, protección, lealtad y confianza.
- Realización (maestría, poder, control, creatividad, sentido de cumplimiento y contribución).
- Sexualidad, placer, diversión, libertad, nutrición y amor incondicional.

¿Cómo podemos sanar nuestro niño interior?

- Descubrir a nuestro niño interior y acostumbrarnos a serlo practicando.
- Identificar nuestras necesidades físicas, mental-emocionales y espirituales. Practicar la obtención de estas necesidades con el apoyo de personas en las que confiamos.
- Identificar, reexperimentar y afligirnos por nuestras pérdidas y traumas no llorados en presencia de las personas que nos dan su apoyo.
- Identificar y actuar contra nuestros problemas íntimos.

Figura 12.1. *Características del niño interior, necesidades y primeras intervenciones (adaptado de Hay, 2007).*

Para sanar el/la niño/a interior se debe definir y conocer al mismo, reestableciendo nuestra relación con nuestro niño/a interior; realizar acuerdos con el/la mismo/a, definiendo, asimismo, necesidades, deseos y aspiraciones y dedicando tiempo. No se trata de disociarse, sino de acompañar una parte de nosotros/as mismos/as como es aquel infante que fuimos.

⇒ *El testigo:* se establece un sistema que nos alerte de pensamientos y/o emociones

que pueden interferir en nuestro proceso de crecimiento personal. Podemos crear o escuchar esa voz interior que nos habla sobre nosotros/as y el mundo que nos rodea y nos informa de muchas maneras lo que nos ocurre. Mediante prácticas como la meditación o la visualización se puede conectar que éste.

⇒ *Trabajo con sueños*: los sueños son puertas hacia el inconsciente y supraconsciente, ofreciéndonos mensajes de sanación exponiendo deseos, miedos, necesidades, bloqueos, etc. En este punto se trata de explorar el propósito del sueño (su simbología *versus* su mensaje), llevar un diario del sueño (preparándose para el sueño y describiendo cómo se desarrollan los mismos) y tratar de inducir sueños lúcidos. Por tanto, se puede desarrollar el trabajo con los sueños a partir de las siguientes propuestas:

- Interpretación de los sueños en función de la realidad del individuo.
- Preparación para el sueño, más allá de las rutinas básicas (misma hora para dormir, habitación adecuada y confortable, etc.); podría favorecerse a partir de la lectura de ciertos textos espirituales y/o positivos para acercarnos a un sueño agradable o pensar en mensajes que se nos pueden propiciar para sueños más relevantes.
- Diario del sueño, en el que se recogerán los contenidos que recordemos del sueño al despertar y variables del sueño: horas que hemos dormido, sensaciones experimentadas, intensidad del sueño, etc.
- Inducción de sueños lúcidos, siendo éstos aquellos que se producen en estado de semiconsciencia. Se puede provocar despertándose al poco tiempo de haberse dormido o mediante autosugestión.
- El mundo onírico es tan rico que nos ofrecen oportunidades sin fin.

⇒ *Rebirthing*: hace referencia a volver a la etapa del nacimiento, tal cual indica su nombre, re-nacer. Se inicia mediante la conciencia en la respiración, intentando que ésta nos active, mediante técnicas mentales (las autoafirmaciones, pues pensamientos positivos producen resultados positivos y pensamientos negativos producen resultados negativos) y el sentido de pertenencia a una realidad superior. Los temas que se tratan a lo largo de las sesiones son: el nacimiento, la escuela, la desaprobación parental, las automentiras, la muerte, la religión, la vejez, las vidas pasadas, las represiones y el síndrome de salvadores del mundo. Respiración consciente y pensamiento creativo son las herramientas que se utilizan en sesiones de dos a tres horas.

⇒ *Ejercicios de inteligencia espiritual*: para fomentar este tipo de inteligencia se puede seguir una serie de estrategias que se presentan a continuación (Buzan, 2003):

- Generar una visión global de la vida.
- Describir nuestro propósito vital.
- Desarrollar emociones positivas como la compasión, la caridad y la gratitud; por tanto, practicar la ayuda a los demás.
- Uso del sentido del humor y de la risa, y la sonrisa.
- Vivencia y conexión con nuestra vitalidad y entusiasmo.
- Mostrar un amor ilimitado.
- Trabajar en pro de la curiosidad y el sentido de aventura.
- Expresar y comunicarse desde la confianza y la sinceridad.
- Vivir una vida en paz y llevar a cabo rituales espirituales.

Uno de los primeros ejercicios para iniciarse en la misma sería tratar de responder a las siguientes preguntas: *¿quién soy yo?*, *¿qué será de mí?*, *¿de dónde vengo?*, *¿cuál es el sentido de la vida?*, *¿para qué todo?*, *¿por qué todo?* y *¿existe Dios?* (Torralba, 2010).

Ámbitos de aplicación

Se aplica la terapia transpersonal considerando el contexto de la persona e interviniendo sobre todo tipo de problemáticas, de forma individual, grupal, en parejas o familias. De hecho, el proceso terapéutico se definirá a partir de la consideración de los conceptos y el modelo de psicología transpersonal, poniendo énfasis en dimensiones espirituales, pero también el resto de elementos que nos conforman. Por tanto, es más una expresión e incorporación de ciertos conceptos al proceso terapéutico, así como la creencia y convergencia con estos conceptos por parte de la persona a la que se atiende. En definitiva, el trabajo del terapeuta y la fe del paciente deben darse para aplicar este tipo de terapia. No se señalan posibles contraindicaciones.

Para ampliar la información

- Almendro, M. (1995). *Psicología y psicoterapia transpersonal*. Barcelona: Kairós.
- Almendro, M. (1999). *La consciencia transpersonal*. Barcelona: Kairós.
- Almendro, M. (2002). *Psicología del caos*. Barcelona: La Llave.
- Almendro, M. (2009). Manifiesto transpersonal, haciendo memoria haciendo caminos: grandezas y miserias. La psicología transpersonal a revisión. *Journal of Transpersonal Research*, 1, 77-86.
- Armendáriz, R. (2003). *Psicología transpersonal y filosofía perenne. Viviendo sin conflicto*. México: Editorial Pax.
- Assagioli, R. (1993). *Psychosynthesis: The Definitive Guide to the Principles and*

- Techniques of Psychosynthesis*. Londres: Thorsons.
- Assagioli, R. (1996). *Ser transpersonal. Psicósíntesis para el nacimiento de nuestro Ser real*. Barcelona: Gaia Ediciones.
- Barnes A. (2005). De Ramana Maharsi a la psicología transpersonal: un intento de trascender del ego (versión electrónica). *Revista del instituto de salud y conciencia de Albacete*, 1 (3).
- Braud, W. y Andersen, R. (1998). *Transpersonal Research Methods for the Social Sciences: Honoring Human Experience*. California: SAGE Publications, Inc.
- Buzan, T. (2003). *El poder de la inteligencia espiritual*. Barcelona: Urano.
- Capriles, E. (2000). *Budismo y dzogchén. La doctrina del Buda y el vehículo supremo del budismo tibetano*. Vitoria: La Llave.
- Daniels, M. (2008). *Sombra, yo y espíritu. Ensayos de psicología transpersonal*. Barcelona: Kairós.
- Emmons, R. A. (2004). Spiritual Intelligence-Definitions.
- Ferrer, J. N. (2003). *Espiritualidad creativa. Una visión participativa de lo transpersonal*. Barcelona: Kairós.
- Friedman, H. (2002). Transpersonal psychology as a scientific field (versión electrónica). *The International Journal of Transpersonal Studies*, 21, 175-187.
- Friedman, H. y Hartelius, G. (2007). Applying quantitative research methods in transpersonal psychology: introduction to special topic section (versión electrónica). *The International journal of transpersonal studies*, 26, 56-57.
- Gallegos, R. (2007). *Inteligencia espiritual. Más allá de las inteligencias múltiples y emocional*. Guadalajara: Fundación Internacional para la Educación Holista.
- Grof, S. (1975). *Realms of the human unconscious: Observations from LSD research*. Nueva York: Viking Press.
- Grof, S. (1986). *Psicología transpersonal: nacimiento, muerte y trascendencia en psicoterapia*. Barcelona: Kairós.
- Grof, S. (1992). *La mente holotrópica. Los niveles de la conciencia humana*. Barcelona: Kairós.
- Grof, S. (1998). *El juego cósmico. Exploraciones en las fronteras de la conciencia humana*. Barcelona: Kairós.
- Grof, S. (2000). *La psicología del futuro. Lecciones de la investigación moderna de la consciencia*. Barcelona: La Liebre de Marzo.
- Jung, C. G. (1970). *Psicología y religión*. Barcelona: Paidós.
- Laing, R. D. (1989). *El poder curativo de las crisis*. Barcelona: Kairós.
- Lajoie, D. H. y Shapiro S. I. (1992). Definitions of Transpersonal Psychology: the first twenty-three years. *The Journal of Transpersonal Psychology*, vol. 24, núm. 1, pp. 79-95.
- Martínez, J. (2015). Terapia transpersonal. En: <http://www.centroelim.org/terapia-transpersonal/> (consultado el 3/03/2016).
- Maslow, A. (1972). *El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del ser*. Barcelona: Kairós.

- Millman, D. (1995). *Inteligencia espiritual*. Barcelona: Swami.
- Puente, I. (2009). Psicología transpersonal y ciencias de la complejidad: un amplio horizonte interdisciplinar a explorar. *Journal of Transpersonal Research*, 1, 19-28.
- Sutich, A. J. (1969) Some considerations regarding Transpersonal Psychology. *Journal of Transpersonal Psychology*, vol. 1, núm. 1, 11-21.
- Tart, C. (1979). *Psicologías transpersonales*. Buenos Aires: Paidós.
- Torralba, F. (2010). *Inteligencia espiritual*. Barcelona: Plataforma.
- Vaughan, F. (2002). What is Spiritual Intelligence? *Journal of Humanistic Psychology*, 42, 16-33.
- VV. AA. (2015). *Técnicas de psicología transpersonal*.
- Walsh, R. y Vaughan, F. (1993). *Paths Beyond Ego: The Transpersonal Vision*. Nueva York: Tarcher/Perigee.
- Wilber, K. (1981). *Up from Eden: A transpersonal view of human evolution*. Nueva York: Anchor Press/Doubleday.
- Wilber, K. (1989). *El proyecto Atman. Una visión transpersonal del desarrollo humano*. Barcelona: Kairós.
- Wilber, K. (1999). *Psicología integral*. Barcelona: Kairós.
- Wilber, K., Patten, T., Leonard, A. y Morelli, M. (2010). *Práctica integral de vida. Programa orientado al desarrollo de la salud física, el equilibrio emocional, la lucidez mental y el despertar espiritual*. Barcelona: Kairós.
- Zohar, D. y Marshall, I. (2002) *Inteligencia espiritual, la inteligencia que permite ser creativo, tener valores y fe*. Barcelona: Random House Mondadori.

Para ampliar la formación

Asociación Transpersonal Española

Traina, 75/2. 35002. Las Palmas de Gran Canaria

Tel.: 349 28 360597

Islas Canarias, España

Grof Transpersonal Training en España

<http://www.holotropica.org/>

info@holotropica.org

Asociación Internacional de Psicología y Psicoterapia Transpersonal (AIPPT)

<http://www.psicologiatranspersonal.org/>

Escuela Española de Terapia Transpersonal

<http://www.escuelatranspersonal.com>

Investigación Transpersonal en España

www.transpersonaljournal.com

TÉCNICAS DE CRECIMIENTO PERSONAL Y AUTOAYUDA

Al final del análisis, lo esencial es la vida del individuo: ésta es la única que cuenta. Solamente allí tienen lugar las grandes transformaciones. En última instancia, todo el futuro y toda la historia de la humanidad brotan como una suma gigantesca de esas fuentes ocultas en el interior de los individuos.

CARL GUSTAV JUNG

Definición

El crecimiento personal es un proceso de avance y mejora que todos intentamos en algún momento de nuestras vidas. Los medios pueden ser muy variados, desde recibir una formación determinada, leer un libro específico que le han recomendado hasta aprender una técnica curativa.

Objetivos

El objetivo principal del crecimiento personal es mejorar nuestra realidad personal y relacional, potenciando talentos y superando bloqueos —tal como se indicaba en la presentación del capítulo—.

Las premisas

Tom Butler-Bowdon (2013) señala las siguientes características:

- ⇒ *Reconocen las dificultades de la vida y sus reveses (...), siempre queda la capacidad de aprendizaje por adversa que sea la situación.*
- ⇒ *Decidimos de forma consciente qué tipo de pensamiento queremos tener.*
- ⇒ *Se ocupan de problemas y posibilidades.*
- ⇒ *Pueden ayudarte a descubrir tu propio camino en la vida (...), o simplemente inspirarte para que seas mejor persona.*
- ⇒ *Las verdaderas revoluciones empiezan en nuestras mentes (Smiles, 1859).*
- ⇒ *No tratan de alimentar las fantasías del ego.*
- ⇒ *Implican identificación de un proyecto, de un objetivo, de un ideal o de una manera de ser.*

Han tenido mucho éxito en el siglo xx (...), imposible de calcular el número exacto de libros vendidos (...), y convertido en un fenómeno de masas (Butler, 2013). Los conceptos y herramientas que se proponen desde este ámbito pueden ser de gran ayuda en un entorno terapéutico, siempre que se haga bajo un uso racional. A continuación se presentarán los

diferentes conceptos asociados a la idea de crecimiento personal, los elementos que estudia o propone y las herramientas de uso terapéutico.

Por **crecimiento personal** se entiende la actualización de las potencialidades humanas (psicológicas y espirituales) que la persona puede hacer más allá de su desarrollo natural en función de la edad. Con el trabajo de crecimiento personal la persona aumenta sus posibilidades de pensar, sentir y actuar de una manera saludable y plena. En este sentido, se considera que el sujeto tiene unas potencialidades y/o capacidades que debe mejorar.

Existe otro concepto afín y cercano como el de **autoayuda**, que se definirá como el *proceso de mejoramiento personal mediante el cual las personas intentan reconocer sus potencialidades a fin de usarlas para satisfacer sus necesidades y alcanzar una forma de vivir satisfactoria y significativa* (Yagosesky, 2015). El arte de ayudarnos a nosotros mismos estará siempre dentro de nosotros por la capacidad que tenemos de crecer, de cambiar. Así, consideramos que es el mismo individuo el que aplicará una serie de cambios para mejorar y, por tanto, realizar un proceso de crecimiento personal.

Los **libros de autoayuda** son aquellos que exponen alguna técnica, conocimiento, nuevo pensamiento o método para mejorar algún aspecto de la vida personal. Ya sea que alienten la búsqueda espiritual e interna, promuevan la limpieza emocional, enseñen a llevar adelante un negocio exitoso, o todo eso en conjunto, en todos ellos la idea es que el lector pueda tener acceso a aquello que está buscando por sus propios medios, al compartir los pensamientos y experiencias del autor.

Los libros de autoayuda nos proponen las siguientes tareas a grandes rasgos:

- a) Entender la realidad de la vida y el sufrir.
- b) Encontrar un destino, una finalidad o una misión.
- c) Comprender las leyes de la naturaleza, la vida y el espíritu.
- d) Relacionar mejor con los demás.
- e) Encontrar nuestro sitio esencial o auténtico y educar nuestro interior (pensamientos y emociones).
- f) Herramientas hacia la felicidad, de mejora y de crecimiento.

El **concepto de superación personal** se fundamenta básicamente en la conquista de nosotros mismos para lograr nuestras aspiraciones y sueños, reconociendo nuestras más profundas carencias y *superando* todos nuestros miedos, limitaciones y vacíos interiores. Podríamos decir que el concepto de superación personal incluye el logro de aquello que es fundamental para la vida de cada ser humano, por encima de todas las limitantes que el mismo puede tener. No obstante, muchas personas en la actualidad han perdido el verdadero enfoque de su vida y le han brindado más importancia a factores externos, creyéndolos fundamentales para su vida.

Por tanto, tenemos a un individuo que adquiere una determinada posición respecto a su vida, con un objetivo determinado y, por tanto, iniciándose en un proceso con la idea de

conseguir un resultado.

La posición del individuo, tal y como ya señalaban los psicólogos de la Gestalt, debería ser desde la responsabilidad personal, es decir, poniendo énfasis en que cualquier proceso que inicie —incluido el propio proceso terapéutico—, está en manos de la persona. En el proceso terapéutico, **el individuo tendrá una posición activa**, es él/ella mismo/a el que propiciará cambios en su vida.

Desarrollar, superar o crecer son conceptos que dependerán de la variable que se trabaje sobre el individuo. Por ejemplo, si se trata de una habilidad nueva a aprender, hablaremos de desarrollo personal, o si la persona está intentando dejar atrás algún elemento negativo de su vida, hablaremos de superar, de ahí la necesidad de presentar los tres conceptos, afines y funcionales según las propias circunstancias del individuo al que atendamos.

El problema de trabajar a partir de la autoayuda y el crecimiento personal es que es como considerar el mar o el cielo infinito, es decir, que existen millones de mensajes y herramientas dentro de esta tipología. Para ello, a continuación, se expondrá una propuesta de tipología de temas que se presentan conjuntamente con un protocolo de uso de los mismos.

Recursos de autoayuda (Butler-Bowdon, 2014)

El doctor Tom Butler-Bowdon (2014) ha propuesto una serie de seis volúmenes en los que recoge 50 propuestas de diferentes temáticas, entre las que se encuentran los 50 mejores manuales de autoayuda. Basándonos en esta obra, el autor recoge un resumen de las obras y el interés que suscitaron en su momento y/o en la actualidad —ya que no sólo hablamos de libros contemporáneos—, conjuntamente con referencias contextuales y del autor del libro original. A continuación expondremos algunos de los mensajes que nos ofrecen estos libros:

- ⇒ *La mente lo domina todo, ya que es ésta la que crea nuestras circunstancias externas y nuestra personalidad* (James Allen, 1902). Por tanto, somos el conjunto de nuestros pensamientos, lo que determinan nuestras circunstancias (tanto las buenas, como las malas —que son oportunidades para aprender—).
- ⇒ *Creamos nuestra realidad a partir de pensamientos, sentimientos y acciones que se convierten en hábitos que lo pintan todo alrededor* (Andreas y Faulkner, 1994).
- ⇒ *Debemos aceptar las circunstancias y a las personas tal como son (...), y aspirar al pensamiento justo, la acción generosa y el temperamento que celebra acontecimientos* (Marco Aurelio, siglo II).
- ⇒ *Encontrar nuestra estrella polar, la clave está en reconocer la diferencia entre el yo esencial y el yo social* (Martha Beck, 2001).
- ⇒ *Todo lo que pasa, pasa por una razón, aunque nosotros no estemos preparados para verla o conocerla* (Bhagavad-Gita).
- ⇒ *El mal nunca puede ganar, ya que conseguir el mal no lleva a ninguna parte, mientras que nuestros intentos de ir hacia el bien nos elevan hacia el más elevado* (Boecio).

- ⇒ *El arte de vivir, como el que entendió Proust, no significa llevar un estilo de vida fabuloso, sino que consiste en encontrar el valor y el sentido de nuestra vida a partir de las circunstancias y no a partir de éstas (Alain de Botton, 1997). En este caso nos habla el autor de dedicar mucha atención y elogios a los demás y vivir el momento presente y los pequeños detalles de la vida.*
- ⇒ *En toda la naturaleza, el crecimiento implica aceleraciones y transformaciones periódicas: las cosas van lentas durante un tiempo y parece que no pase nada, hasta que de repente la flor florece (...). Pasa lo mismo con nosotros (Bridges, 1980). Por tanto, los seres humanos sufrimos transformaciones que nos supondrán un momento de desorganización que llevará hacia la transición, el cambio y la renovación. Como en la naturaleza, sufrimos los procesos de nacimiento, crecimiento y muerte, en continuo cambio, lo que nos supondrá cierto grado de pérdida.*
- ⇒ *Los pensamientos y su efecto de bola de nieve y nuestras emociones que no tienen por qué reflejar una verdad incuestionable (Burns, 1980).*
- ⇒ *La vida de cualquiera podría parecerse a un gran mito (una película) (...) haz lo que amas y percibe la vida como un viaje maravilloso (Campbell y Moyers, 1987).*
- ⇒ *Hay más energía al ser amable y dulce (...). Hay dos reglas para vivir en armonía: 1) no sudar la gota gorda por cuestiones pequeñas y 2) saber que todo son cuestiones pequeñas (...). Escoge el camino que te ofrezca una menor resistencia (Richard Carlson, 1997).*
- ⇒ *Lo que es fácil para ti es bueno para ti. Intentamos comprender a las personas, imaginar por qué hacen lo que hacen, que es mucho más interesante que criticarlas y, además, crea simpatía, tolerancia y amabilidad (...). No intentes impresionar a las personas, a éstas les interesa cien veces más el sí mismas (Dale Carnegie, 1936).*
- ⇒ *La felicidad es el mismo propósito de nuestras existencias, y no sólo eso, existe un camino concreto que nos llevará (...), riqueza, satisfacción mundana, espiritualidad, buena salud, amigos íntimos y vida disciplinada es lo que nos lo darán. Hay que cultivar el afecto y la conexión con otros seres humanos (amabilidad y compasión). Pensamientos y emociones son distorsiones que no nos dejan ver las cosas tal como son y hay que cultivar el positivo (Dalai Lama y Howard Cutler, 1998).*
- ⇒ *Cuando observo la estructura completa de mi vida, puedo ver desde el momento presente que cada aspecto de mi vida ha sido necesario y perfecto. Cada paso me ha llevado siempre a otro superior, incluso cuando éstos los he vivido como obstáculos o experiencias dolorosas (Wayne Dyer, 1992). Las maneras de iluminarnos serán a partir del sufrimiento (las experiencias «¿por qué a mí?») y de los resultados o propósito (experiencias que estoy destinado a vivir y a ser). Aquel que tiene una razón para vivir puede aguantar casi cualquier cosa (Nietzsche).*
- ⇒ *Viktor Frankl (1959) nos habla de tres fuentes de sentido: crear una obra o cumplir una misión, por amor y aceptando el sufrir. Nuestro deber es mejorarnos constantemente.*

- ⇒ *Tu vida empezará a cambiar sólo cuando aprendas a amarte a ti mismo como eres (Louise Hay, 1984).*
- ⇒ *Una persona lleva en su interior un núcleo activo de verdad, o una imagen que espera ser vivida. Ésta no es una idea nueva: los griegos llamaban daimon para describir una fuerza invisible que nos guía a través de la vida, y los romanos le decían genius (Hillman, 1996).*
- ⇒ *El miedo es una emoción que bloquea y paraliza a las personas, cuando en realidad es un indicador de que te estás acercando a uno de tus límites (...). Hay que manejar los miedos, responsabilizarse y no entrar en el rol de víctima y tener la certeza de que podemos hacerlo. Pensamos que el 90% de nuestras preocupaciones no terminan cumpliéndose (...). Hay un programa diario de energización positiva (...). Igualmente, todo lo que hay en tu mente inconsciente encuentra la manera de manifestarse y por eso acabamos experimentando nuestros peores miedos (Jeffers, 1987).*
- ⇒ *Principio 80/20: el 80% de los efectos vendrán del 20% de nuestros esfuerzos (Koch, 1998).*
- ⇒ *La mente creativa es aquella que crea nuevas categorías, abierta a información nueva, consciente de las diferentes perspectivas, atiende proceso y resultado y confía en la intuición (Ellen Langer, 1989).*
- ⇒ *Simplifica tu vida (Lao Tzu, siglos v-III a. C.).*

Los grandes temas de la autoayuda

De lo expuesto anteriormente podemos observar los grandes temas que se proponen desde este ámbito, como son:

- a) **Mente y pensamiento.** Bajo el lema de «cambia tu mente, cambia tu vida» se engloba la idea de trabajar para tener un tipo de pensamiento positivo y creativo respecto al consciente y de conocimiento del pensamiento subconsciente, lo cual nos retrae hacia las terapias cognitivas y de reestructuración del pensamiento. Se trata de intentar pensar el mundo y nuestras circunstancias de manera diferente.
- b) **El objetivo.** Hay objetivos como autores, hay algunos que se refieren al éxito personal y otros a la tranquilidad. Por tanto, tal vez se trate de definir con claridad principios, valores y una visión o fuente de sentido vital. Asimismo, se habla de *vivir plenamente el presente y los pequeños detalles*.
- c) **Percepción y atención.** La indicación en este sentido es centrar la atención en el presente y ser conscientes de que somos nosotros los que creamos nuestro propio mapa de la realidad y, por tanto, la interpretación de nuestras circunstancias. En este sentido, es necesario ampliar perspectivas.
- d) **El sufrimiento.** Se asume como inevitable en la vida y, por tanto, necesario plantear un proceso de aceptación de que las cosas son tal como son. Entender que la utilidad del

dolor, la final, será el aprendizaje, pues se presupone que de todas las circunstancias podemos extraer información útil para nuestro proceso.

- e) **La motivación.** Es un proceso de encontrar significado en lo que hacemos, de establecernos como individuos autorrealizados.
- f) **Autoconocimiento.** Se trata de conocer nuestro interior, nuestras pautas y reconocer nuestro tesoro interior.
- g) **El destino o la providencia.** «Todo existe por una razón, no por casualidades».
- h) **El cambio.** Presentan procesos de transformación, de no enfrentamiento y sí a favor del cambio, del movimiento.
- i) **Las emociones.** Las asumimos como verdades incuestionables que es necesario normalizar, asumir su función y manejar y/o dejar fluir. Asimismo, señalan que es necesario afrontar los miedos, superar la rabia y otras indicaciones según emoción.
- j) **Leyes espirituales.** Algunos de los manuales presentan ideas o aportaciones espirituales.
- k) **El niño interior.** Superar lo que nos hicieron nuestros padres, sus equivocaciones y tratar al niño interior, primero reconociéndolo y luego mimándolo.

Como se puede observar, no son tan diferentes de los temas que se tratan en terapia, sino más bien todo lo contrario.

En la línea de lo expuesto anteriormente, David Riklan (2014), considera que existen *diez claves para la superación personal*, como son:

1. *La superación personal empieza por responsabilizarse uno/a de su propia vida y circunstancias*, como se ha señalado durante décadas desde la escuela gestáltica. Se trata de asumir que nos encontramos donde estamos no sólo por las circunstancias, sino también por la manera en que asumimos tales situaciones. Por tanto, la primera clave a tener en cuenta a lo largo de este proceso de crecimiento es la de aceptar las situaciones como vienen y tratar de actuar de la mejor forma posible frente a éstas.
2. *Es un proceso que supone una determinada acción, conducta o respuesta por nuestra parte*, por tanto, somos una parte activa y no sólo receptiva de lo que nos ocurre. En este caso se recomienda pensar antes de actuar, tal vez incluso planificar esta actuación, tomar decisiones y seguir adelante.
3. *El punto de arranque en el proceso es la motivación de cambio y generar deseos de mejora*, para promover un compromiso con nosotros/as mismos/as. Se debe trabajar sobre motivación y compromiso.
4. *Se deben fijar unos determinados objetivos en el proceso*, no se trata simplemente de una abstracción, sino de un proceso en el que seguir unas metas marcadas y, ligado a ésta, (5) generar un plan de actuación. Por tanto, marcar unos objetivos y un plan de consecución ligados a éstos.
6. *Se debe pagar un determinado precio*, lo que significará un determinado esfuerzo y

sacrificio, así como persistencia (7).

8. *En el proceso debemos creer, pues si crees, puedes*; la convicción de que podemos lograrlo nos ofrecerá recursos, motivación y opciones para conseguir lo planteado.
9. *Aprender de los errores cometidos en el pasado* y extraer las lecciones que la vida nos haya ofrecido.
10. *Crear una imagen clara del futuro*, tal como se señalaba en el segundo capítulo y visualizar el proyecto de futuro.

El mundo de los libros de autoayuda y las posibilidades en un proceso de crecimiento y/o superación personal son infinitos. Por ello, poder acompañar la aproximación a los primeros y el desarrollo de los segundos en un contexto terapéutico sería un entorno de lo más adecuado.

Descripción técnica

El crecimiento personal es uno de los objetivos de la terapia en sí misma, por lo que su uso dentro del proceso debería ser racional y controlado. Por ello, se presenta a continuación un protocolo de actuación en relación al crecimiento personal.

Posición y objetivo terapéutico

La primera decisión a tomar es nuestra posición como profesionales frente al ámbito del crecimiento personal y al individuo dentro del proceso terapéutico. Como profesionales, se puede optar por acompañar, proponer, dirigir, etc., el proceso terapéutico. *¿Cómo nos establecemos como profesionales?* Ésa será la primera pregunta a responder.

La segunda decisión es *¿qué objetivo terapéutico nos planteamos?* Podemos trabajar para erradicar una sintomatología concreta (primer grado) para tratar una enfermedad o trastorno (segundo grado) y/o para hacer un cambio más general en la personalidad y/o en el entorno del individuo (tercer grado). En este último objetivo es donde podemos situar la línea de autoayuda o crecimiento personal, así como en algún caso concreto de los otros dos grados (por ejemplo, el manual *El demonio de la depresión*, de Andrew Solomon, puede ser útil frente a un trastorno depresivo).

Evaluación del contenido

Como se ha citado anteriormente, son millones las opciones que nos ofrecen los libros de autoayuda, y por ello, como indican las teorías de toma de decisiones, a más opciones, mayor es la dificultad decisoria. En este sentido, es necesario evaluar el contenido antes de considerar los conceptos y/o recomendar cualquier material. Es decir, el profesional debe haberlo trabajado antes de poder introducirlo en el proceso de crecimiento personal. Una

herramienta de utilidad es realizar una ficha del libro de auto-ayuda para facilitar la presentación a la persona, como las presentadas en la biblioterapia.

En relación a las técnicas concretas que propone la autoayuda, por ejemplo, la visualización creativa, el uso del pensamiento positivo, etc., también es necesario una recogida similar de información o una experimentación práctica para poder integrar esta información.

Uso de la recomendación en el entorno terapéutico

Cualquier herramienta que utilicemos debe responder a un objetivo y función concretos dentro del proceso. Así, se debe realizar un proceso reflexivo de para qué introducir esta información y en qué momento. La forma más habitual es respondiendo a una situación terapéutica concreta para ayudar a afianzar algunos aspectos del proceso terapéutico. Esta información acerca de la finalidad de esta información debe ser remitida a la persona, pudiendo responder —entre otras funciones— a:

1. *Informar o educar* acerca de algún concepto que se desconoce o que necesita ser ampliado.
2. *Intervenir* sobre algún elemento que se puede hacer en un entorno diferente al terapéutico y de forma auto- administrada.

Se debe facilitar un espacio para poder recibir *feedback* acerca de esta recomendación posterior a la sesión.

EJERCICIOS

Los ejercicios a aplicar en los procesos de crecimiento y/o superación personal pueden ser tan variados como personas que deseen seguir tal proceso. Siguiendo los temas que desarrollan este tipo de material, los procesos de crecimiento personal deberían incluir:

- ⇒ *Elevar el nivel de conciencia*, lo cual supone comprender nuestras emociones, pensamientos, deseos, preocupaciones y visión de futuro. En este sentido, aplicando una técnica de relajación se puede reflexionar acerca de los diferentes puntos.
- ⇒ *Detectar las creencias y/o pensamientos que puedan ser limitantes o disfuncionales*.

CAMBIAR NUESTRA MENTE PARA CAMBIAR NUESTRA VIDA

Terapia cognitiva aplicada a la vida moderna

¿Cómo funciona nuestra mente?

Nuestra mente se defiende, vive y a veces parece que funcione en solitario. La mente puñetera es aquella que nos crea distorsiones que nos hace repetir los mismos errores una y otra vez. Un ejemplo claro lo podemos encontrar en mujeres maltratadas, que, a pesar de haber vivido situaciones extremas, vuelven a buscar parejas que las tratan como no deberían.

Errores en los que solemos caer:

El todo o nada, ver sólo lo negativo, adivinar el futuro, saltar a conclusiones, descalificar lo positivo, siempre o nunca, el razonamiento emocional o psicologizar, etiquetar y generalizar, personalizar y el perfeccionismo.

Estos errores pensados de forma frecuente nos llevan a crear estructuras, como un muro que nos entorpece en nuestro día a día.

¿Cómo superar estos pensamientos?

Los pensamientos se superan discutiéndolos y enfrentándose a ellos. La fórmula es la siguiente:

1. Detectar los pensamientos negativos en los que caemos (nuestro muro).
2. Debatirlos con los cuatro principios: el de racionalidad (¿está comprobado científicamente lo que pienso?, ¿es racional?), el de utilidad (¿me es útil pensar así?, ¿me sirve para algo?), el de realidad (¿me está afectando lo que pienso de manera proporcionada?, ¿tiene la intensidad que merece?) y el del lenguaje utilizado (¿utilizo un lenguaje adecuado?).
3. Buscar pensamientos alternativos (siempre los hay).
4. Sacar una conclusión con la que nos sea más fácil vivir.

Esto es lo que en psicología llamamos terapia cognitiva basada en el debate socrático, y es que no se trata más que de hacernos de abogados del diablo y cambiar nuestra mente, para cambiar nuestra vida.

Figura 12.2. Pautas básicas para la detección de creencias erróneas y primeras indicaciones de intervención.

El ser humano se experimenta a sí mismo, sus pensamientos y sentimientos, como algo separado del resto, una especie de ilusión óptica de nuestra conciencia. Esta ilusión es como una cárcel que nos restringe a nuestros deseos personales y al afecto por las pocas personas próximas a nosotros. Nuestra tarea debe consistir en liberarnos de esta cárcel, ensanchando nuestro círculo, para abrazar a todas las criaturas vivientes y la totalidad de la naturaleza en su belleza (Albert Einstein).

- ⇒ *Establecer objetivos y metas vitales*, en la línea de lo señalado en las técnicas de motivación 3.0, así como en la logoterapia de buscar un sentido a nuestra existencia.
- ⇒ *Vivir el presente y centrar nuestra percepción y atención en aspectos que acompañen nuestro bienestar personal.*
- ⇒ *Aceptación del sufrimiento*, lo cual no significa resignarse a él —si tenemos posibilidad de promover cambios—, sino de entender que éste es inevitable.
- ⇒ *Autoconocimiento*, pues a mayor conocimiento interior, mayores son las

posibilidades de mejora y crecimiento.

- ⇒ *Promover cambios*, viviendo éstos como algo positivo, pues en la naturaleza todo cambia y se transforma.
- ⇒ *Manejo emocional*, conocerlas y experimentarlas de la forma más saludable posible, en la línea de lo expuesto en capítulos anteriores.

Se señalan estos ejercicios y/u objetivos teniendo en cuenta que los procesos de crecimiento personal serán tan variados como personas que los quieran llevar a cabo.

Ámbitos de aplicación

En primer lugar, se podrán llevar a cabo procesos de crecimiento y superación personal con aquellas personas con síntomas subclínicos o que hayan superado la sintomatología de los diferentes síndromes y trastornos.

Si buscas manuales de autoayuda, tienes millones, si buscas críticas a la autoayuda, cientos, ése es el primer problema a la hora de tenerlos en consideración. La variedad es riqueza, pero también saturación y problemas a la hora de tomar decisiones sobre cuáles son aquellos que pueden ser de utilidad terapéutica y cuáles no.

La autoayuda, en ocasiones, se define como *libros simplistas, vacíos y dirigidos a personas con demasiados problemas y/o recursos como para afrontar la realidad por sí mismos* (Delgado, 2014). Incluso hay autores que afirman que *éstos pueden generar más problemas de los que uno tiene* (Viñas, 2012). Hay que considerar también estas voces críticas que ponen sobre la mesa diferentes inconvenientes de este tipo de literatura.

Por tanto, la autoayuda puede ser interesante utilizarla —y me refiero a los manuales de—, en un proceso terapéutico con un profesional que pueda realizar el filtraje del material.

Para ampliar la información

Butler-Bowdon, T. (2013). *50 clásicos de la autoayuda*. Barcelona: Amat.

Butler-Bowdon, T. (2014). *50 clásicos espirituales*. Barcelona: Amat.

Delgado, E. (2014). *Los libros de autoayuda. ¡Vaya timo!*. Madrid: Laetoli.

Riklan, D. (2014). *10 claves de superación personal*. En: <http://www.cap.unasa.edu.sv/art/superacion.pdf> (consultado el 3/03/2016).

Viñas, D. (2012). *Erótica de la autoayuda: estrategias narrativas para promesas terapéuticas*. Madrid: Ariel.

Yagosesky, R. (2015). *Psicología, autoayuda y superación personal*. En: <http://drrenny.com.ve/> (consultado el 3/03/2016).

TERAPIA ZEN

No puedes conseguirlo poniéndote a pensar; no puedes buscarlo sin ponerte a pensar.

ALAN WATTS

Aprender el camino del Buda es aprender acerca de uno mismo. Aprender acerca de uno mismo es olvidarse de uno mismo. Olvidarse de uno mismo es estar iluminado por todas las cosas del mundo. Estar iluminado por todas las cosas del mundo es prescindir del cuerpo y de la mente, propias.

MAESTRO ZEN DOGEN

Definición

La terapia zen es aquella que aplica los preceptos de la filosofía budista zen en el proceso terapéutico, enseñando a la persona una manera diferente de vivir su realidad, así como sus problemas. *Zen es el arte de ver en el interior del propio ser; un camino de las ataduras a la libertad; libera nuestras energías naturales y nos impulsa a expresar nuestra habilidad para la felicidad y el amor* (Fromm y cols., 1957). Es, por tanto, una práctica terapéutica de autoconocimiento, de asumir ciertos aspectos de la realidad de una forma distinta para poder llegar a la paz y el bienestar interior.

Objetivos

El objetivo principal de la terapia zen es ofrecer un marco de reflexión para liberarse de aquellos condicionantes occidentales que no promueven el bienestar y la felicidad. Los objetivos específicos serían:

- ⇒ Superar una serie de creencias y pensamientos distorsionados que impiden el bienestar y fomentan el sufrimiento.
- ⇒ Ofrecer un espacio de respeto y aprecio en el que encontrarse a uno/a mismo/a, así como transcender e ir más allá, como se señalaba desde la psicología transpersonal.
- ⇒ Promueve las prácticas de amor, bondad y compasión hacia uno/a mismo/a, hacia los demás y el mundo en general.
- ⇒ Facilita la adquisición de nuevos conceptos que modifican la perspectiva de cómo se ve la vida, el éxito, la diversidad y, en general, nuestra realidad más inmediata, de una forma más sosegada, racional y adaptativa.
- ⇒ Enseña lecciones claves acerca del sufrimiento y el apego, aspectos que duplican el dolor.

Las premisas

La palabra zen proviene del japonés, siendo ésta una adaptación del término chino *ch'an*, que significa meditación. Es una escuela budista que se inició en China, trasladándose posteriormente a Vietnam, Japón y la India. Es una práctica meditativa que busca la iluminación, es decir, experimentar la sabiduría más allá de la lógica racional.

Premisas básicas del budismo zen (adaptado de Nhat, 2014)

El budismo zen parte de **las cuatro nobles verdades** (*cattari ariya saccani*) que son la esencia de las enseñanzas de Buddha, y son las siguientes:

- ⇒ Primera noble verdad (*dukkhaariya-sacca*): el mundo y la vida están llenos de sufrimiento. Dukka, en sánscrito, hace referencia al sufrimiento, y en el contexto utilizado quiere decir que todos nosotros sufriremos en algún momento de nuestras vidas.
- ⇒ Segunda noble verdad (*dukkhasamudaya-ariya-sacca*): el sufrimiento no es resultado de la realidad, sino de la forma en que asumimos la misma. Por tanto, el origen del sufrimiento está en nuestros deseos, como pueden ser el de placeres sexuales, el de conseguir poder y el de deshacerse de algo.
- ⇒ Tercera noble verdad (*dukkha-nirodha-ariya-sacca*): sobre cómo erradicar el sufrimiento señala que es necesario detener el apego y los deseos.
- ⇒ Cuarta noble verdad (*dukkha-nirodha-gamini-patipada-ariyasacca*): habla del sendero que lleva a cesar el sufrimiento, lo que se denomina **Sendero Óctuple**, que incluye una serie de leyes que se deben seguir para conseguirlo, como son:
 - a) Las que hacen referencia a la sabiduría, que serían intentar entender las cosas de forma correcta, así como aspirar a conseguir ésta.
 - b) Las que hacen referencia a la moral, que incluyen la palabra correcta, la acción correcta, el modo de vida correcto, lo que se traduce claramente por hablar bien, actuar y llevar una forma de vida saludables.
 - c) Las que hacen referencia a la concentración, que afirman que es necesario hacer el esfuerzo correcto y mantener la mentalidad y la concentración correctas.

El zen sería la manera de entender las cuatro nobles verdades y lograr seguir el sendero óctuple. Esta disciplina hace énfasis en **recuperar la simplicidad y la sencillez; desarrollar el apego y el desapego, es decir, aprender a manejarse con la incerteza y la transformación de la vida, y la consideración del vacío**. Es difícil adaptar el zen a occidente por las características antagónicas de estos conceptos y los que se promueven en nuestras sociedades: vivir ostentosamente, funcionamiento controlado y anticipatorio, y todo con un

principio y un fin, y se trata de concebir e integrar lo contrario: humildad, desapego y vacío.

Considera que tanto **nuestra mente como nuestras emociones son engaños del ego, un ego que, además, no existe**. Por tanto, el ser humano se envuelve en un traje ilusorio. Nuestra mente nos engaña, pues se ha creado a partir de una visión dualista del mundo: bueno y malo, correcto e incorrecto, blanco y negro, etc. Y se considera que ésa es una falsa visión pues el mundo es relativo, unificado y conectado. Nuestras emociones nos engañan en tanto que generan estados destructivos, principalmente la codicia, la ignorancia, la envidia y la rabia. Asimismo, uno de los máximos errores que implica pensamiento y emoción, que son las obsesiones o preocupaciones excesivas, pues provienen éstas de una comprensión errónea de la realidad y del sufrimiento.

Dicho todo lo anterior, el zen tiene como objetivo **la iluminación del ser humano (satori)**, consiguiéndose ésta cuando se comprende la realidad y se conecta con la unidad y totalidad del universo. Para conseguirlo utiliza tres técnicas, una de las cuales se presentará a continuación, como son la meditación sentada (o *zazen*), los *sutras* o enseñanzas de los maestros y los *koan* (cuestionamientos filosóficos).

Asimismo, explicar el zen es casi una tarea imposible, pues parte de la premisa de la **necesidad de experimentarlo y vivirlo de forma espontánea y natural**. Se debe practicar sin esperar, simplemente hacer y ser, por ejemplo, con un sencillo paseo, al hacer el té o fijarse en un cuadro.

Descripción técnica

La terapia zen trata de aplicar las premisas anteriores dentro del proceso con el objetivo de disminuir el sufrimiento y aumentar la paz interior. El espacio terapéutico será de serenidad y calma para lograr aquietar la mente y vivir la experiencia. Por tanto, es una terapia que requiere un espacio físico adaptado a tal objetivo, minimalista, con una iluminación adecuada. Antes de iniciar la terapia, el propio terapeuta debe experimentar un momento de serenidad.

La terapia zen se inicia en un espacio vacío, seguro y de aceptación de la persona. Se invita a la persona a sentarse en silencio. A continuación, el ejercicio básico será el de meditar para acallar la mente, para, posteriormente, dedicar un tiempo a comprender los preceptos anteriores, entre otros que componen la filosofía y la disciplina zen.

Las **ideas centrales** que encuadran la terapia zen serán (Rovner, 2015):

- a) **El tratamiento es aquí y ahora**, por tanto es una terapia centrada en el momento presente.
- b) **El sufrimiento es la experiencia humana por definición**. Se entiende éste como una parte natural de la existencia y se trata de normalizar su existencia en nuestras vidas. Ocurre y debe aceptarse como tal.
- c) **Una parte muy pequeña de todo el universo nos es revelada**, lo cual deja una buena

parte que se escapa a nuestro control, de ahí asumir la incertidumbre como parte normal de la vida.

- d) **Nuestras emociones, con especial énfasis en las corrientemente llamadas negativas, están tan destinadas a desaparecer como todo lo demás.** A partir del ejercicio de la compasión y de la empatía, el terapeuta se aproxima a estas emociones con el objetivo de aliviarlas.
- e) **Debemos poner atención en todo momento a nuestra tarea para evitar el error basado en creencias** sin fundamento empírico. Atención plena en las tareas a desarrollar.
- f) **Muchos acontecimientos no tienen un porqué o bien ese porqué no podrá ser accedido en este tiempo, en esta ilusoriedad.**
- g) **Nacer, enfermar, envejecer y morir son inherentes a los seres sintientes.** Son procesos que todos experimentamos y que debemos aceptar con naturalidad.
- h) Debemos ver que **el apego y la codicia son causas básicas de nuestro sufrimiento;** más que justificada esta reflexión en la sociedad actual, en la que se ensalza la posesión y la ambición.
- i) **El universo y nuestras vidas fluyen,** nada es permanente e inalterable, y por ello, en realidad, aunque pensemos lo contrario, todo está en continuo proceso de cambio.
- j) **El pasado y el futuro son nuestras creaciones.** En realidad, no existen, el pasado es irrecuperable y del futuro no tenemos idea de cómo va a desarrollarse.
- k) **Nuestra mente,** muy útil en muchas áreas, **no necesariamente nos permite salir del sufrimiento.** Más bien al contrario, nuestra mente suele ser nuestro mayor enemigo.
- l) **La práctica de las virtudes cardinales planteadas en el budismo.**
- m) **Aprender a manejar nuestros miedos y limitaciones,** así como aquellos síntomas, problemas, emociones o pensamientos que interfieran en nuestro proceso de fluir y de vivir.
- n) **Evitar comparaciones con los demás,** pues no somos los otros, los otros están en nosotros, pero compararnos no tiene utilidad alguna.
- o) **Ser compasivos con los demás y con nosotros es central en la sanación de nuestros dolores.**

El terapeuta zen debe conocer los preceptos del zen, acompañando a la persona en la práctica y desarrollo del óctuple sendero, y las actitudes serán de no directividad (*wu weil*), la no técnica (mayor importancia en la relación asistencial que las técnicas concretas) y no oponerse a las resistencias que puedan aparecer (*bushido*). El trato que se debe dar será empático, cordial y amable, cálido y con humor, y se permite el contacto físico respetuoso y consensuado, así como de aceptación y con *un marco mental positivamente receptivo* (Brazier, 2003).

El contenido de las sesiones de terapia será (Brazier, 2003):

- ⇒ **La práctica del amor, la bondad, la alegría y la compasión**, así como de lo que se denominan las *paramitas del budismo*: la generosidad, el ejercicio de la ética (dirigida a acciones constructivas), la paciencia, el esfuerzo gozoso, la concentración y la sabiduría.
- ⇒ **El trabajo con el ego o, según el budismo, la doctrina del Anatman o el no-yo**, lo que significa trascender y deconstruir ese ego para pasar a la no definición y, paradójicamente, a un nuevo ser.
- ⇒ **El modelado de la mente**, mediante la observación, soltar y dejar ir, aquietar la misma y buscar nueva información liberadora e iluminada.
- ⇒ **La nueva perspectiva percepción de no dualidad**, lo que supone no caer en el reduccionismo del blanco o negro, sino en un pensamiento holístico.
- ⇒ **El nuevo tratado de las emociones**, mediante la regulación de las emociones que aparecen, evitando las tóxicas y dando paso a las expuestas en el primer punto.

Las técnicas que se utilizan en la terapia zen son de tres tipos, las de atención y contemplación, la meditación *zazen* y las de compasión y ecuanimidad. Se pueden usar recursos como los cuentos zen, las metáforas, los *sutras*, los *koan*, los *mudras* y las *mandalas*. A continuación se detallan estos ejes de intervención:

- ⇒ **La atención y la contemplación**: la persona llega a la consulta y se descalza, se le ofrece un refrigerio y se entra en un ambiente cálido y minimalista. En este contexto y presentación, se estimulará la concentración en un determinado aspecto, desde la respiración a una imagen o un poema *haiku*. Se trabaja desde el aquí y el ahora, dejando de lado el pasado y el futuro. Se iniciará la transformación de creencias mediante la comprensión de los conceptos expuestos. Esta transformación concluirá con el diseño de nuevos objetivos personales, actividades, hábitos y prioridades de vida.
- ⇒ **La meditación zazen**: se practica la respiración consciente y profunda con los ojos cerrados y la mirada dirigida a un punto, en posición de loto o semiloto (sentado/a con las piernas dobladas formando un rombo y las manos reposando sobre las pantorrillas, pudiéndose unir éstas en *mudras* —colocación de las manos según símbolos espirituales—).
- ⇒ **Las técnicas de compasión y ecuanimidad**: la práctica de la compasión y la ecuanimidad se realiza aplicado a la persona y a los demás, llegando al mundo y el universo.

El zen nos hace experimentar el carácter sacro de la respiración, de pisar la tierra, de permanecer inmóviles un momento, de sentarse, de tenderse (Brazier, 2003).

EJERCICIOS

Los ejercicios más comunes que se practican, expuestos en los apartados anteriores, son:

- ⇒ *Meditación zazen*: meditación es simplemente sentarse en silencio, en una buena posición y dejarse ir. Este tipo de meditación permite el despertar de la mente, llegando a acallar la misma.
- ⇒ *Transformación de la mente (Chödrön, 1999)*: a nivel cognitivo, afirman que podemos ver intoxicados nuestros pensamientos mediante cinco venenos, como son: la pereza, el olvido, el sopor, la pérdida de atención y la evitación de la acción. Es decir, una mente inactiva y pasiva que simplemente recibe lo que proviene del exterior y lo transforma en preocupaciones y mayor sufrimiento. Cuando surjan estos venenos se aplicarán los siguientes antídotos: ejercitar una práctica meditativa estable, un entusiasmo frente a la vida, flexibilidad mental, atención, alerta introspectiva y ecuanimidad.
- ⇒ *Manejo de las emociones*: la ignorancia es la falta de información, que suele acompañarse de vergüenza o ensalzamiento de todo lo demás que se sabe (orgullo). El antídoto frente a esta emoción es el estudio en busca de aprender lo que se desconoce.

La falta de respeto hacia los preceptos planteados, así como el sentido ético, debe considerarse como una emoción sobre la que trabajar mediante la actitud y los actos, teniendo en cuenta los beneficios que se obtienen de la práctica.

El descuido o la falta de atención frente a la realidad tal como es se mejora a partir del estar alerta, observar y planificar. La abundancia se representa a partir del apego y fomentar la posesión y la necesidad. El antídoto es conocer en qué contexto suele surgir esta emoción y meditar al respecto. Sería ejercitar un acto de contención y autocontrol.

- ⇒ *Oraciones budistas*: se utilizan las oraciones para conectar con nuestra espiritualidad y virtudes. Incluidas en el proceso meditativo, nos inspiran y movilizan hacia la sabiduría y la compasión.
- ⇒ *Koans*: pruebas que nos hacen reflexionar acerca de nuestra realidad, sin solución lógica. Supone un dilema a partir del cual se genera una reflexión que llevará a una nueva verdad. Un ejemplo es el siguiente: «*conocemos el sonido de dos manos aplaudiendo; pero, ¿cuál es el sonido de una mano aplaudiendo?*».

Asimismo, existen seis actitudes que se deben y se pueden promover, como son (adaptado de Montano, 2001):

- ⇒ *Ejercicios para la práctica de la generosidad*: la generosidad se puede expresar dando bienes materiales (a aquellos que los puedan necesitar), protección (a las personas que puedan estar en peligro), sabios consejos y enseñanza (a las personas

que puedan estar desorientadas) y, por último, dar amor (a todo el mundo, amigos y enemigos). Ejercitar la generosidad ayuda a desprenderse del apego, por lo que se puede practicar ejercitando dar algunos de los elementos anteriores:

- Despréndete de bienes materiales, pues la sobriedad es un valor y no necesitamos tanto para vivir.
- Ofrece protección a quienes observes destrozados.
- Da consejos cuando veas a una persona perdida.
- Da amor a todos aquellos que se crucen en tu camino.

⇒ *Ejercicios para la práctica de la ética:* éstos parten de la consideración de dos tipos de actos a desarrollar, como serían el abandono de las acciones destructivas y promover las buenas acciones. En el sentido de las primeras (las destructivas), se deben evitar diez acciones: matar, robar, sexualidad poco sabia, mentir, hablar de los demás, utilizar malas palabras, hablar sin sentido, codiciar, pensar negativas de los otros y tener visiones erróneas. Para ello, se recomienda:

- Pensar en las consecuencias que se derivan de las acciones destructivas.
- Aplicar los cuatro poderes de oposición, como son el arrepentimiento honesto, restaurar la relación con el *Dharma* (la disciplina), desarrollar actos altruistas y no volver a cometer la falta y, por último, realizar una acción compensatoria.

En relación a las buenas acciones, se empieza por una reflexión acerca de dar y recibir, siendo esta primera más relevante que la segunda. Las buenas acciones serán básicamente aquellas destinadas a dar amor y ofrecer compasión y consuelo.

⇒ *Ejercicios para la práctica de la paciencia:* es la habilidad de contenerse en momentos de sufrimiento, lo cual incluiría conductas como evitar el enojo, la venganza, soportar el sufrimiento y seguir con la práctica del *Dharma*.

A este respecto, se recomienda reflexionar acerca de lo que aportan (ventajas y desventajas) la ira, la envidia o la codicia, y relacionar la paciencia con situaciones concretas en las que se haya experimentado la misma. Se asocia con la práctica del perdón, intentando trasladar bondad a los enemigos.

A la hora de soportar el sufrimiento lo primero es normalizar el mismo, por ejemplo, es normal sentir absoluta desesperanza y desasosiego cuando un familiar al que queremos fallece. Normalizar el sufrimiento (*samsara*) significa aceptar la situación, así como entender su naturaleza cíclica. En segundo lugar, se trata de utilizar el sufrimiento para una mejora personal (aprendizaje) y para favorecer a otros (generar compasión).

Por tanto, se trata de generar autocontrol respecto a aquellas emociones que nos perjudican, y entender que el sufrimiento es un aspecto intrínseco de nuestra

existencia.

- ⇒ *Ejercicios para la práctica del esfuerzo gozoso*: es la motivación para practicar el *Bodhicitta*, lo que se denomina perfección del esfuerzo. Se trata de evitar la pereza de la práctica, por ejemplo, poniendo excusas («ya lo haré mañana»), poniendo otras prioridades por delante o por desánimo («no podré hacerlo o conseguirlo»). Se debe considerar la práctica como una rutina necesaria para nuestro despertar espiritual y pensar qué nos llevaremos de esta vida. Frente a nuestra futura muerte, deberíamos plantear las cuatro semillas: *la blanca (regalo de bienes materiales y perdón)*, *plegarias de aspiración (a siete miembros que conozcamos, a maestros espirituales, etc.)*, *la destrucción (reconociendo nuestros errores y apegos)* a la motivación y el conocimiento (lo que nos ofrece seguir la disciplina). Así, para mantener esta práctica se debe superar la incomodidad y el dolor —adaptándolos a la práctica— y fomentar las acciones altruistas.
- ⇒ *Ejercicios para la práctica de la sabiduría*: mediante las sabias palabras de los diversos maestros zen, por ejemplo, los que se presentan en los sutras, se puede asumir este conocimiento, de ahí que la práctica básica en este punto sea la lectura y la discusión con un maestro experimentado que pueda acompañar en este camino.
- ⇒ *Ejercicios para la práctica de la bondad, la compasión, la alegría y la ecuanimidad*: lo cual supone fomentar aquellas emociones positivas que fomentarán nuestra paz interior. La bondad incondicional evita el sufrimiento que producen ira e ignorancia, dando lugar a afecto y compasión. La bondad incondicional será una práctica durante la meditación, *deseando para nosotros, nuestras personas más queridas, nuestros enemigos y el resto de seres humanos que lleguen a ser felices, tengan paz interior y descubran el camino del amor, la bondad, la compasión, la alegría y la ecuanimidad*. La compasión consiste en conectar con el sufrimiento que podamos sentir nosotros/as u otros/as, reconociéndolo y ofreciendo consuelo, tal cual lo hacía nuestra madre cuando caíamos al suelo y nos ayudaba a levantarnos, nos secaba las lágrimas y nos curaba las heridas. Por último, la capacidad para la alegría a partir de la gratitud respecto a lo que tenemos.

Ámbitos de aplicación

La terapia zen se puede aplicar a toda aquella persona que persiga una mejora o descubrimiento del camino espiritual.

Para ampliar la información

- Beck, C. J. (2008). *La vida tal como es: enseñanzas zen*. Madrid: Gaia.
- Bodhidharma (1995). *Enseñanzas zen*. Barcelona: Kairós.
- Brazier, D. (2003). *Terapia zen*. Madrid: Oberon (Grupo ANAYA).
- Chödrön, P. (1999). *Cuando todo se derrumba: palabras sabias para momentos difíciles*. Madrid: Gaia.
- Dalai Lama (2004). *El corazón bondadoso: una visión budista de las enseñanzas de Jesús*. Barcelona: Kairós.
- Fisher, N. (2015). *Entrenar la compasión: enseñanzas zen para la práctica del lojong*. Madrid: Grijalbo Mondadori.
- Fontana, D. (2004). *Aprender meditación zen*. Madrid: Oniro.
- Fromm, E., Suzuki, D. T. y DeMartino, R. (1957). *Zen Buddhism and Psychoanalysis*. Nueva York: Harpercollins.
- Gyatso, G. K. (2014). *Una vida con significado, una muerte gozosa: la profunda práctica de la transferencia de consciencia*. Madrid: Tharpa Pubn.
- Joko, C. (2012). *Zen día a día*. Madrid: Gaia.
- Kapleau, R. P. (2006). *Los tres pilares del zen: enseñanza, práctica, iluminación*. Madrid: Gaia.
- Montano, A. (2001). Las seis actitudes de largo alcance. En: http://people.virginia.edu/~am2zb/tibet/programa/lamrim/med_paramitas.htm (consultado el 3/03/2016).
- Montserrat, L. (2011). *Un cerezo en el balcón: practicar zen en la ciudad*. Barcelona: Kairós.
- Nhat Hanh, T. (2014). *Las claves del zen. Guía para la práctica del zen*. Madrid: Gaia.
- Pigani, E. (2011). *Cuaderno de ejercicios para tener un espíritu zen en un mundo convulso*. Madrid: Terapias Verdes.
- Rovner, J. (2015). La terapia zen: basada en el budismo. En: *Psicoterapia zen basada en el budismo*, <http://www.zen.psicoterapia.pe/psicoterapia%20zen.htm> (consultado el 14/12/2015).
- Santos, J. (2007). *Zen cotidiano*. Madrid: Paidotribo.
- Simpkins, A. (2004). *El zen simple: las técnicas de meditación explicadas paso a paso*. Madrid: Océano Ambar.
- Suzuki, S. (2015). *Mente zen, mente de principiante*. Madrid: Gaia.
- Uchiyama, K. (2009). *Abrir la mano del pensamiento: fundamentos de la práctica del budismo zen*. Barcelona: Kairós.
- Watts, A. (2003). *El camino del zen*. Madrid: Hispano Americana, S. A.

Para ampliar la formación

Comunidad Budista Soto Zen

46356 Casas del Río Valencia (España)

Teléfono: 962 301 055

Mail: info@sotozen.es

Web: <http://www.sotozen.es/>

Presencia zen

Roger de Llúria, 5, 6.o, 1.a. 08010 Barcelona

Teléfono: 617 71 31 50

Mail: info@presenciazen.com

Web: <http://www.presenciazen.com/>

Amida Academy

Zen Therapy Training Programmes Instituto Terapia Zen Internacional (ITZI)

Schuurhoven, 31. 2360 Oud-Turnhout Belgium

Mail: info@zentherapyinternational.com

Fundación OMIE

Ramon y Cajal, 2 bis, 4.o, dpto. 4. 48014 Bilbao, Bizkaia

Teléfono: 34 94 422 38 24-616 84 79 63

Mail: omie@fundacionomie.org

ENEAGRAMA

Antes de tener cualquier relación con otro es esencial que comencemos a comprendernos a nosotros mismos.

KRISHNAMURTI

Definición

El eneagrama es un sistema de estudio de la personalidad (Robinson y Salmon, 1999). El autoconocimiento ha sido una finalidad para el ser humano desde hace siglos. Ésta es una herramienta que simplifica en nueve los perfiles de personalidad y puede servir de referencia para procesos de superación y crecimiento personal.

Objetivos

El objetivo principal de esta técnica es el de aumentar nuestro conocimiento acerca de la personalidad, en potencialidades y en limitaciones. Los objetivos específicos irán desde la mejora del desempeño personal en las diferentes áreas de la vida de la persona; el desarrollo de un proceso de transformación personal; la mejora de la confianza y la seguridad personal; la promoción de la autoobservación, la autovaloración y la reflexión acerca de uno/a mismo/a, hasta la optimización de las relaciones con el entorno.

Las premisas básicas

Eneagrama deriva de la palabra griega *ennas* (nueve) y *gramos* (puntos); por tanto, hace referencia a una figura geométrica de nueve puntos. Se representa a partir de una circunferencia en la que se insertan y unen esos nueve puntos (véase figura 12.3).

Cada uno de los puntos representa un tipo de personalidad que se caracteriza por determinados filtros perceptivos, creencias, emociones e incluso tipos de errores más comunes.

El eneagrama representa un mapa de conocimiento cuyo objetivo principal es el de facilitar la autoexploración, ofrecer explicaciones sobre determinados fenómenos que experimentas y una oportunidad de mejora personal.

El símbolo que representa el eneagrama tiene su origen en el año 2500 a. C., encontrado en Babilonia, y se dice conectado con diferentes religiones y tradiciones espirituales.

Desde el modelo teórico de contextualización de éste, se entiende que existe un *yo esencial* y primario, esencialmente bondadoso, que aparece al nacer y que se va viendo modificado por relaciones, experiencia y entorno, dando lugar al *ego* y provocando distorsiones o

exageraciones de ese yo esencial. El yo esencial se caracteriza por ser espontáneo, mantener libertad interior, ser objetivo, auténtico, conectado, armónico, estable, permanente, flexible y adaptable. El ego se define en contraposición a éste.

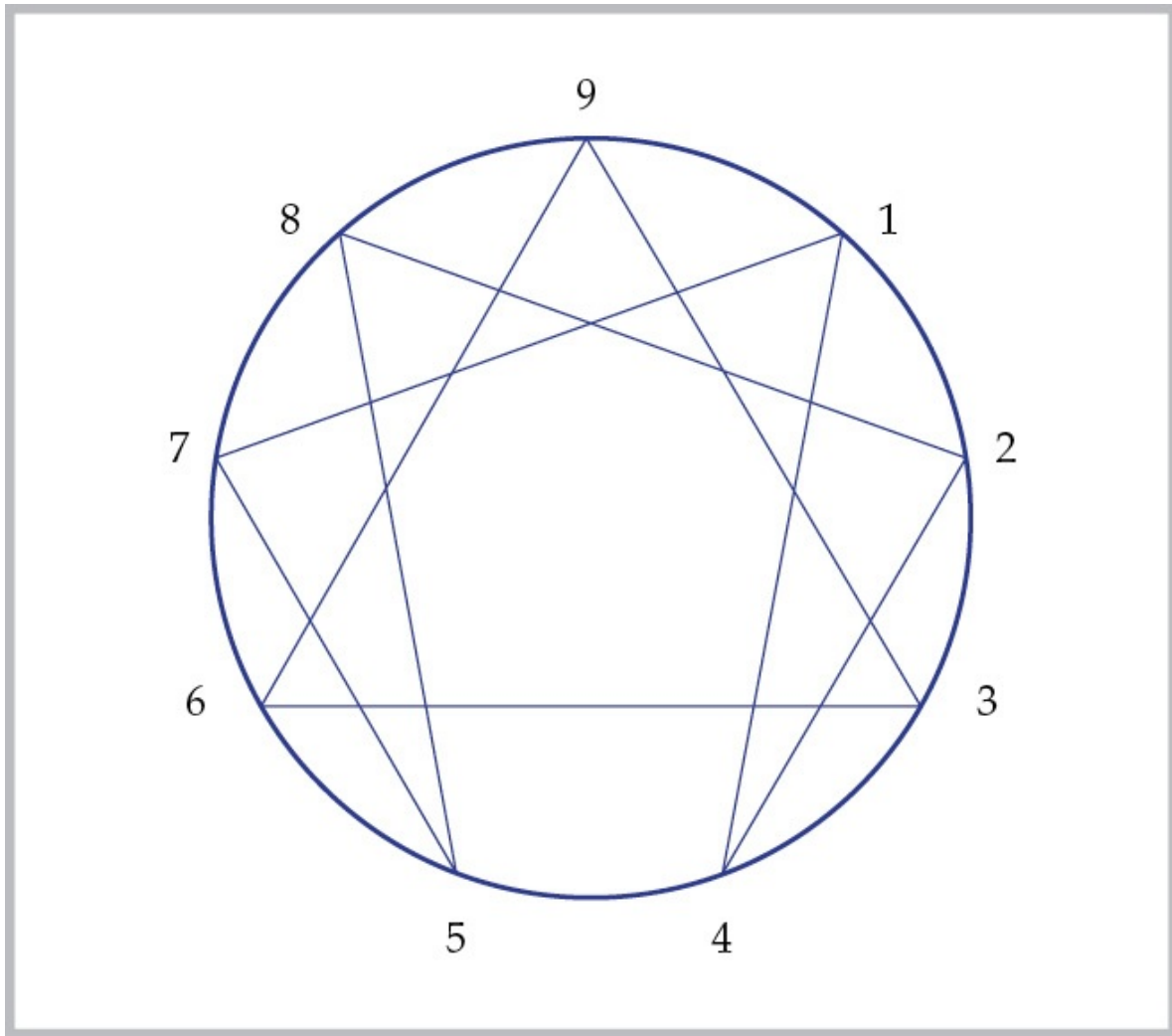


Figura 12.3. Representación de la figura del eneagrama.

Permite conocer formas de actuar frente a tres tipos de situaciones, aquellas que nos producen seguridad, las más negativas y aversivas y las normales del día a día. Asimismo, describe la percepción a partir de tres centros, como son (Robinson y Salmon, 1999):

- a) El centro mental, que incluye la fijación y la calidad mental superior. La fijación es sobre lo que prestamos mayor atención, nuestras preocupaciones, y la segunda, aquello que surge al desaparecer la fijación.
- b) El centro afectivo o emocional es aquel que recoge las pasiones (las necesidades que nos rigen) y nuestra virtud.
- c) El centro instintivo es aquel que se manifiesta a partir de nuestro instinto de supervivencia, en el de dependencia o relacional y el que mostramos en grupo.

Los nueve eneatisos son: el perfeccionista (1), el que da (2), el ejecutor (3), el romántico (4), el observador (5), el que duda (6), el epicúreo (7), el jefe (8) y el mediador (9) (véase figura 12.4).

Se ha relacionado cada eneatiso con diferentes variables que lo definen y encuadran, como las principales preocupaciones que mantienen, la historia familiar y relacional, el tipo de ambientes seguros frente a los desagradables, los estilos de atención e intuitivos, las cualidades mentales elevadas y virtud y lo que se debe hacer para florecer en cada uno de éstos (Palmer, 1996). Sin entrar en la profundización de cada eneatiso, unas primeras características a conocer son (adaptado de Palmer, 1996):

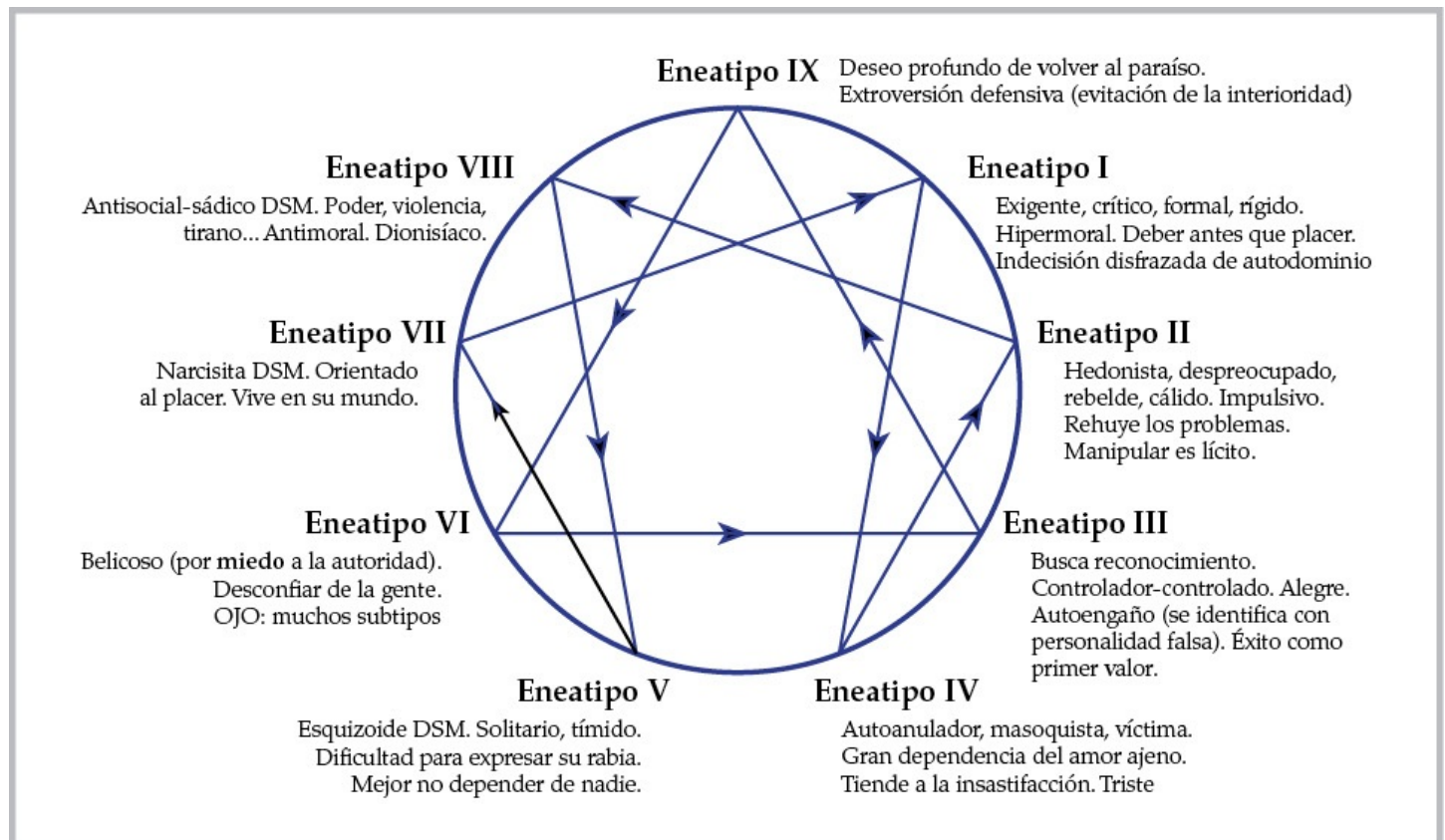


Figura 12.4. Los nueve eneatisos y sus características básicas (Traver, 2010).

- El **eneatiso perfeccionista** se caracteriza por intentar hacer las cosas de la mejor manera y conseguir lo que persiguen a través de su esfuerzo. Con un elevado espíritu crítico y dejando de lado los placeres en favor del trabajo. Tiende a la compulsión, el resentimiento y la ira. Mantiene elevados valores éticos y morales. Miedo a la equivocación.
- El **eneatiso del que da** es aquel que representa a las personas preocupadas por la aprobación de los demás, para los que las relaciones son parte esencial de su vida, lo que conlleva en ocasiones olvidarse de sí mismos/as. Por tanto, mantiene cierta confusión acerca de las propias necesidades. De imagen seductora y tiende a generar

relaciones de dependencia con los demás.

- c) El **eneatipo del ejecutor** es aquel que se centra en el logro, el rendimiento y los resultados; por tanto, de espíritu competitivo y en búsqueda del éxito. Una característica básica es la de no saber parar y no reconocer los sentimientos.
- d) El **eneatipo romántico** será el de aquella persona que siente un vacío o sensación de que le falta algo. Le gusta lo alejado e inaccesible, así como el humor, el lujo y el buen gusto. Manifiesta un estado de ánimo melancólico y busca la autenticidad. Hábitos emocionales intensos y altamente variables acompañados de sensación de vacío y abandono.
- e) El **eneatipo del observador** es aquel que disfruta de la soledad y la privacidad, con un elevado autocontrol y la necesidad de anticiparse a las situaciones. Se aísla de sentimientos en pro de la observación de circunstancias, objetos y personas.
- f) El **eneatipo del abogado del diablo** mantiene problemas para pasar a la acción, con la autoridad y cierta tendencia a malpensar de todo y de todos. Identificación con causas pérdidas, escepticismo y duda y miedo hacia la ira directa y explícita.
- g) El **eneatipo del epicúreo** representa a aquella persona con motivaciones muy variadas de actividad e interés, evitar conflictos y alta tendencia a la racionalización.
- h) El **eneatipo del jefe**, que incluye personas que ejercen control y capacidad obvia de liderazgo. Evitar el aburrimiento, ignorar las debilidades propias y ejercer la fuerza.
- i) El **eneatipo mediador** mantiene dificultades en la toma de decisiones, actúa por rutinas y hábitos. Dificultad para decir no y alta tendencia a la contención cognitiva y emocional.

Cada persona funciona a partir de uno de estos eneatispos de forma preferente, el cual puede desintegrarse en situaciones de tensión y estrés, así como las aversivas, e integrarse a partir del esfuerzo y los procesos de crecimiento personal. Así, la persona con un eneatispo determinado puede movilizarse en favor de una integración o una desintegración de su eneatispo.

TABLA 12.2
Procesos de integración desintegración de los eneatispos

DESINTE- GRADO	ENEATIPO BÁSICO	INTEGRADO
4	1	7
8	2	4
9	3	6
2	4	1
7	5	8
3	6	9
1	7	5
5	8	2
6	9	3

Finalmente, los eneatisos pueden organizarse en tres tríadas, las cuales comparten centros afectivos y perceptivos, como son: la tríada del instinto (compuesta por los eneatisos 8, 9 y 1), la tríada del sentimiento (se refiere a los eneatisos 2, 3 y 4) y, por último, la del pensamiento (eneatisos 5, 6 y 7). Estas tríadas son importantes en tanto que determinan las necesidades básicas que movilizarán a los diferentes eneatisos. La tríada del instinto plantea una necesidad de autonomía, en relación a su propia autoafirmación, defensa de intereses y reacciones instintivas. La tríada de sentimiento plantea la necesidad de relación, por tanto, necesitan sentirse queridos, la amistad y la presencia de los demás. La tríada de pensamiento plantea la necesidad de orientación y seguridad, de conocer la situación y tener perspectiva al respecto.

Descripción técnica

Los tres elementos básicos necesarios para el trabajo de transformación son la presencia (presencia mental y percepción consciente), la práctica de la autoobservación (adquirida del conocimiento de uno mismo) y la comprensión de lo que se experimenta (interpretación correcta proporcionada por un contexto mayor como una comunidad o sistema espiritual) (Riso y Hudson, 2012). Por tanto, el uso del eneagrama se realizará del siguiente modo:

1. **Descubrir el tipo dominante** mediante el observador interior. Existen diferentes maneras de conocer los eneatisos, desde el reconocimiento con un perfil determinado hasta diferentes tests, como, por ejemplo, el *test caracterológico* (Falikowski, 2011).
2. **Definir las cualidades esenciales** para cada prototipo (o comprender cada uno de los puntos que se exponen en los prototipos). En este sentido, se puede profundizar a partir de diferentes propuestas expuestas en el apartado de ampliación de la información.
3. **Solucionar posibles problemáticas** para cada valor, creando así un proyecto de *eneagrama de cualidades esenciales*.

Por tanto, tal cual se señala, se trata de conocer en profundidad nuestro eneatiso, así como las posibilidades de cambio que cada uno puede desarrollar.

EJERCICIOS

Los ejercicios serán diferentes en función de los distintos eneatisos; en este sentido, se señalará una serie de tareas adaptadas a cada eneatiso para llevar a los mismos a la integración (Palmer, 1996).

TABLA 12.3
Ejercicios con los diferentes eneatis (adaptados de H. Palmer, 1996)

ENEATIPO	EJERCICIOS A REALIZAR
1 El perfeccionista	• Trabajar para evitar actos compulsivos. • Modificar la rigidez de las normas internas. Cuestionamiento de normas y trabajar en pro de la flexibilidad mental. • Realizar pruebas de realidad y reestructuración cognitiva, también para favorecer el punto anterior. • Aplicar la técnica de solución de problemas. • Reconocimiento de las necesidades propias y del placer. • Trabajar para la regulación de la ira y la expresión de las emociones inconscientes.
2 El que da	• Detectar y controlar la necesidad de manipular. • Reconocer el valor de cosas, circunstancias y personas de sus vidas. • Evitar los mecanismos para conseguir adulación. Trabajar en la generosidad. • Comprender los mecanismos de egoísmo y victimización presentes.
3 El ejecutor	• Aprender a dejar las cosas para otro momento y parar; por tanto, técnicas de autocontrol. • Darse cuenta de automatismos y hábitos, aplicar <i>mindfulness</i> con conciencia en la tarea que se realiza. • Trabajar para reconocer y regular el sentimiento de culpa, y otras emociones problemáticas o bloqueadas.
4 El romántico	• Aceptar la realidad de la pérdida, el proceso de duelo y ver éste como un sumatorio de lucha y dolor. • Reconocer el egocentrismo y evitar la victimización. • Finalizar los proyectos empezados. • Trabajar las habilidades sociales en pro de relaciones saludables y no de dependencia. • Llevar atención hacia el presente en la línea de lo planteado en el <i>mindfulness</i>. • Integración psicocorporal y actividades físicas.
5 El observador	• Retirarse cuando otros buscan algo, así como renunciar al deseo de controlar y manipular a otros. • Evitar la racionalización y favorecer la expresión emocional. • Aprender sobre riesgo y activar sus propias potencialidades. • Trabajar la empatía.
6 El que duda	• Reconocer los miedos propios y afrontarlos. • Trabajar sobre la ocultación de intereses, favoreciendo el reconocimiento de reacciones viscerales y emociones. • Uso de la creatividad y habilidades de liderazgo-comunicación. • Aprender a mantener el contacto. Solución de problemas.
7 El epicúreo	• Comprender sus conductas evitativas (por ejemplo, sobre el dolor). • Tratar de observar mecanismos de crítica, de juzgar e incluso ideas paranoides o de control. • Regulación de la ira. • Evitar la manipulación de la situación y las personas, así como la tendencia a mentir o la fantasía.
8 El jefe	• Trabajar sobre características de las relaciones y relaciones saludables. • Comprender y superar la sensación de vacío y aburrimiento. • Tratar de ver la lógica del comportamiento, así como los deseos y emociones propios y de los demás.

- Revisar las propias creencias y evitar la negación.
- Admitir la posibilidad de cometer un error.

9 El mediador

- Aprender cómo recibir el apoyo de los demás.
- Planificación. Fechas límites. Finalizar proyectos.
- Analizar alternativas, incluyendo la fase de ejecutar soluciones u opciones.
- Expresión emocional. Conectar con el presente y ser consciente de las propias limitaciones.

Se han realizado diferentes propuestas para aplicar los conocimientos que se pueden derivar del eneagrama con otras técnicas, como el *coaching* tipológico, la Gestalt, las constelaciones familiares e, incluso, la bioenergética.

Ámbitos de aplicación

El eneagrama se puede utilizar en el contexto de desarrollo personal, así como en el terapéutico. No se han definido contraindicaciones; no obstante, se ha observado que hay personas a las que les cuesta la identificación con un determinado eneatipo o que éstos sean cambiantes en el tiempo. Asimismo, los eneatisos deben suponer una guía y no un todo.

Para ampliar la información

- Beesing, M., Nogosek, R. J. y O'Leary, P. H. (1998). *El eneagrama. Un camino hacia el autodescubrimiento*. Madrid: Narcea.
- Falikowski, A. (2011). *Nueve caminos hacia la paz interior*. Madrid: Gaia.
- Gallen, M. A. y Neidhardt, H. (1997). *El eneagrama de nuestras relaciones*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Palmer, H. (1996). *Eneagrama. Un prodigioso sistema de identificación de los tipos de personalidad*. Barcelona: La liebre de Marzo.
- Riso, D. R. y Hudson, R. (2012). *La sabiduría del eneagrama. Guía completa para el desarrollo psicológico y espiritual de los nueve tipos de personalidad*. Madrid: Urano.
- Robinson, L. y Salmon, E. (1999). *Eneagrama*. Madrid: Gaia (col. Esenciales).
- Rohr, R. y Ebert, A. (1995). *El eneagrama: los nueve rostros del alma*. Valencia: Comercial Editora de Publicaciones.
- Traver, F. (2010). Eneagramas, eneatisos y Claudio Naranjo. En: *Blog Neurociencia, neurocultura*, <https://pacotraver.wordpress.com/2010/08/24/eneagramas-eneatisos-y-claudio-naranjo/> (consultado el 2/12/2015).
- Vilaseca, B. (2013). *Encantado de conocerme: comprende tu personalidad a través del eneagrama*. Madrid: De Bolsillo.

Para ampliar la formación

Se puede consultar la web de la *Asociación Española del Eneagrama*:

<http://www.aeneagrama.es/>, así como contactar por vía e-mail: contacto@aeneagrama.es.

ECOLOGÍA MENTAL

Definición

La ecología mental (EM) es un concepto integral de crecimiento humano que parte de la idea fundamental de que todos somos uno en esencia y de que todos compartimos un mismo entorno mental, en donde aparentamos separación y diversidad (Lomar, 2010). La ecología mental trata de relacionar el mundo interno de las personas con el entorno, optimizando el desarrollo de ambos.

Objetivos

El objetivo principal de aplicar la ecología mental como técnica terapéutica sería poder optimizar pensamientos y emociones de tal forma que logremos una integración completa, así como una mejora de las relaciones con el entorno que nos rodea a todos nosotros/as. Los objetivos específicos serían aumentar el conocimiento hacia aspectos de mayor conciencia y espiritualidad; conocer acerca de las energías y su intercambio; vencer las problemáticas que se plantean desde el ego, y mejorar las conexiones con las demás personas.

Las premisas

*La **ecología** es la ciencia que estudia las interrelaciones de los diferentes seres vivos entre sí y con su entorno: la biología de los ecosistemas (Margalef, 1998).*

La ecología mental es aquella que se inicia por un trabajo intrapsíquico que se denomina higiene mental, que permite el bienestar personal —por tanto, siguiendo las terapias de bienestar personal, así como procesos de crecimiento personal—. Igualmente, implica la consideración de las relaciones de la persona con el entorno, no sólo lo relacional, sino lo sociocultural.

La ecología mental ofrece herramientas para mejorar desde nuestro interior sin olvidar el exterior. Nos facilita las claves para mejorar desde dentro, deshaciéndonos poco a poco de aquello que nos hace sufrir y, al mismo tiempo, nos ayuda a reforzar nuestra conexión con las personas que nos rodean. ¿Se te ocurre alguna situación cotidiana en la que podrías aplicar la ecología mental para que todos ganen en felicidad? (Torán, 2014).

La ecología mental es una forma de actuar consciente con el objetivo de convertir este mundo en un lugar mejor para ti y los que te rodean. Esto nos supondrá un esfuerzo de vencer el ego, crear una actitud responsable y consciente y conectarse, ya que formas parte de un ecosistema formado por seres humanos en intercambio de energías, teniendo emociones y pensamientos que derivan en acciones y responsabilidad de contribuir positivamente al

ecosistema asumiendo que no puedes cambiar el mundo globalmente.

Los conceptos que contempla la ecología mental son (Torán, 2011, 2014):

- a) ***Todo está interconectado:*** *el universo es un todo inseparable, no existen las separaciones que tiende a hacer nuestra mente (que trabaja por fracciones).* Por ejemplo, podemos intentar observar una escena que pase frente a nuestros ojos sin etiquetar simplemente observando. Es necesario en este punto conectar y reconocer la materia, así como los espacios vacíos. Además, debemos conocer las dinámicas que sigue nuestro universo, por ejemplo, de expansión y contracción, de aparición y desaparición o de cambio y transformación, entre otros. Pensemos que todo lo que existe tiene un determinado lugar, y, si es así, también tendrá una función que puede conectar con la función de otra persona, de ahí que se diga, siguiendo la analogía del cerebro —en el que una neurona responde a otra, y así sucesivamente para formar un pensamiento—, nuestra realidad se encuentra interconectada con la de los demás que están a nuestro alrededor.
- b) ***Psicohigiene:*** se trata de una actitud frente a nuestra psique de responsabilidad y coherencia. Tenemos una mente que cuidar y, por tanto, requiere una serie de cuidados determinados —de ahí el término de psicohigiene que utiliza J. Urra (2014)—. La mente la podemos cuidar considerándola como si fuera nuestro jardín interior (Torán, 2014). A continuación se incluye una serie de pautas para el cuidado de nuestra mente.

Jardín del cerebro



Figura 12.5. Imagen de la obra El jardín de Giverny (1900), de O. Claude Monet.

INSTRUCCIONES PARA CUIDAR EL JARDÍN

- Arranca las malas hierbas o pensamientos negativos, seguramente instalados desde la infancia.
- Arráncalas de raíz para que no vuelvan a crecer.
- Diseña el jardín y piensa en lo que quieres realmente para tu vida. «*El primer motivo por el cual las personas no obtienen lo que quieren es que no saben lo que quieren*» (Haro T. Eker). A veces, te será más fácil pensando lo que no quieres o pensarlo por áreas de tu vida (por ejemplo, lo que quiero en el amor, en el trabajo, etc.).
- Planta semillas positivas, por ejemplo, piensa en tus éxitos y en todo aquello por lo que puedas estar agradecido/a.
- Si se cuelan animales o plagas perjudiciales, por ejemplo, la duda, hazlos fuera de tu jardín.
- Comprométete a cuidar tu jardín, por ejemplo, mediante un contrato pensado o escrito.
- Decide con quién compartirás y a quién enseñarás tu jardín y a quién no.
- Enamórate, pásate cada día por tu jardín. Piensa que el universo te tratará con el mismo valor que el que te concedas a ti. Si careces de autoestima, atraerás hacia ti individuos y circunstancias que reflejen tu nivel de amor propio. El universo te devuelve lo que crees merecer.
- Visualiza detalladamente y asociando a emociones positivas (alegría, alivio o gratitud), y piensa que «*lo que visualizas se acaba materializando*» (doctor Denis Waitley). Incluso puedes hacer un *collage* para tenerlo más presente.
- Ponte un plazo para conseguir tus objetivos.
- Desapégate del resultado. Piensa en el qué y el universo pondrá el cómo, ya que muchos recursos se escapan de nuestra percepción. Igualmente, piensa que aquello a lo cual te resistas, te perseguirá. Tu felicidad no debe depender de tu resultado. Si sientes carencia, atraerás carencia. Siéntete satisfecho, y a esperar.
- Espera lo mejor, como si ya lo hubieras logrado.
- Vive el momento presente. Medita. Di gracias. Perdona. Da.

c) **Vencer el ego:** en primer lugar, hay que conocer las estrategias que suele utilizar. Normalmente, se considera que el ego funciona según polos opuestos, por ejemplo, bueno o malo. Así, obtendremos un pensamiento fraccionado en el que iremos situando a las personas y los objetos de nuestro entorno según un polo u otro. La idea es no partir de estos polos o ideas preconcebidas y tener un espacio reflexivo más amplio.

También destaca este modelo que el ego tiende a querer mantener las ideas —a pesar que éstas puedan incluso ser erróneas—, despistando nuestra atención hacia aquella información que nos dé la razón. En este sentido, se debe desarrollar el espíritu crítico, así como la tolerancia para superar un ego limitado.

El ego persigue poseer y hay que dejar claro que es más beneficioso ser que tener.

Nuestro ego tiene cierta tendencia a centrarse en lo negativo, en el pasado o futuro —tiempos que no controlamos— y a aislarse, pues se retroalimenta de sí mismo. Por tanto, frente al ego debemos trabajar en pro de una visión positiva de la realidad, de centrarse en el presente y de compartir nuestra vida con otras personas.

Descripción técnica

La ecología mental propone una serie de conceptos sobre los que intervenir, así como una serie de ejercicios que llevar a cabo, pero no define específicamente el desarrollo de una técnica. La descripción que sigue es una propuesta para aproximarse y desarrollar ecología mental (Torán, 2011, 2014; Lomar, 2010):

a) **Comprender la importancia de los factores individuales intrapsíquicos, de los elementos que conforman nuestro entorno y de cómo éstos se relacionan.** Así, debería haber una evaluación de factores personales que intervienen en nuestra realidad intrapsíquica. Se podría realizar *un mapa de elementos intrapsíquicos* que incluyeran: aspectos intelectuales, factores de personalidad, elementos inconscientes —fantasías, deseos e impulsos—, objetivos vitales y funcionamiento cognitivo, emocional y relacional. Asimismo, sería necesario establecer el nivel de funcionamiento en las diferentes áreas vitales, por ejemplo, a través de la rueda de vida presentada en las técnicas de *coaching*. Por último, se trata de reflexionar acerca de cómo nos relacionamos con nuestro entorno, para lo cual nos deberíamos preguntar: ¿qué tipo de respuestas recibimos del entorno? Así se podrá delimitar el aspecto relacional.

b) **Detectar posibles problemáticas en esta díada relacional (persona- entorno- relaciones).** Lo cual supondrá definir síntomas o aspectos que no funcionen adaptativamente entre estos elementos. Por tanto, se trataría de *realizar un listado de*

problemas.

- c) **Plantear soluciones de mejora en la díada relacional**, existiendo múltiples propuestas, de entre las ya expuestas, que pueden facilitar procesos de mejora en relación a este concepto de ecología mental.

Por tanto, se trata de establecer un diálogo fluido entre nosotros y lo que percibimos que es nuestro entorno y lo que éste nos devuelve, con la idea de mejorar, de sentirnos más integrados, más adaptados, más cómodos, más conectados y, por último, con un mayor bienestar personal y sociocultural.

EJERCICIOS

Los ejercicios que se plantean desde la ecología mental son los siguientes, entre otros (Torán, 2014): ⇨ *Concentración y atención plena: la atención es como una langosta, que va de un lado a otro y le cuesta quedarse quieta.* Para ello será necesario focalizar (mantener la mente centrada en algo concreto, un objeto, un espacio y una actividad), así como mantenerse resolutivo/a y con cierto grado de claridad sensorial (mantenerse centrado en un punto) o *mindfulness*.

- ⇨ *Vencer las toxinas mentales y emocionales:* detectando las toxinas mentales (autoafirmaciones), centrándose en el presente, desprenderse del odio y la ira (con paciencia, serenidad, compasión y perdón) y dejar las malas costumbres de banda (por ejemplo, las quejas constantes, la procrastinación —dejar las cosas para más tarde— o la crítica).
- ⇨ *Practicar la generosidad y la gratitud:* dar sin esperar nada a cambio. *Piensa en alguna de tus posesiones —una que prefieras mucho— y regálale a otra persona, ¿qué te pasa por dentro?.* Solemos pensar que al dar, perdemos, pero es todo lo contrario, al dar, acabamos recibiendo —y seguramente en mayor grado del que esperábamos—.
- ⇨ *Mejorar la conexión con los demás:* se empieza por entender que hay que relacionar desde el amor universal. Se puede trabajar desde la meditación este estado. Practica la empatía, la compasión y alegrarte por los demás.
- ⇨ *Actitud mental positiva y proactividad (AMP):* es la capacidad de ver la parte positiva que se esconde detrás de todas las cosas. No confundas con resignación o negación, el éxito incluye el fracaso, y el fracaso, el éxito, y crea las causas correctas (crear causas que provoquen el efecto deseado).
- ⇨ *Aplicar la ley de la atracción:* ésta es una ley universal que dice que atraemos lo que pensamos. Es una ley que funciona siempre, no importa lo que creas. Atrae un camino para llegar a tu deseo, es decir, tú pones el qué y el universo pone el cómo.

TABLA 12.4
Pasos para la aplicación de la ley de atracción (adaptado de Byrne, 2007)

PASOS	¿CÓMO APLICAR EL PASO?
1	Emitir pensamientos positivos para atraer acontecimientos positivos a tu vida. Pensar, hablar y actuar en positivo para emitir emociones y energías positivas.
2	Reconocer tu parte de responsabilidad en todo lo que sucede, incluidos los acontecimientos negativos.
3	«Lo que vemos en nuestro presente no es más que residuos de nuestros pensamientos y actos pasados» (James Arthur Ray). Por tanto, si el presente es el resultado del pasado, el futuro lo será del presente.
4	Aceptar los fracasos, aprender de ellos y extraer las lecciones que están ofreciendo.
5	Evitar al saboteador interior, aquel que nos dice «no puedes», «no lo conseguiras», «no eres capaz de hacerlo».
6	Conviértete en el jardinero de tu cerebro.
⇒ <i>Dar sentido a tu vida con una visión y muchos valores: piensa y detecta cuál es tu misión personal, descubre tus talentos y tu motivación. Puedes empezar por escribir una declaración de misión. Además, comienza a soñar en grande (¿hasta dónde quieres llegar?), realizar una declaración de valores.</i> También se destaca la necesidad de <i>trabajar sobre el perdón</i> (Lomar, 2010) para poder plantear un jardín sin malas hierbas.	

Ámbitos de aplicación

Ecología mental y psicohigiene son una propuesta y una actitud a aplicar en situaciones en las que la persona opte por mejorarse a sí mismo/a, así como sus relaciones con el entorno. Por el contenido que se trabaja en ambas técnicas, se debe converger con las premisas básicas expuestas.

Para ampliar la información

- Lomar, F. (2010). *Ecología mental. Experimentar la paz*. Barcelona: Corona Borealis.
- Margalef, R. (1998). *Ecología*. Barcelona: Omega.
- Torán, F. (2011). *El arte de ser y estar*. Barcelona: Carena.
- Torán, F. (2014). *Ecología mental para dummies*. Barcelona: Planeta.
- Urra, J. (2014). *Psicohigiene*. Madrid: Punto de Lectura.

EPÍLOGO

Pinté. Acabé un cuadro con muchos colores y trazos. Las técnicas que se han presentado son como cuadros, algunos quedan dibujados con enorme realismo, otros simplemente garabateados. Al pintar un cuadro ponemos cabeza y corazón, aplicando en el lienzo entusiasmo, pasión, imaginación, reflexión, decisión y arte. Cada uno de estos cuadros abrió en mí un gran entusiasmo —algunos más que otros—, y desempeñe su elaboración con absoluta pasión. Por cada cuadro pude experimentar el fluir. Imaginación y reflexión, es decir, una parte subjetiva y otra que intentaba ser objetiva, salieron para perfilarlos y darles color. Tome decisiones acerca de las formas de presentarlas y de información, autores e incluso ejercicios y técnicas que incluir y otras que dejar de lado —en ocasiones muy a mi pesar—. Ha sido un esfuerzo colosal respecto al que bromeo con mi familia de que, una vez acabado, necesitaré unas vacaciones y tomar conciencia de cuántas neuronas murieron en este proceso..., unas cuantas seguro.

Leí. En cierto momento de mi viaje leí acerca de la discusión de base académica entre enseñar pocas técnicas, pero bien enseñadas, sobre la aceptación de diferentes técnicas e incluso la exclusión de algunas, sobre la efectividad y el cientifismo. Esto abrió un debate en mi interior, debate que creo no ha llegado a una conclusión aún. Pienso que es útil para cualquier terapeuta conocer las técnicas que tiene a su disposición. Conocerlas no significa utilizarlas todas, pues cada vez estoy más convencida de que por encima de las técnicas está la relación y la posición terapéutica. Poder repasar estas cincuenta técnicas, y algunas otras que no he podido incluir por una cuestión de espacio y adecuación al contenido general, me ha servido para admirar aún más si cabe nuestra disciplina. ¡La psicología es grande!, pues nos ofrece un sinfín de matices, opciones, ideas y recursos. No es verdad que ir al psicólogo sea como sentarse con un amigo a hacer un café, pues somos profesionales que han conseguido dibujar aspectos complejos del ser humano, intentando entender su personalidad, sus formas de actuar y de relacionarse o por qué a veces no conseguimos lo que deseamos. Cada uno, desde su propia perspectiva profesional, ofrece una narrativa y perspectiva interesantísimas.

Escribí. Escribí y escribí, y casi sin darme cuenta se dibujaban hojas y hojas de información, de recursos. Escribí a mano y a ordenador, en el primer caso para ordenar ideas y recoger informaciones varias, y en el segundo para capturar ambas.

Dudé. Dudé acerca de sí presentar ciertas técnicas en formato de ficha no sería peligroso, pues llama a su uso. Cierto. Hay técnicas que son amplísimas, o requieren visualizarse y ampliarse para poder utilizarse. Por eso me disculpo de antemano ante aquellos/as que se

puedan sentir ofendidos por mi presentación. Dejar claro que en algunos casos son sólo eso, un darse la mano con la técnica para interesarse por empezar una relación con la misma. En este sentido, he añadido información acerca de asociaciones y/o entidades a las que dirigirse para formarse en la técnica concreta. Contar que calculé que si quisiéramos formarnos, según estrictos criterios formales, en todas estas técnicas, tendríamos que dedicar unos 150 años, así como miles y miles de euros. Como he dicho, no se trata de ser expertos en cada una de las técnicas, sino de recoger aquellas con las que sintamos mayor afinidad y vivirlas, estudiarlas e investigarlas.

Rechacé. Rechacé algunas de las técnicas que incluyo, y hubo un caso en la que tuve que borrar una de las técnicas que quería incluir en este libro. Hay técnicas que se utilizan hoy en día en psicología que creo no tienen una perspectiva adecuada y se basan en obviedades, incluso algunas en errores cabales. Creo que llevamos tiempo intentando poner límites a nuestro mar, al mar de las terapias, y hay que actuar con diligencia para filtrar aquellas técnicas útiles de aquellas que no sólo no lo son, sino que podrían ser perjudiciales. Con alguna de ellas me tope y salí espantada.

Me liberé. Me parece increíble que no se haya realizado este ejercicio antes. Encontré algún manual afín y parecido, así como iniciativas específicas de hacer fichas terapéuticas, pero nada igual. Cuanto más he avanzado en este camino, más pienso que deberíamos sentarnos a hablar de ello, no simplemente rechazarlo como señalaba en el punto anterior. Poder acercarme a las técnicas me ha hecho mejor profesional, pues puedo ponerme frente a la persona con un sentimiento de libertad y dignidad diferentes. Tal vez fuera yo, que siempre pequé de una autoestima dubitativa, diremos, pero creo —y hablo por todos los alumnos/as de prácticas que he tenido— que conocerlas puede ofrecernos aunque sea una cierta seguridad. Asimismo, tener la información ofrece una oportunidad para tomar la decisión de si seguir adelante o no con cierta afinidad. Me he sentido liberada de lo que sentía una obligación, pues los compañeros/as me invitaron a que hiciera este ejercicio que tomé como una responsabilidad.

Me divertí, flui, me sentí feliz. El ritmo de trabajo de los últimos ocho meses ha sido frenético. Cada cinco minutos que tenía, buscaba información, pensaba opciones y recursos, sentía y conectaba con determinados ejercicios, de ahí el cansancio y la muerte neuronal a la que aludía antes. Pero también tengo que señalar que me he divertido junto a mi niña interior muchísimo —disfrutaba ella con las palabras, las historias—, y un padre interior que se siente orgulloso, orgullosísimo. Horas y horas fluyendo y un sentimiento de felicidad suprema por el reto conseguido.

Agradecí. Y agradezco haber recorrido este camino a tu lado y, como he intentado mantener en mi día a día, me pongo a tu disposición para ayudarte a avanzar o simplemente compartir detalles, comentarios, críticas y/o dudas.

Para contactar con la autora:

CENTRO LA PSICÓLOGA

Legalitat Flat

Legalidad 64, entresuelo 4a,
08024 Barcelona.

www.lapsicologa.es

info@lapsicologa.es