AVANCES EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

Sofía Grzona – Leandro Martín Casari
(Compiladores)

neu
nueva editorial universitaria

AVANCES EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

Universidad Nacional de San Luis
Rector: CPN Víctor A. Moriñigo
Vicerrector: Mg. Héctor Flores

Subsecretaria General de la UNSL
Lic. Jaquelina Nanclares

Nueva Editorial Universitaria
Avda. Ejército de los Andes 950
Tel. (+54) 0266-4424027 Int. 5197 / 5110
www.neu.unsl.edu.ar
E mail: neu@unsl.edu.ar

Prohibida la reproducción total o parcial de este material sin permiso expreso de NEU

UNIVERSIDAD DE MENDOZA
RED DE EDITORIALES DE UNIVERSIDADES NACIONALES
neu nueva editorial universitaria
Universidad Nacional de San Luis

AVANCES EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

COMPILADORES

Sofía del Carmen Grzona
Leandro Martín Casari

AUTORES Y AUTORAS

Sofía del Carmen Grzona
Leandro Martín Casari
Héctor Fernández-Álvarez
María Paula Moretti
Claudia Silvina García
María Natalia Piorno
Rocío Videla de Brito
Facundo Stefanini
Mariela Cristina Lucero
Javier Ricardo Abraham
Patricia Tartacovsky
María Julia Zúñiga Licarze
María Belén Mondini Bordín
Ana Mazzoni
Florencia Danitz
María del Valle Tolosa

UM UNIVERSIDAD DE MENDOZA
Universidad Nacional de San Luis

Avances en psicoterapia integrativa / Sofía del Carmen Grzona ... [et al.]; compilación de Leandro Casari ; Sofía Grzona - 1a ed - San Luis: Nueva Editorial Universitaria - UNSL, 2022. Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-733-332-9

1. Psicoterapia. I. Grzona, Sofía del Carmen II. Casari, Leandro, comp. III. Grzona, Sofía, comp.
CDD 150

Nueva Editorial Universitaria

Coordinadora:
Lic. Jaquelina Nanclares

Director Administrativo
Sr. Omar Quinteros

Administración
Esp. Daniel Becerra
Roberto Quiroga

Dpto de Imprenta:
Sr. Sandro Gil

Dpto. de Diseño:
Tec. Enrique Silvage

Institución colaboradora en la edición:
Universidad de Mendoza

Diseño de tapa:
Fragmento de obra original de la artista Paola Puliafito denominada: Semilla de vida.

1ra Edición: 2022

ISBN
Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723
© 2022 Nueva Editorial Universitaria
Avda. Ejército de los Andes 950 - 5700 San Luis

ÍNDICE

Introducción...9

Parte 1
Introducción a la Psicoterapia Integrativa

Panorama de la Psicoterapia Integrativa......................................15

Psicoterapia Basada en Evidencia..65

El inicio del proceso terapéutico: Pautas para el diseño de tratamiento………...87

Instrumentos de evaluación psicométrica para población adulta……………………………………………..…….111

Evaluación Psicológica infanto-juvenil: Proceso e instrumentos..157

Parte 2
Diferentes enfoques que nutren a la Psicoterapia Integrativa

Psicoterapia Cognitiva Constructivista......................................173

Breve introducción a la Terapia de Aceptación y Compromiso……………………………………………………203

Introducción a la psicoterapia guestáltica y sus posibilidades de integración con otras escuelas terapéuticas............................221

Miradas locales y situadas de las Prácticas Narrativas

desde una perspectiva de género.....237

Parte 3
La Psicoterapia Integrativa en distintas situaciones de Abordaje

Introducción a la psicología de infertilidad y Reproducción Asistida. Pensando desde la perspectiva del estrés. PsicoInmunoNeuroEndocrinología (PINE)……273

Personalidad e Identidad: Desde los relatos dominantes hacia narrativas enriquecedoras sobre los “trastornos de la personalidad”……..303

Aproximaciones a la Sexualidad Humana……..343

Aprendiendo a pensar desde el Modelo Integrativo.....389

Introducción

Leandro Martín Casari[1], Grzona, Sofía [2]

Pareciera ser un sentimiento común entre quienes están próximos a graduarse, que la carrera de licenciatura en psicología no ha brindado todas las respuestas esperadas, y que al salir al campo laboral habrá demasiados interrogantes y pocas certezas. De aquí que muchos colegas recién graduados refieran no sentirse preparados, e inicien automáticamente, e inclusive previo a culminar sus estudios, formaciones alternativas que les brinden las herramientas que perciben carecer.

La formación de grado ofrece muchas veces una visión parcial del funcionamiento psíquico, lo cual se refleja en que las materias terminan mostrando parcelas distintas de los procesos mentales. Y cuando nos detenemos en la formación clínica, la tendencia a mostrar diferentes escuelas de psicoterapia, más que una posibilidad de sumar y complementar termina funcionando como una especie de oferta de identidades a seguir. Hemos visto cómo los próximos graduados eligen formarse y profundizar en enfoques teóricos guiados por sus intereses personales, por sentir cierta atracción e identificación con la manera en que explican los procesos normales y psicopatológicos de la mente humana, o, en ocasiones, por la admiración que generan docentes o exponentes

[1]INCIHUSA, CONICET CCT Mendoza. Correo electrónico: lmcasari@mendoza-conicet.gov.ar
[2]Universidad de Mendoza. Correo electrónico: sofiagrzona1@gmail.com

de cada línea. Y si sumamos la batalla campal que a veces suele observarse entre partidarios de distintas corrientes teóricas, pareciera ser que el desafío de estudiar una única manera de hacer psicoterapia está demasiado lejos.

Debido a circunstancias fortuitas, quienes participamos como autores de este libro, hemos tenido el privilegio de conocer modelos integrativos en psicoterapia, que tomaban los aportes que tanto nos llamaban la atención de diferentes corrientes teóricas. Ofrecían no un nuevo modelo, sino más bien una reinterpretación de conceptos primarios, a la luz de un esquema integrativo del funcionamiento mental, donde los modos de acercarse al sufrimiento de las personas que consultan y las diversas técnicas de abordaje cobraban un nuevo sentido. Esta es la diferencia entre lo que se conoce como Eclecticismo e Integración: que el primero toma elementos sin un marco de referencia teórico, en tanto que el segundo, provee de un nuevo paradigma interpretativo, siendo un aporte conceptual sólido que se nutre de fuentes primarias para reinterpretarlas.

Es así, como haciendo caminos solitarios, buscando nuevas oportunidades de formación, inclusive fuera de nuestros lugares de residencia, conocimos al modelo integrativo de Héctor Fernández-Álvarez. Pudimos realizar formaciones heterogéneas e interactuar con profesionales de influencia que predicaban la integración en su práctica clínica cotidiana, agregando un elemento muy importante: no se trata solo de una integración conceptual, sino de una integración que también esté basada en la evidencia otorgada por los resultados de la investigación. De allí que el criterio de actualización sea un pilar fundamental, constantemente surgen nuevos descubrimientos que nos permiten cuestionar modos habituales de ejercer como psicoterapeutas, y si hay algo por lo que se destacan quienes se autodenominan psicoterapeutas integrativos/as, es por su flexibilidad, por su predisposición a saber ejecutar lo que quien es consultante necesita.

Los autores de este libro tenemos distinto grado de vinculación con la psicoterapia, ya sea por la labor clínica, docente y/o de investigación. Encontrarán autores de diversas instituciones académicas y asistenciales de Argentina, con quienes compartimos espacios de formación y trabajos en equipo. Más allá de nuestros recorridos individuales, siempre nos nuclea una visión integrativa de los procesos mentales y la necesidad constante de actualizarnos.

Este libro es producto de nuestra certeza en que estamos haciendo un aporte hacia una formación verdaderamente integrativa. Por ello hemos solicitado a un grupo de profesionales que plasmen sus conocimientos en breves escritos, que permitan trascender las fronteras de su práctica cotidiana y difundir sus modos de trabajo.

El libro está dividido en tres grandes apartados.

La primera parte es una introducción a la Psicoterapia Integrativa, el cual comienza con las sabias palabras del Dr. Fernández-Álvarez presentando un panorama de la Psicoterapia Integrativa. Luego veremos un modelo de Formulación de Casos que pretende tomar los aportes de la evidencia en la toma de decisiones de un diseño de tratamiento, para continuar con tres capítulos que sirven de complemento para diagramar el diseño de tratamiento: uno sobre Psicoterapia Basada en Evidencia, y dos capítulos abocados a la Evaluación Psicológica de niños, adolescentes y adultos.

La segunda parte recoge algunos de los modelos que pueden amalgamarse perfectamente dentro del paradigma integrativo: la Psicoterapia Cognitivo Constructivista, la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Terapia Gestáltica, y las propuestas narrativas dentro del modelo Sistémico.

Finalmente, concluimos con diversas aplicaciones de la Psicoterapia Integrativa, donde observaremos el abordaje en: Psicología de la Infertilidad y Reproducción Asistida, situaciones

clínicas donde inciden elementos de la personalidad, y miradas acerca de la Sexualidad Humana. Por último, concluimos con un capítulo donde podrán comprender desde adentro una aplicación clínica del modelo integrativo de Formulación de Casos.

Esperamos que este libro sea un peldaño en la búsqueda de integración teórica que muchos anhelamos y que sirva para poder seguir pensando cómo adaptarnos a lo que necesita la persona que nos consulta y no pretender que ocurra lo inverso. Después de todo, si la única herramienta que conocemos es un martillo, el mundo puede terminar teniendo forma de clavo.

Este libro tiene un trasfondo ético, desde el cual nos posicionamos, la pretensión de brindar la mejor atención clínica posible a las personas que nos consultan, con las herramientas que la investigación ha mostrado eficaces al momento actual. Sabemos que esto es más una aspiración que una meta cumplida. Pero también creemos que dar un paso, por pequeño que sea, nos acerca un poco más al objetivo. Y con esta propuesta queremos dar el nuestro.

Parte 1: Introducción a la Psicoterapia Integrativa

Panorama de la Psicoterapia Integrativa

Héctor Fernández-Álvarez[1]

Introducción

La psicoterapia se inició como un procedimiento de base científica a principios del siglo XX. A lo largo de sus 120 años de evolución siguió un derrotero marcado por muchas transformaciones que dan cuenta de una enorme versatilidad teórico-clínica. En ese curso algunos componentes mantuvieron una apreciable constancia, pero muchos otros han dado lugar a fuertes debates y confrontaciones. Si observamos su evolución podemos identificar, a lo largo de su desarrollo, una serie de tensiones, cada una de las cuales es una marca en ese desarrollo que se proyecta hasta el presente. El propósito de este capítulo es desplegar cómo está constituido el campo de nuestra disciplina, mostrando referencias que permitan detectar esas tensiones sucesivas. Y, a partir de ello, presentar las razones por las cuales la integración resulta la síntesis superadora de dicha evolución.

La psicoterapia constituye, en la actualidad, el brazo tecnológico de una disciplina científica aplicada que expresa, en lo esencial, la encarnación contemporánea de un modo de relación humana originaria: la disposición de los seres humanos para

[1] Fundación Aiglé. Correo electrónico: hfa@aigle.com.ar

buscar y brindar ayuda entre sí, ante situaciones que generan diversas formas de dolor y sufrimiento. Este intercambio forma parte del repertorio natural de los seres humanos pues la vida cotidiana conlleva, habitualmente, situaciones difíciles de enfrentar e implica experiencias de padecimiento que promueven intercambios personales con miras a alcanzar un estado de mayor bienestar y felicidad. Esta acción natural de la especie es lo que la psicoterapia adoptó como base para fundar, a principios del siglo XX, una profesión asistencial alojada dentro del territorio de la ciencia.

En sus inicios, cuando Freud presentó el psicoanálisis como un nuevo método de tratamiento para ciertos trastornos mentales basado en la palabra, la psicoterapia encontró importantes resistencias en el campo de la academia y de la vida profesional. Su propuesta resultaba chocante para el paradigma de la psiquiatría biológica de su tiempo que defendía intervenciones basadas en métodos físico-químicos, pero la tenacidad del fundador y sus seguidores terminó por lograr imponerlo como un recurso aceptado y reconocido varias décadas después en Europa y en Estados Unidos.

En ese origen podemos identificar la primera de las tensiones que habrán de presentarse a lo largo de su desarrollo. En este caso, la confrontación entre dos concepciones terapéuticas, tanto en lo que se refiere al modelo explicativo de los trastornos como a los procedimientos empleados para su curación. De cualquier modo, la propuesta inicial del psicoanálisis fue elaborada de acuerdo con el formato del modelo médico clásico (aunque en cierto modo alternativo) en consonancia con la profesión de su creador y el ámbito donde comenzó a circular tempranamente. La mayoría de los primeros seguidores y practicantes florecieron en el campo de la medicina, aun cuando desde épocas tempranas se discutió la eventual aceptación de "analistas profanos" dentro de su territorio. Esto es, psicoanalistas que no pertenecieran al campo de la medicina.

En el desarrollo de los primeros 50 años de evolución, el modelo original del psicoanálisis vio surgir cambios importantes. Por un lado, el pensamiento freudiano fue desplazándose hacia un modelo más hermenéutico. Además, surgieron numerosos enfoques alternativos, en parte como producto de deserciones entre los seguidores más cercanos al maestro, así como de algunas propuestas que formulaban principios teóricos alejados del dogma oficial. Ya para la mitad del siglo pasado, el psicoanálisis había dado lugar a diferentes vertientes como la Teoría Individual (Adler), la Teoría Analítica (Jung), la Teoría de las Relaciones Objetales (Klein), la Psicología del Yo (Hartmann) y varias otras.

Coincidiendo con el pasaje a la segunda mitad del siglo pasado, se produjo un fenómeno que conmovió los cimientos de la psicoterapia cuando la disciplina llevó a cabo una migración disciplinar que la alejó de la medicina (aunque siguió ligada a ella) para pasar a formar parte del cuerpo teórico de la psicología, convirtiéndose en una práctica terapéutica psicosocial. En esa doble inscripción encontramos otra tensión cuya vigencia llega hasta nuestros días en la forma de un Gran Debate (Wampold & Imel, 2015)

Hasta el día de hoy, la base conceptual de la psicoterapia sigue estando íntimamente vinculada con la ciencia psicológica y los psicólogos son la mayoría de los profesionales que llevan a cabo su práctica. Una de las circunstancias fundamentales que estuvo atada a esa transformación es que la psicoterapia, habiendo alcanzado un grado básico de aceptación y reconocimiento como una herramienta en el campo de la salud, comenzó a diseminarse en la sociedad y su demanda comenzó a multiplicarse aceleradamente. En pocas décadas habría de convertirse en una rama central del árbol que alimenta las intervenciones terapéuticas en el campo de la salud mental.

Para ese entonces, además de las variantes del psicoanálisis, la psicoterapia había visto surgir otros modelos teóricos. Dos de dichos modelos, la terapia de modificación de

comportamiento, asentada en el terreno de la psicología experimental y la terapia humanista-existencial que abrevaba en dos fuentes principales, la medicina y la filosofía, alcanzaron un reconocimiento importante y pasaron a disputarle el centro de la escena al psicoanálisis que, de todos modos, mantuvo su reinado por varios años más.

Ya en las postrimerías de la década de 1950, un cuarto modelo, el enfoque sistémico se agregaría a los otros tres dando lugar a un cuadrilátero teórico que sigue constituyendo, hasta la actualidad, la estructura conceptual básica de la psicoterapia como disciplina. Es importante señalar que, al mismo tiempo que estos nuevos modelos ocupaban el centro de la oferta terapéutica, también impulsaron el surgimiento de nuevas variantes que terminaron por arborizar el universo teórico en un conjunto que incluyó varios centenares de modelos. Es fundamental tener en cuenta que, aunque a esa arborización contribuyeron algunos abordajes por fuera de ese cuadrilátero nuclear, la evolución de la práctica terminó circunscribiendo los enfoques teóricos a esos 4 modelos principales, sus variantes y sus combinaciones. Ese proceso de diferenciación progresiva no ha concluido, aunque en este momento, se observa un apaciguamiento de la fiebre por inventar nuevos enfoques teóricos. Los terapeutas están mucho más volcados a tratar de lograr una convergencia conceptual y operativa entre los modelos existentes y ese es precisamente el camino de la integración. Esta es justamente la tesis fundamental que desarrollamos en este capítulo.

Mientras ocurría este fenómeno de diferenciación teórica progresiva, diversos autores tuvieron la perspicacia de señalar que todas las psicoterapias que resultaban eficientes presentaban algunas notas comunes que eran responsables, en primera instancia, del éxito de los tratamientos. Las primeras formulaciones al respecto fueron realizadas en épocas muy tempranas, pero este movimiento comenzó a tomar fuerza y sustancia en la década de 1960 cuando Frank (1961) elaboró el

principio de los Factores Comunes. Desde ese momento se instaló en el territorio de la psicoterapia una nueva tensión entre dos principios operativos: la importancia atribuida a los **modelos teórico-clínicos específicos** por un lado y, por otro lado**, el peso de los factores comunes** que pasaban a dar cuenta de los resultados terapéuticos, independientemente del modelo utilizado. En buena medida, esta dualidad tensional se asoció con las dos fuentes que sirven de base a la psicoterapia. Eso es, precisamente, lo que Wampold denominó el Gran Debate de la psicoterapia contemporánea: la tensión entre dos formas de concebir la práctica, una centrada en el antiguo modelo médico y otra, más moderna, apoyada en un modelo contextual que remite a la fuerza que tienen dichos factores comunes.

En la actualidad, se escuchan muchas voces que se levantan en favor de apoyar el modelo contextual. Esto es, un movimiento destinado a desmedicalizar la psicoterapia, con el propósito de que su función no se reduzca a mitigar o eliminar los síntomas que aquejan al paciente. En otros términos, que su tarea apunte a favorecer una reorganización de la experiencia personal y la búsqueda de una mejor calidad de vida. Se trata de una redefinición valiosa, pero especialmente si se la puede concebir de un modo integrativo, especialmente teniendo en cuenta lo complejo y elusivo que es el concepto de Calidad de Vida.

El camino hacia la integración tiene el propósito de alcanzar una formulación paradigmática de nuestra disciplina que sirva como trampolín para un desarrollo incremental de la eficiencia terapéutica. Como síntesis de esta introducción podemos señalar los dos hitos primordiales que marcan dicho camino: la articulación de los diferentes modelos teóricos y la formulación de programas que reúnan los principios comunes y

los factores específicos de intervención. Los apartados del capítulo intentan mostrar, a través de un recorrido histórico, cómo se ha ido construyendo dicha integración.

El impacto de la investigación empírica

En la medida que la psicoterapia fue logrando reconocimiento y aceptación social, se puso en marcha (como en cualquier campo asociado a la ciencia) un impulso destinado a promover la investigación empírica con el fin de someter a prueba sus herramientas. Los alcances de ese movimiento, que habrían de revolucionar sus prácticas, se proyectan hasta el presente. Nos referimos a las acciones que se propagaron desde los laboratorios de investigación para llevar a cabo una tarea sistemática que permitiera disponer de pruebas empíricas sobre la eficiencia terapéutica y, en un segundo tiempo, muestras de evidencia metodológicamente consistentes. En un primer momento, la metodología dominante se ajustó a los cánones de ciencia positiva que empleaba el modelo médico, asentándose sobre tres pilares fundamentales: que cualquier abordaje terapéutico debía enfocarse en el tratamiento de entidades clínicas delimitadas, que el tratamiento debía ser focalizado y de corta duración a los efectos de poder controlar los valores pre y post tratamiento y que la implementación estuviera fuertemente ligada con el empleo de manuales de tratamiento. Esto último buscaba garantizar que todos los terapeutas que utilizaran un determinado modelo deberían alcanzar resultados equivalentes con todos sus pacientes. La investigación empírica naciente privilegiaba, entonces, los factores específicos sobre los comunes.

Las investigaciones se basaron, fundamentalmente, en estudios controlados aleatorizados sobre la eficacia de la psicoterapia y se proyectaron en los valores del tamaño del efecto que se informaban a partir de los estudios metanalíticos respectivos. Dichos estudios favorecieron los estudios de validez interna que permitían probar qué resultados podían esperarse de la

aplicación de un tratamiento específico comparados con, por ejemplo, listas de espera u otros tratamientos. Los informes de dichos estudios realizados en los centros académicos fueron muy positivos.

Los resultados positivos alcanzados en un primer momento generaron euforia entre los terapeutas y las asociaciones corporativas en las que estaban nucleados. La Terapia Cognitivo-Conductual surgió como el modelo prevalente, en especial por ser el que mayor cantidad de estudios reunió en su momento, favorecido porque las características estructurales que presentaba se adecuaban mejor a las exigencias de los entes reguladores de investigación. El uso de los manuales de tratamiento se convirtió en un procedimiento habitual en los ámbitos institucionales. Los índices de los resultados encontrados en estudios controlados sobre la eficacia de la psicoterapia y los valores del tamaño del efecto que se informaban a partir de los estudios metanáliticos proyectaron la ilusión de una enorme eficiencia, promoviendo una sobrevaloración respecto de lo que podía lograrse con sus intervenciones.

Como veremos más adelante, con el paso del tiempo diferentes hallazgos permitieron comprobar que la eficiencia de la psicoterapia, aunque resulta significativa, dista mucho de aquellos índices tan elevados (Lambert, 2013). Esos hallazgos constituyeron, en realidad, un paso hacia la madurez de la disciplina, que se fue apoyando de manera cada vez más firme, sobre datos sólidos y consistentes. En esto podemos identificar una nota característica del espíritu integrativo: una actitud abierta, flexible y tolerante, dispuesta a revisar los resultados sin temor a reconocer déficits en nuestra tarea y a llevar a cabo todas las modificaciones que sean convenientes para brindar una oferta más eficiente a los consultantes. Esta cuestión actitudinal y este

espíritu es algo en lo que debemos trabajar activamente para conquistar, pues los terapeutas, todavía hoy, seguimos mostrando una fuerte tendencia a creer que nuestras intervenciones son más positivas de lo que realmente son (Tracey et al., 2014)

La expansión de la demanda

La psicoterapia es, hoy, una disciplina ampliamente reconocida en la sociedad contemporánea, que adquirió un prestigio significativo a partir de la segunda mitad del siglo pasado, dando lugar a una notable expansión y diseminación en las últimas décadas. Dos fueron las circunstancias primordiales que apoyaron su desarrollo: por un lado, el avance sostenido de las ciencias sociales (con la psicología a la cabeza) en el panorama epistémico de la época y, por otro lado, el aumento descomunal de la incidencia y la prevalencia de los trastornos mentales durante esos años.

1) Cada época histórica tiene sus marcas distintivas; el siglo XX también las ha tenido. Existe un importante consenso, entre los expertos, de que, a lo largo de su trayectoria, la subjetividad pasó a ocupar un lugar central en el reino del conocimiento. El Saber dirigió fuertemente su atención al estudio de las experiencias personales y al modo en que los individuos afrontaban las circunstancias de la vida, promoviendo una poderosa corriente de estudio en torno a las Ciencias Humanas. Sus temas, que hasta ese momento estaban arropados bajo el manto de la filosofía dieron un salto hacia el mundo científico. Dentro de ese conjunto, la psicología en particular logró un posicionamiento relevante, adquiriendo fuerte influencia en ámbitos tan disímiles como la salud, la educación, la economía y la política. Este acento en la subjetividad es algo que Elena Béjar (1993) calificó como "la cultura del yo".

.El desarrollo de la psicología y su incidencia en la evolución de la psicoterapia como brazo tecnológico en el campo

de la salud, se cuenta entre uno de los fenómenos icónicos del siglo XX. Los tratamientos psicológicos han realizado un aporte decisivo a la cultura contemporánea y eso se hace sentir en loa acontecimientos de la vida diaria. La sociedad actual está impregnada en todos sus estratos y niveles por la psicoterapia y en ello se ve reflejada, entre otras características, ese fuerte acento en la búsqueda de la felicidad individual. Esta focalización de la disciplina tuvo una derivación importante hacia fines del siglo pasado con el surgimiento del **movimiento de la psicología positiva**. Promovida por Seligman desde su posición como presidente de la American Psychological Association, fue anunciada como una revolución para la psicología. El núcleo de su propuesta partía de considerar que la psicología se había concentrado excesivamente, a lo largo de su evolución, en identificar y abordar las deficiencias y las limitaciones de los seres humanos. A su juicio, esto había convertido a la disciplina en un programa reparador, centrado en superar déficits y en ayudar a vencer obstáculos. La psicología positiva se presentó, en cambio, como un programa para promover capacidades y recursos y apoyarse en las fortalezas de los individuos más que en combatir sus falencias o limitaciones.

La psicología positiva se proclamó como una nueva ciencia de la Felicidad (Seligman, 2002). Este movimiento adquirió fuerza rápidamente y el campo de la psicoterapia absorbió buena parte de su impulso, lo que se conectó, junto a otras propuestas, con el desarrollo de las **estrategias terapéuticas de baja intensidad**. Esto se articuló, además, con otro movimiento que resaltó la importancia de las prácticas meditativas (en particular el entrenamiento en mindfulness) como un recurso para focalizar la atención en la acción presente, algo que alcanzó en corto tiempo una importante difusión en el campo de la psicoterapia (Germer, Siegel y Fulton, 2014).

Un interesante debate se abrió poco después en torno a estas innovaciones y el alcance que merecía otorgarse a estas propuestas. Por un lado, la psicología positiva original tomó el aire

de una renovación de la psicología y se propuso como una ciencia de la felicidad, conquistando muchos adeptos dentro y fuera de la disciplina. Pero, por otro lado, comenzó a cosechar críticas que veían en ese movimiento una manera liviana y superficial de abordar la experiencia humana y las condiciones clínicas en particular. Como resultado de ello se generó un movimiento alternativo, la Psicología Positiva 2.0. (Wong, 2016) sosteniendo que enfocarse solamente en lo positivo lleva a una visión sesgada y limitada de la vida pues las situaciones positivas y negativas están íntimamente conectadas. Desde esta perspectiva, la vida está habitada inexorablemente por el sufrimiento y la ayuda que podemos brindar a las personas no puede soslayar esta circunstancia. Por lo cual, una dialéctica entre ambas condiciones es un principio que se adecua mejor a la naturaleza de la experiencia humana. Esta propuesta constituye un ejemplo muy ilustrativo de un avance hacia la integración.

El papel de las prácticas de meditación también dio lugar a otro interesante debate. Incorporadas en la clínica psicológica a partir de los trabajos que llevara a cabo Kabat-Zynn con los pacientes oncológicos, el entrenamiento en mindfulness cobró un vigor enorme y sus aplicaciones se diseminaron rápida y extensamente. Hoy en día dichas prácticas forman parte de los instrumentos habituales a los que se recurre en varios ámbitos de la clínica psicológica. El debate a que dieron lugar está vinculado con su estatus y con el alcance que les está reservado dentro del campo de la psicoterapia. Varias formulaciones postularon que constituye un nuevo modelo terapéutico, mientras que desde otras perspectivas su rol es visto como un recurso para sumar herramientas transteóricas al servicio de los modelos clásicos de intervención. Esta última visión se ha ido imponiendo en los últimos años. Como señalan Van Bockstaele & Bögels (2014) sus aplicaciones pueden servir como un procedimiento útil en situaciones clínicas que presentan baja severidad disfuncional o

como un instrumento que puede servir para potenciar estrategias más complejas, utilizadas en situaciones de mayor severidad, como el caso de su inclusión en el programa de Terapia Dialéctico Conductual. Nuevamente vemos en ello indicaciones francas de las ventajas de disponer de un enfoque integrativo.

2) Abordamos ahora el segundo tema. La expansión de la psicoterapia se produjo, también, como consecuencia del aumento exponencial de la demanda. Esto fue generado, en primer lugar, por el notable aumento demográfico de la población mundial, pero, además, las tasas crecientes de incidencia y prevalencia de los trastornos mentales se han deducido de algunos fenómenos puntuales como: el acentuado incremento de la prescripción de psicofármacos, el aumento de las pensiones por invalidez asociada con perturbaciones psíquicas y una elevada cantidad de suicidios en (casi) todo el mundo. El crecimiento de dicha prevalencia ha generado no pocas controversias. Richter et al. (2019) sostienen en un estudio que abarca datos entre 1978 y 2015 que esas tasas han aumentado, pero que dicho aumento es modesto y está sobre todo asociado con el incremento demográfico.

Por otra parte, muchos expertos sostienen en los medios que los trastornos mentales se expanden a raíz de las difíciles condiciones de vida de la humanidad. Entre ellas sobresalen: Las difíciles circunstancias que suelen acompañar el incremento de las expectativas de vida en un número cada día mayor de personas; los procesos de migración masiva que se vienen reiterando en distintas áreas geográficas con abultados contingentes de personas que huyen de la pobreza extrema; la aglomeración progresiva en zonas urbanas que va acompañada de condiciones de hacinamiento y expone a una explosión de la violencia social, entre otras. Estas circunstancias se asocian a un aumento

alarmante de los trastornos mentales en el último cuarto del siglo pasado, algo que continúa progresando de manera exponencial. El ejemplo paradigmático es la escalada de la depresión, que en los últimos años ha ido trepando, en el listado de las enfermedades que publica la OMS, hasta instalarse en este momento en los primeros puestos de la pirámide epidemiológica, no sólo en términos del volumen de casos sino, sobre todo, en la cantidad de días acumulados de discapacidad

Ya en el año 2017, documentos de la OMS anunciaban que la depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. La asociación entre la depresión y la pobreza están muy documentadas (Ridley, 2020). Y en estos últimos tiempos, esta condición clínica se ha visto más afectada aún, como consecuencia de las circunstancias vinculadas con la pandemia que está asolando a la humanidad (Ettman et al., 2020). Ante esta alarmante situación epidemiológica es imprescindible trabajar para integrar todos los conocimientos disponibles para contar con programas de intervención más eficientes.

La OMS viene llevando a cabo una activa campaña de concientización respecto de estas alarmantes circunstancias. Junto a ello, viene destacando el importante papel que están llamadas a cumplir las intervenciones psicológicas para morigerar sus consecuencias (WHO, 2016). Este rol relevante no podía soslayar la presión de los fenómenos de globalización que se han derramado por el mundo. A la psicoterapia le tocó su turno y eso se tradujo en la presencia progresiva de las Terceras Partes, organismos públicos y privados que pasaron a intervenir en la regulación de las prácticas. Esta circunstancia ha generado nuevas e importantes tensiones que afectan la circulación de la demanda y la oferta y los diversos componentes de la disciplina.

La naturaleza del saber psicoterapéutico

La estructura del Corpus Psicoterapéutico está organizada en base a una combinación de arte y ciencia (Hofmann & Weinberger, 2007; Wampold, 2019). Por un lado, es una disciplina aplicada que se apoya en principios teóricos de diversas fuentes que dieron lugar a diferentes modelos y abordajes. El enfoque psicodinámico utilizó como base la psicopatología prevalente en la neurología y la psiquiatría positiva dominantes de su tiempo, pero se fue moldeando, en su desarrollo, fundamentalmente en base a una estructura teórica elaborada ad hoc, que Freud denominó metapsicología, a la que hace mención desde sus investigaciones tempranas sobre el funcionamiento de la mente y del inconsciente en particular. Trabajó en ese modelo teórico a lo largo de toda su carrera a través de tres niveles de análisis: dinámico, topográfico y económico. El desarrollo ulterior de estos principios condujo a ciertas formulaciones teóricas que propusieron al psicoanálisis como una disciplina científica autónoma, enfocada en el inconsciente como objeto central del conocimiento. A su vez, tales formulaciones fueron también seriamente criticadas en el ámbito de la ciencia dominante del siglo XX que vio en el psicoanálisis una pseudo teoría apoyada sobre conceptos imposibles de someterse a falsación y a verificación empírica. En la actualidad, ese antagonismo se ha suavizado y en gran medida, el modelo psicodinámico forma parte de la teoría psicológica general (Paris, 2017).

La terapia humanista se apoyó en la psicología médica, una rama surgida dentro del cuerpo de la medicina general modelada por principios provenientes de la ciencia fenomenológica. Y también encontramos un componente epistemológico fundamental en las bases teóricas de la terapia sistémica que tomó sus principios centrales de la ciencia cibernética y la teoría general de los sistemas. Ambos enfoques, basados en fuentes conceptuales de origen muy diverso, siguieron desarrollos que los acercaron al tronco general de la psicología.

Finalmente, la corriente de psicoterapia que se encauzó en la línea de la terapia comportamental cognitiva es la que tiene sus fuentes teóricas en el terreno específico de la psicología y, particularmente, en los aportes de la experimentación y las teorías del aprendizaje. Este modelo es el que más adherencia ha mostrado a la ciencia psicológica en su conjunto, matizada a lo largo de sus desarrollos por las aportaciones de la psicología cognitiva y de la fuerte impronta que marcó el paradigma del procesamiento de información.

La psicoterapia tiene, por un lado, la intención de aplicar principios científicos para apoyar el empleo de procedimientos estandarizados de intervención y, por otro lado, opera en situaciones donde cada paciente es portador de una historia única, y la tarea se apoya en una relación interpersonal singular. Esta combinación de elementos confluye convirtiendo su labor en una peculiar amalgama de dos oficios complementarios: por un lado, es una rama de la ciencia aplicada y por otro, es un arte que debe ajustarse a cada situación en particular. El terapeuta será tanto más eficiente cuanta más ductilidad posea para navegar entre esas dos aguas respetando los alcances y los límites de cada una.

Una presentación particularmente rica y atractiva sobre la combinación de los componentes científicos y artísticos de la psicoterapia la encontramos en la obra de Mc Adams (2015), centrada en el estudio del desarrollo de la personalidad, pero cuyas formulaciones pueden proyectarse sobre todo el campo de nuestra disciplina. En nuestra práctica debemos lograr una adecuada articulación entre la singularidad y la generalidad. Cada paciente con el que trabajamos es, como toda persona, una obra única e irrepetible. En ese sentido es una obra de arte y lo que hacemos en nuestra labor tiene mucho que ver con lo que el artista lleva a cabo para lograr una realización singular. Pero, al mismo tiempo, cada paciente tiene muchos elementos que lo hacen semejante a otros y se expresa a través de una serie de conductas en las que podemos identificar regularidades que el cuerpo científico nos permite abordar para promover procesos de cambio. Esto puede

sintetizarse en que la acción terapéutica necesita ajustarse a una adecuada amalgama de componentes ideográficos y nomotéticos. McAdams propone un enfoque integrativo para el abordaje de la personalidad tomando como eje de su desarrollo tres fases a través de las cuales desplegamos nuestra vida. Somos, sucesivamente y de manera integrada, **actores, agentes y autores** de nuestra existencia. Partimos, como actores, encarnando las expectativas que dan origen a nuestra vida, progresamos hacia una autonomía que nos vuelve agentes de nuestras elecciones y convergemos hacia la construcción de nuestro rol como autores de nuestra propia novela. En el curso de cada tratamiento nos encontraremos con dichas instancias, utilizaremos todos los recursos que la matriz científica con que trabamos nos aporta y ayudaremos al paciente a reescribir su historia del modo que le resulte más armoniosa posible.

La psicoterapia buscó desde sus orígenes, situarse bajo el paraguas de la ciencia. Ese fin se ha conquistado. Pero, al mismo tiempo, su desarrollo se potencia como una creación artística compartida en la que el protagonista principal es el paciente. Aquí encontramos otra señal importante que nos convoca a promover el desarrollo de un abordaje integrativo de la psicoterapia.

El territorio de la psicoterapia

La psicoterapia ocupa, a no dudarlo, un lugar preponderante en la cultura contemporánea, como una de las herramientas primordiales para brindar ayuda a las personas que atraviesan situaciones penosas por las que se sienten desbordadas. Por ejemplo, síntomas de diversa índole como malestares emocionales intensos, alteraciones psicofísicas crónicas y agudas, dificultades para llevar a cabo actividades en el terreno laboral, educativo o social; problemas que se presentan en sus sistemas de relaciones personales primarios (familia) y secundarios (sociales); y también conflictos que traducen vivencias disonantes en relación con sus elecciones, sus necesidades y sus deseos. Puede

sintetizarse diciendo que la psicoterapia recoge las quejas de las personas que atraviesan un momento de sus vidas en el que experimentan una disminución acentuada del sentido de control personal (Morris, Mansell & McEvoy, 2018). Experimentan que no se sienten suficientemente agentes de sus decisiones y en ello se sienten arrastrados hacia un balance de satisfacción negativo respecto de cómo está transcurriendo su vida y cómo avizoran que será su futuro. Consultar a un terapeuta expresa el intento por encontrar un camino que destrabe las dificultades señaladas que pueden, a su vez, estar atravesadas por condiciones vitales muy heterogéneas como crisis asociadas con transiciones vitales, enfermedades físicas crónicas o terminales, cuestiones que giran en torno a temas de identidad sexual y de género, secuelas derivadas de situaciones de abuso y maltrato, etc

La trayectoria que vincula las dificultades que originan la consulta y el malestar asociado a ellas, con la búsqueda que el paciente lleva a cabo con esa consulta y con los fines que alimentan sus propósitos para realizar dicho tratamiento es un arco intencional que marca el punto de partida de cualquier intervención. Las preguntas que se sitúan en los extremos de dicho arco son: ¿qué es lo que trae al paciente a buscar ayuda? en un polo y ¿qué espera lograr con el tratamiento? en el otro. La primera pregunta está ligada con la condición clínica y conecta la exploración con el malestar subjetivo del paciente y la severidad disfuncional observable en la demanda. Desde allí arranca el juicio clínico en búsqueda de un diagnóstico presuntivo que establezca la pertinencia de la consulta. Es importante tener presente que, en el caso de la psicoterapia, el juicio clínico en relación a la condición psicopatológica no debe circunscribirse a la naturaleza fenoménica de las conductas afectadas. Otras variables fundamentales a tener en cuenta son: el momento evolutivo en que se encuentra el paciente y las circunstancias vitales que está atravesando, así como otras fuentes de información referidas al contexto que sostienen la disfuncionalidad y las características culturales que enmarcan las expectativas del paciente.

Conviene tener presente que la psicoterapia es una entre varias disciplinas o procedimientos de que disponemos en el campo de la salud mental para brindar ayuda a personas que presentan padecimientos dentro del orden de lo que hemos descripto anteriormente. Existen procedimientos como las Intervenciones en Crisis que implican un abordaje ante situaciones críticas que se aplican para ayudar a personas que se ven afectadas frente, por ejemplo, a acontecimientos marcados por traumas masivos. Existen varios programas específicos para administrar en esos casos. Un ejemplo es el programa Integrativo de ACT (por las iniciales en inglés) de Evaluación, Intervención en Crisis y Tratamiento del Trauma presentado por Roberts (2002) luego de los atentados a las Torres Gemelas. Consiste en 7 pasos, algunos de los cuales son similares a los que se emplean en una psicoterapia, como el establecimiento de un contrato y una relación colaborativa, pero en conjunto la intervención está circunscripta a proveer elementos para superar un acontecimiento crítico en particular.

Existen otros instrumentos que pueden cumplir también fines de ayuda cercanos y/o paralelos a la psicoterapia como los abordajes comunitarios, la psicofarmacoterapia y la orientación psicológica (counselling psychology). Las diferencias con cada uno de ellos se manifiestan en relación con el procedimiento, el formato o el nivel de severidad involucrado sobre el que opera cada herramienta. En todos los casos, módulos de psicoterapia pueden estar incluidos como parte del abordaje, como por ejemplo en el caso de los programas comunitarios que se aplican al tratamiento de situaciones de adicción por abuso de sustancias tóxicas. En otros casos, la psicoterapia puede estar asociada como parte integrante de un abordaje combinado como cuando se indica conjuntamente con psicofármacos. En el caso de la orientación psicológica, la diferencia con la psicoterapia queda establecida porque ese abordaje está enfocado para intervenir en situaciones de menor severidad disfuncional.

Resulta claro que la psicoterapia es una práctica que está destinada a intervenir frente a situaciones que van más allá de los problemas habituales presentes de la vida cotidiana y se distingue de procedimientos alternativos basados en procedimientos que promueven la influencia personal a través del consejo o la sugestión. La Asociación de psicólogos de Québec ha formulado una definición muy precisa en ese sentido, señalando la necesidad de distinguir la psicoterapia de acciones como el acompañamiento, el apoyo, el coaching y otros similares. Estas observaciones remiten a cuestiones que exigen definiciones precisas para establecer correctamente cuáles son los objetivos y los alcances de la psicoterapia. Existen, por supuesto, zonas grises, como en el caso de las personas que buscan ayuda en un profesional movidas por la necesidad de contar con un interlocutor válido o alguien con quien poder llevar a cabo intercambios que les permitan procesar sus inquietudes existenciales o cuestiones relativas a su desarrollo personal. Se trata de situaciones que dan lugar a consultas con grados bajos de malestar y severidad disfuncional, algo que debe ser considerado con mucho cuidado a la hora de realizar el contrato correspondiente con el consultante.

Además de todos estos recursos que tienen sólidos fundamentos científicos, otras modalidades de intervención han crecido a la sombra de la psicoterapia como modos alternativos, pseudocientíficos, que ofrecen soluciones entre ilusorias y mágicas, basadas en prácticas adivinatorias o sugestivas y que pueden invocar la titulación de un saber científico. No es necesario detenerse a ilustrar cuáles son dichas prácticas que abundan en nuestra sociedad y forman un conjunto alarmante de ofertas que, con frecuencia, generan confusión en la población respecto de qué es lo que conviene hacer para llevar adelante un tratamiento psicológico científicamente fundado. Existen criterios que

permiten identificar con claridad el modo de proceder de las prácticas pseudocientíficas. A saber: a) recurren a un empleo excesivo de hipótesis ad-hoc para explicar los hallazgos negativos que surgen de la investigación, b) evitan la revisión de pares, c) acentúan la confirmación más que la refutación, d) no tienen conexión con la ciencia básica o aplicada e) muestran una excesiva dependencia de la evidencia anecdóctica (Lee & Hunsley, 2015)

Los límites que separan la psicoterapia del heterogéneo conjunto de procedimientos que hemos mencionado son, por momentos, borrosos. Sin embargo, hay algunas claves que permiten precisar sus alcances y ayudan a establecer cuáles son sus componentes y su arquitectura particular. En primer lugar, la psicoterapia está pensada como una tecnología que se desprende de una rama aplicada de la ciencia psicológica, la psicología clínica. Esta inserción epistémica marca una serie de requerimientos entre los cuales se encuentran: la necesidad de contar con un marco teórico debidamente estructurado del que se desprenden las variables operativas correspondientes. Es muy importante tener en cuenta que, en la actualidad, las fuentes que alimentan teóricamente a la psicoterapia se alimentan de recursos provenientes de disciplinas muy variadas como la antropología, la lingüística y las neurociencias, entre otras. Estas últimas constituyen un paquete de conocimientos cuyos aportes, muy significativos, se despliegan en un amplio rango de aplicaciones. Las investigaciones genéticas, el estudio de los circuitos cerebrales y la fisiología del sistema nervioso son ejemplos de áreas que están contribuyendo a ampliar la información básica de los procesos psicopatológicos. Sus hallazgos han servido de base para el despliegue de los abordajes transdiagnósticos.

Además, las aplicaciones de la psicoterapia se someten regularmente a pruebas empíricas de evidencia que son presentadas en publicaciones periódicas y reunidas en bases de datos serias y responsables a las que los terapeutas pueden (y deben) recurrir a lo hora de decidir la aplicación de un abordaje en particular, con el fin de conocer el grado de eficacia y/o efectividad que cada procedimiento ofrece. Una de las fuentes más confiable y abarcadora es la Cochrane Library, donde podemos disponer de una excelente actualización sobre estudios empíricos en el mundo enfocados en la eficiencia de nuestra disciplina.

Hemos procurado delinear en este apartado cuáles son los distintos límites que marcan el territorio de la psicoterapia. Una característica de un enfoque integrativo es brindar mucha atención a dichos límites. Psicoterapia integrativa no es sinónimo de un enfoque vasto ni de sumatorias difusas. Implica una manera precisa de operar a partir de definiciones claras de su territorio.

Los Componentes de la psicoterapia

La composición del acto psicoterapéutico se despliega a través de tres instancias funcionales: 1) la instalación y el sostén de un adecuado intercambio relacional entre paciente y terapeuta, 2) el establecimiento de objetivos precisos y adecuados para cada situación clínica y 3) la elaboración y puesta en marcha de diseños terapéuticos que faciliten el logro de las metas propuestas en la consulta.

1. En sus inicios, y de acuerdo con las premisas que regían en el modelo médico clásico, la psicoterapia operaba a partir de directivas que emanaban del terapeuta. Este detentaba el poder para decidir el camino y la finalidad que debía tener el tratamiento. En base a ese criterio, las discrepancias del paciente eran juzgadas, casi invariablemente, como signos resistenciales promovidos por sus aspectos neuróticos. Este modo de concebir la

terapia es, hoy en día, residual. La psicoterapia se caracteriza, en cambio, por ser una **relación interpersonal de carácter colaborativo.** La labor que llevan adelante el paciente y el terapeuta está prevista como una acción co-constructiva respecto de los objetivos propuestos, de las tareas que se llevarán a cabo en el curso del tratamiento y de los criterios que habrán de considerarse para estimar los resultados.

Esto implica que el proceso no debe llevarse a cabo sobre la base de algo impuesto por ninguno de los protagonistas. Es necesario que el terapeuta, no recurra autoritariamente a su condición de experto (aparente) en la materia, ejerciendo presión sobre el paciente respecto del curso y/o las metas del tratamiento, tanto bajo la forma de indicaciones directas o indirectas, así como a través de consejos o coerciones que transgredan las expectativas del paciente. Esto no debe confundirse con que el terapeuta no pueda llevar a cabo intervenciones activas u observaciones de influencia directa sobre la conducta del paciente cuando juzgue que la situación clínica se aproxima a una condición límite o el paciente corre el riesgo de ingresar en una zona de riesgo.

Esas circunstancias son algunas de las que reclaman de parte del terapeuta una atención especial y una evaluación minuciosa sobre sí mismo y su actuación, procurando establecer con claridad que el propósito de su accionar responda a una necesidad terapéutica, liberado de algún interés o motivación personal. De manera consonante con esta situación el terapeuta deberá regular el empleo de auto-revelaciones. Disponer de este recurso puede ser un instrumento útil, siempre que el terapeuta maneje adecuadamente los límites dentro de los cuales la relación del paciente se mantenga dentro de un circuito sano y productivo (Barnett, 2011)

Por otra parte, también resulta negativo que el terapeuta se acomode a las demandas del paciente respondiendo con conductas que saturen el vínculo emocional con el paciente más allá de los límites convenientes para el trabajo terapéutico. Un exceso de confianza o una acentuada cordialidad pueden conducir al vínculo hacia zonas más cercanas a la amistad que a la relación terapéutica.

En la misma dirección, el terapeuta deberá cuidarse para evitar ser arrastrado por el paciente hacia metas que pueden situarse fuera de límites factibles de cambio. Y, como contrapartida, también prestar atención para no dejarse llevar por el "furor curandis" de intentar promover en el paciente la búsqueda de metas que exceden sus posibilidades. Esto suele ser un fenómeno particularmente habitual en procesos terapéuticos donde se han registrado avances y logros importantes que pueden impulsar al terapeuta en esa dirección. De lo que antecede se desprende que el terapeuta debe, obviamente, evitar zonas abusivas. Y que paciente y terapeuta deben construir un contrato sólido de colaboración que deberá ser revisado, a lo largo del tratamiento, todas las veces que se produzca un giro o una inflexión significativa en el curso del mismo. Este punto cobrará vital importancia para garantizar que la instalación y el sostén de la Alianza Terapéutica se lleven a cabo de manera adecuada.

Dichas circunstancias son particularmente complejas cuando la escena terapéutica está ocupada por situaciones en las que se encuentra en juego la salud mental de personas que son menores de edad. o que presentan algunas formas de discapacidad civil, o que se enfrentan a situaciones de extrema severidad psicopatológica. En líneas generales se trata de situaciones en las que el espíritu colaborativo de la relación terapéutica puede verse fuertemente afectado, principalmente por dos fenómenos: o por una dificultad para establecer un contrato unificado entre diferentes agentes y otra cuando se deposita en el terapeuta (o en el equipo terapéutico) una cuota incremental de poder.

2. El propósito de la psicoterapia consiste en **promover ciertos procesos de cambio**. Desde que en el psicoanálisis original su objetivo giraba en torno a convertir en consciente lo inconsciente, todos los enfoques teóricos fueron adoptando el concepto de Cambio como la meta fundamental en torno a la cual giran sus intervenciones y adaptando a ello los criterios para estimar el eventual grado de eficiencia de las mismas.

A pesar de existir una marcada coincidencia al enfocar el cambio como meta de la terapia, todavía estamos lejos de haber alcanzado un consenso razonable en la manera de definirlo y operacionalizarlo. Tomando el dispositivo de terapia individual con pacientes adultos como el punto de referencia de la práctica, encontramos que la **definición del cambio** fluctúa con una gran variabilidad según los diferentes abordajes y enfoques terapéuticos. En todos los casos se espera que el proceso terapéutico sea promotor de modificaciones beneficiosas en ciertos estados mentales (conductas, cogniciones y emociones) y en el modo de organización de la experiencia personal (tanto en la relación del paciente con su self como en sus relaciones interpersonales). Dichos cambios abarcan fenómenos tan distintos como síntomas psicofísicos, rendimiento en ciertas tareas o actividades, logros en la obtención de bienes y de posiciones sociales, una mejor adaptación al medio y al contexto, incremento en el grado de la agencia personal y el autoconocimiento, mejoría en la calidad de vida, etc.

¿A qué obedecen las diferencias en el modo de definir y caracterizar qué es lo que se considera un objetivo para la psicoterapia? En primer lugar, ello resulta de las diferencias todavía vigentes entre los distintos modelos y abordajes. Existen, además, otras fuentes que promueven esas discrepancias. Entre ellas encontramos las diferencias del juicio emitido por los actores, los criterios empleados en la evaluación de los procesos y las expectativas sobre la consistencia de los cambios. Veamos cómo operan cada uno de esos factores.

Habitualmente los usuarios evalúan el éxito de los cambios por el hecho de que pueda verificarse, por ejemplo, que un paciente pudo lograr formar una pareja estable, tener un hijo u obtener una posición laboral más calificada o con mejor retribución económica. También podremos constatar que se consideran logros terapéuticos el hecho de que el paciente haya podido reducir, aliviar o eliminar la influencia penosa de ciertos síntomas emocionales, lo que se tradujo en una mejoría de su estado de ánimo, que redujo la fuerza de ciertos temores, se atenuaron o desaparecieron las conductas compulsivas que acompañan ciertas intrusiones, etc. La psicoterapia también se evalúa favorablemente cuando su intervención se asocia con la recuperación de conductas adictivas, el aumento del control de los impulsos y la reducción de los factores de riesgo de un paciente. Además, se considera útil cuando genera cambios en el modo de afrontar y llevar adelante cuidados adecuados ante enfermedades físicas crónicas o terminales o en superar los efectos de situaciones traumáticas agudas o que tienen consecuencias discapacitantes. En términos más genéricos los cambios con los que se asocia el logro terapéutico están ligados con el cumplimiento de las metas que cada persona tiene, de acuerdo con su sistema de valores y propiciando una mayor expansión de la conciencia.

En la práctica cotidiana, la evaluación del cambio que realizan los pacientes y su entorno por un lado y los profesionales por otro no necesariamente funciona de manera sintónica. Las diferencias más frecuentes suelen estar puestas en el énfasis que ponen el paciente y el terapeuta en relación con determinados sucesos o eventos. En la misma línea podemos encontrar allí una mayor discrepancia en la evaluación que pueden realizar personas del entorno del paciente movidos por su propia involucración en dichos eventos.

Más allá de estos fenómenos, los terapeutas enfatizan que el logro de cambios beneficiosos se relaciona con modificaciones en la organización psíquica, no necesariamente atados a situaciones observables en el desempeño cotidiano del paciente. O, dicho en otros términos, que los cambios deben ser ponderados en relación con las funciones que cumplen y en los contextos en los que se aplican. Las diferencias que pueden tener lugar a la hora de estimar el estado de avance de un tratamiento ponen en primer plano el tema de los criterios disponibles y cómo utilizarlos. El juicio de los protagonistas, a partir de la evaluación subjetiva es, obviamente prioritario y debe ser validado, pero plantea una tarea ardua cuando hay diferencias. Puede ser de ayuda, para enfrentar esas discrepancias, disponer de medidas objetivas obtenidas con algún instrumento aplicado en distintos momentos del tratamiento. Las medidas de proceso suelen ser útiles en ese aspecto. Además, un aporte muy valioso puede brindarlo el empleo de procedimientos de feedback recurriendo a materiales registrados previamente. En los tratamientos de largo plazo, como en el caso de los pacientes con trastornos de la personalidad, esta técnica suele ser habitualmente utilizada, pues el paciente tiende a minimizar los logros que adquiere a lo largo del proceso.

Otra cuestión en debate en torno a la naturaleza de los cambios terapéuticos es la que se refiere al grado de estabilidad esperada (o deseada) para el momento posterior a la finalización del tratamiento. Cualquiera sea la manera de concebir dichos cambios se espera que los resultados de un tratamiento se mantengan en el tiempo. Lógicamente, el modo de evaluar esa estabilidad depende, en gran medida, del área funcional y las expectativas de logro asociadas a las metas terapéuticas. La estabilidad temporal adquiere un significado muy diferente si los objetivos están centrados en la atenuación o eliminación de ciertos síntomas o, están enfocados en lograr una manera más adaptativa

de conducirse en la vida cotidiana. Además, por otra parte, las variables sobre las que opera la psicoterapia son dimensiones dinámicas, y, por lo tanto, están expuestas a procesos de transformación permanente. Por lo tanto, la estabilidad en sí misma es una condición muy relativa que debe definirse de manera particular para cada condición clínica.

Por último, si podemos precisar qué cambios tienen lugar en el curso de un tratamiento y, además, podemos determinar la consistencia de dichos cambios, todavía queda en pie una pregunta que es el nudo de muchas de las discusiones. Algo que ha disparado profundas controversias en nuestra disciplina y se expresa en los términos de: ¿cómo podemos conocer con precisión qué procesos han operado como mediadores de los cambios que han tenido lugar a lo largo de una terapia? Una pregunta que lleva ineludiblemente a otra que dice ¿qué moderadores de cambio han intervenido en el cuso del tratamiento?

No caben dudas que estamos asistiendo a una profunda transformación de los fines que persigue la psicoterapia. Las metas se han ido desplazando hacia cambios que mejoren la realización personal más que a mitigar condiciones sintomáticas. En este nuevo panorama, el cambio sigue siendo el objetivo fundamental, pero enfocado ahora principalmente sobre los procesos intervinientes que pueden conducir a la mejoría del paciente (Hayes & Hofmann, 2018)

3. El tercer componente que configura la acción de la psicoterapia está vinculado con la elección de los procedimientos que habrán de utilizarse en cada intervención. En ello se incluyen los diferentes elementos que intervienen en el **Diseño de Intervención**. La selección del dispositivo específico en que se apoyará el tratamiento emana del juicio clínico (que sostiene la formulación del caso) y se organiza a partir del análisis de **tres**

vectores principales: la severidad, la complejidad y la cronicidad de la situación clínica considerada. Dicho análisis estará modulado por la consideración de otras variables, comenzando por la etapa evolutiva y el contexto cultural del paciente, los antecedentes de salud familiares y personales, los tratamientos previos, etc.

A partir de la declaración inicial del paciente es necesario poner en marcha la evaluación del grado de severidad del malestar (subjetivo) y la disfuncionalidad (objetiva) de la queja que lleva al paciente a la consulta. Respecto de la severidad disfuncional, existe el consenso de utilizar un esquema de evaluación con un rango de 5 niveles: 0-1-2-3- y 4, donde 0 representa la ausencia de disfuncionalidad, 1, las manifestaciones subclínicas y leves, los grados 2 y 3 corresponden a los niveles acentuados de disfuncionalidad, de moderada a severa y el grado 4 está reservado para las situaciones de severidad extrema (incluyendo pacientes en zonas de riesgo). Para llevar a cabo dicha evaluación, disponemos de observaciones clínicas y de registros que pueden obtenerse mediante estudios realizados con instrumentos.

Esta evaluación cumple un papel orientador general respecto de la indicación a seguir en cada caso. El nivel O, obviamente desaconseja cualquier intervención correctiva. El nivel 1 aconseja una intervención mínima o alguna forma de intervención de carácter preventivo (asociada con formas de intervención en atención primaria). Los niveles 2 y 3 indican la conveniencia de administrar una intervención terapéutica (única o como parte de un tratamiento combinado). Las diferencias de grado señalan la complejidad de la intervención requerida en términos de intensidad, frecuencia, duración, cantidad de procedimientos técnicos, etc. El nivel 4 señala que estamos frente a un paciente en el que observamos la presencia de factores de riesgo elevados y, por lo tanto, se requiere llevar a cabo una conducta de seguridad antes de poner en marcha una terapia específica.

A la hora de la toma de decisiones, necesitaremos considerar, además de la severidad las otras dos variables que modulan el malestar del paciente. Estas son la complejidad y la cronicidad de la condición clínica. La primera de ellas se refiere a la extensión de las áreas de la vida del paciente que se ven afectadas por el malestar y la disfuncionalidad que experimenta. El grado de cronicidad está determinado por el tiempo transcurrido desde que se tomó contacto con el malestar y la persistencia de dicho malestar registrada a través del tiempo.

Aunque ocasionalmente puede ser útil también en relación con el grado de severidad, es en el caso de estos últimos dos vectores donde puede adquirir suma importancia contar con información procedente de personas allegadas al paciente. Esto será decisivo en los casos en que la situación clínica gire en torno a menores, a personas que experimentaron episodios críticos o estén enfrentando situaciones límites, así como en el caso de cualquier condición asociada a una discapacidad civil. Un ejemplo paradigmático es la información respecto de la evolución que ha tenido un consultante en el que sospechamos la presencia de un trastorno bipolar. La información respecto a eventuales episodios hipomaníacos o maníacos en la historia del paciente es un dato de enorme importancia que muchas veces puede ser aportado por dichos informantes.

En el trayecto donde llevamos a cabo la exploración de esos vectores nos preguntamos: ¿qué diseños articulan mejor para qué diagnósticos? ¿qué procedimientos son los más adecuados para mejorar qué aspectos disfuncionales de nuestros pacientes? De las respuestas que demos a esos interrogantes se desprenderá la indicación de iniciar o no un tratamiento psicológico y la selección del dispositivo que puede ser más útil para cada paciente, así como el formato y las técnicas más facilitadoras para promover el cambio. La decisión respecto del **grado de focalización del abordaje, la extensión y la frecuencia** del mismo, así como los **procedimientos técnicos** a seguir derivan del análisis de aquella situación clínica. En la actualidad, disponemos de un elevado

número de alternativas para todas esas condiciones, lo que facilita la selección de un diseño ajustado a la condición clínica de cada consultante y ayuda a incrementar la potencial eficiencia terapéutica. Al mismo tiempo, la posibilidad de disponer de una gama tan amplia de opciones es uno de los indicadores más fuertes de la necesidad de actuar desde una perspectiva integrativa.

En su afán por desarrollar diversas estrategias de intervención que puedan dar respuesta a la gran variedad de la demanda, se han desarrollado múltiples dispositivos y formatos, además de una enorme cantidad de técnicas específicas. Vinculado con estas cuestiones han ocurrido reformulaciones importantes en relación con los dispositivos. Por ejemplo, Barlow (2004) hizo una presentación en la que proponía separar el campo de las aplicaciones terapéuticas en dos conjuntos. Por un lado, los tratamientos psicológicos y por otro la psicoterapia propiamente dicha, en el sentido clásico del término. En el conjunto de los Tratamientos Psicólogos incluyó las intervenciones breves, focalizadas, con objetivos delimitados, con mayor adherencia a formatos específicos (que pueden estar apoyados o no en manuales de tratamiento). A la Psicoterapia, en el sentido clásico, atribuyó los abordajes más extendidos en el tiempo, con objetivos más abiertos y que recurren a estrategias más flexibles de intervención.

Otra distinción que se ha instalado en el territorio de nuestra práctica es la que distingue entre intervenciones de baja y alta intensidad. Las primeras están constituidas por procedimientos destinados a realizar intervenciones masivas que tienen una duración muy breve (usualmente no más de 8 semanas) con sesiones cortas (alrededor de 30') y que suelen estar diseñadas para aplicarse a grupos numerosos de pacientes. Además, suelen apoyarse en el empleo de materiales de auto-ayuda, incluyendo biblioterapia y programas computarizados. Habitualmente la base conceptual de dichos materiales está constituida por principios de la TCC. La utilidad de estas intervenciones está asociada con la posibilidad de brindar ayuda en etapas tempranas del curso de las disfuncionalidades psíquicas (Papworth y Marrinan, 2018). Esto

acerca dichas intervenciones a la esfera de la atención primaria en salud. Dos circunstancias fundamentales deben estar presentes para que estas estrategias puedan cumplir su cometido. Por un lado, que exista una elevada accesibilidad de los eventuales usuarios a los servicios terapéuticos y que se puedan cumplir trabajos de trazabilidad adecuados para chequear la eficiencia de los programas de intervención. El Programa IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) desarrollado en Gran Bretaña es un modelo para seguir en este sentido.

A su vez, algunos autores (Shafran et al., 2021), proponen distinguir estas terapias de baja intensidad de otros procedimientos breves, de alta intensidad, que constituyen formatos de corta duración pero que están estructurados con la complejidad instrumental y operativa de las terapias de más larga duración. Finalmente, las psicoterapias de elevada intensidad en general pueden definirse por la complejidad de las intervenciones que se emplean, lo que se traduce en que se trata de procedimientos de mayor extensión en el tiempo (incluso pueden no tener un límite de tiempo) y que pueden recurrir a una gran diversidad de herramientas.

Al momento de afinar cuál es la intervención terapéutica adecuada para cada demanda, tendremos muy presente que la puesta en marcha de la psicoterapia debe responder a un **diseño personalizado,** adaptado a las condiciones de cada paciente. Esto requiere tener en cuenta una variedad de fenómenos, entre los que se encuentran el nivel de compromiso del paciente para la tarea (medida extraída del nivel de resistencia al cambio), la evaluación de cuáles son los recursos y capacidades para enfrentar el tratamiento (sobresaliendo la red de social de apoyo con que cuenta cada paciente) y las características de su perfil de personalidad.

Estas circunstancias están en consonancia con la premisa de que toda psicoterapia debe ser altamente respetuosa de las expectativas que tienen los pacientes respecto de lo que aspiran a

lograr con el tratamiento, debiéndose cuidar atentamente de no traspasar esos límites. Es importante considerar, también, que el terapeuta debe ser un observante cuidadoso de cuáles son sus propias expectativas en cada situación y del grado de involucración que está dispuesto a asumir en la tarea. En esa dirección es fundamental que pueda monitorear, entonces, los efectos con que la práctica puede afectarlo tanto personal como profesionalmente. No es objeto de este texto introducirnos en las cuestiones nucleares que tienen lugar en los procesos de la formación y el entrenamiento, pero es importante recordar que ésta es una práctica con alto grado de exposición y toxicidad. Esto se ve incrementado en el trabajo con situaciones clínicas muy severas o en las que están presentes factores de riesgo. Es fundamental que los terapeutas lleven adelante una tarea de formación continua por medio de prácticas deliberadas, y que tengan siempre presente la implementación de medidas relativas al cuidado de sí, incluyendo la supervisión clínica y la búsqueda de ayuda personal todas las veces que sea necesaria.

¿Cuál es la situación de la psicoterapia en el momento actual?

El ingreso en el siglo XXI encontró a la psicoterapia en un momento maduro y preparada para emprender una revisión a fondo del punto al que había llegado. Su desarrollo muestra varias fortalezas y algunas debilidades. Entre las primeras destaca la enorme diseminación alcanzada, una elevada versatilidad teórico-técnica y pruebas firmes de eficiencia para muchas situaciones clínicas. Entre sus debilidades identificamos tres situaciones: limitaciones de los resultados en algunas aplicaciones, problemas con el sistema de diagnóstico y clasificación psicopatológica y diversos obstáculos para avanzar hacia la consolidación de la integración.

Como señalamos anteriormente (página 5), a un tiempo de euforia inicial durante los primeros pasos de la investigación

empírica le siguió una etapa donde fueron encontrándose fragilidades en los resultados y limitaciones en las aplicaciones. Por otra parte, sobre fines del siglo pasado, la psicoterapia se alineó como una disciplina basada en la evidencia, desarrollando programas de tratamiento acordes y refinando la metodología de la investigación de acuerdo con las premisas de la lógica y la política científica correspondiente. Los métodos que habían sido utilizados, años atrás, para sostener las pruebas empíricas de eficiencia (ver página 4) fueron sometidos a un análisis meticuloso. Esto permitió identificar debilidades en los procedimientos utilizados, tanto en la selección de los datos (composición de las muestras), como en los estadísticos utilizados, incluyendo debilidades de los procedimientos metanalíticos (sesgos y heterogeneidad elevadas).

A partir de esa exploración metodológica se develó que los resultados de la psicoterapia, más allá de su probada eficiencia mostraban puntos débiles tanto en lo concerniente a su funcionamiento global como en relación con indicadores particulares, a saber: que un importante porcentaje de pacientes tiende a abandonar prematuramente los tratamientos (falta de adherencia) (Swift & Greenberg, 2012) y que hay diversas expresiones de limitaciones y fracasos terapéuticos (Lampropoulos, 2011; Kächele & Schachter, 2014). Entre estos pueden mencionarse tratamientos inertes, aplicaciones que no resultan exitosas, intervenciones cuyos logros muestran significativos índices de reincidencia y recurrencia o cuyos resultados no se mantienen estables en el tiempo. Más recientemente se han recogido pruebas de aplicaciones y abordajes que pueden generar efectos adversos y perjudiciales y se elaboraron instrumentos de medida en el área (Ladwig et al., 2014). Existe consenso de que estos efectos rondan entre un 5 y un 10% de los casos, pero hay trabajos que extienden ese índice hasta un 20 % (Linden & Schermuly-Haupt, 2014).

Estos hallazgos dieron lugar a fuertes replanteos de las prácticas. Se revisaron importantes cuestiones de orden teórico y técnico, por ejemplo, la manualización de los tratamientos. Los manuales fueron siendo sustituidos por guías que sirven como orientación general para el abordaje terapéutico. Su empleo admite decisiones flexibles y la disposición para adecuar sus recomendaciones a cada situación clínica en particular.

Por otra parte, tales hallazgos testimonian una etapa superior de desarrollo pues, acorde con lo que ocurre en cualquier campo de la ciencia el progreso está ligado a la posibilidad de efectuar refutaciones y encontrar mejores modelos teóricos y procedimientos aplicados. La respuesta a esas circunstancias condujo al incremento de los esfuerzos en el campo académico y profesional. La investigación se multiplicó y el diálogo entre los distintos enfoques y modelos se incrementó sustancialmente. Esto tuvo diversos frutos: a) se aceleró el estudio sobre la conexión con los procesos básicos, lo que se tradujo en la aparición de los abordajes transdiagnósticos, b) se profundizó el debate sobre los objetivos y la conexión con el modelo psicopatológico y c) se fortaleció el desarrollo de un modelo integrativo, junto con la consolidación de principios genéricos de intervención que acompañaron dicho desarrollo.

En forma simultánea a estas transformaciones, la investigación en psicoterapia descubrió que, en buena medida, sus debilidades habían sido resultado de un profundo divorcio entre clínicos e investigadores, lo que conspiraba sobre la consistencia de los resultados. A partir de detectarse ese hiato, se puso en marcha un movimiento muy activo, la Investigación Basada en la Práctica (POR por sus siglas en inglés) que busca otra conquista para la integración: el trabajo conjunto de profesionales y académicos en la investigación (Fernández-Alvarez et.al., 2020).

Psicoterapia y psicopatología

Asumimos que la psicoterapia busca promover cambios que ayuden a mejorar la calidad de vida y que ello toma como marco de referencia la salud mental puesta en juego en la consulta. Nos preguntamos: ¿Es razonable poner en marcha una psicoterapia si no existen situaciones disfuncionales francas o las condiciones clínicas que presenta el consultante no evidencian cierto grado de severidad psicopatológica? ¿En qué medida la psicoterapia puede ser un procedimiento adecuado para ayudar a facilitar en una persona una mejor disposición para mejorar su desarrollo personal; y cuáles son los límites que esto plantea? Aunque bajo ciertas circunstancias se sostenga que la psicoterapia puede ser un proceso de desarrollo personal que no necesariamente involucra una condición disfuncional, ello suele constituir una situación excepcional, de borde, en el contexto de una disciplina cuyo punto de mira gira, en lo fundamental, en torno a una condición psicopatológica

Desde sus orígenes la psicoterapia se orientó al abordaje de entidades psicopatológicas incluidas en los sistemas de diagnóstico y clasificación oficiales de su tiempo. En una primera etapa esas entidades se correspondían con las alteraciones identificadas por la neurología y psiquiatría de la medicina clásica europea. Y aunque en la segunda mitad del siglo pasado adoptó a la psicología como ciencia de base, la definición de sus objetivos siguió estando ligada al modelo psicopatológico de la psiquiatría dominante. Durante muchos años, existió una correspondencia estricta entre las categorías de sistemas como el DSM y los programas de psicoterapia que se ofrecían. El objetivo fundamental de la terapia era, en esos momentos, aliviar o reducir el malestar derivado de los síntomas clínicos identificados en dichos sistemas. Tengamos presente que la primera versión del DSM se dio a conocer en 1952, precisamente cuando esa transformación se estaba produciendo. Como sabemos, el sistema del DSM cumplió varias funciones, algunas de las cuales, como la

ordenación del método de diagnóstico para facilitar la comunicación entre los especialistas, cumplió un papel importante. Pero también sabemos que su filosofía, más allá de la presunta neutralidad invocada por sus creadores, estuvo anclada en un sistema de clasificación categorial, empleando un método taxonómico de diagnóstico, propio de la psiquiatría de cuño positivista. Como también sabemos, la tercera edición de 1980 presentó un sistema de clasificación biaxial en el que quedó plasmada la influencia de la corporación psicodinámica, que escindió los trastornos mentales en dos áreas disjuntas.

El análisis de las limitaciones mencionadas con que se fue encontrando la psicoterapia impulsó un movimiento que pasó a cuestionar la atadura que existía entre sus objetivos y los sistemas de diagnóstico y clasificación psicopatológica "oficiales", como el DSM. Esto coincidió con una ola de críticas que se levantaron el todo el territorio de la salud mental en el transcurso de las últimas décadas respecto de dichos sistemas, enfocadas principalmente en torno a debilidades como la heterogeneidad de los diagnósticos, la elevada comorbilidad registrada en las situaciones clínicas y la inconsistencia de la representación biaxial de los trastornos. Como resultado de ello aparecieron cuestionamientos cada vez más fuertes que confluyeron en la convicción de que era necesario realizar un cambio drástico en el sistema de clasificación. El foco de las críticas se orientó a la necesidad de sustituir el modelo categorial que estuvo vigente durante muchos años, por un sistema dimensional. Esto se tradujo en varias direcciones.

Por un lado, el DSM en su 5ta. edición aparecida en 2013, reconoció la inconveniencia de evaluar los trastornos mentales en base a dos ejes diagnósticos independientes, aceptando por lo tanto la unidad de la experiencia psicológica disfuncional. Otros cambios importantes quedaron alojados en una adenda (sección III) que reconoce la posibilidad de utilizar un sistema híbrido de diagnóstico, combinando principios categoriales con principios

dimensionales. Pero, al mismo tiempo, surgieron otras iniciativas para abordar el espectro psicopatológico, definidas en términos de propuestas dimensionales de diagnóstico y clasificación. Las dos más importantes son el RDoC, propulsado por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos y el HiToP, promovido por un amplio consorcio de investigadores de diferentes latitudes.

El RDoC (Research Domain Criteria) es un Programa para desarrollar, con fines de investigación, nuevos modos de clasificar los trastornos mentales basados en dimensiones que puedan observarse en la conducta y en mediciones neurobiológicas. Utiliza un sistema de diagnóstico dimensional, enfocado en la severidad de los trastornos y busca comprender las relaciones conducta-cerebro y su relación con los fenómenos clínicos. El Programa, iniciado en 2009, utilizó en sus comienzos 5 Dominios que fueron examinados a la luz de diferentes Unidades de Análisis (o Criterios). Esos Dominios fueron: Sistemas de Valencia Negativa, Sistemas de Valencia Positiva, Sistemas Cognitivos, Sistemas de Proceso Social y Sistemas de Activación y Regulación. La propuesta fue formulada como un Programa abierto a los hallazgos de la investigación. Por ello, a estos Dominios se agregó posteriormente un sexto, constituido por los Sistemas Sensomotores. Cada Dominio está constituido por diferentes constructos. Por ejemplo, en los Sistemas de Valencia Negativa se identifican la Amenaza Aguda (Miedo), la Amenaza Potencial (Ansiedad), la Amenaza Sostenida y la Pérdida.

Las Unidades de Análisis utilizadas para examinar estos dominios fueron 7, en el inicio: Genes, Moléculas, Células, Circuitos, Aspectos Fisiológicos, Conductas y Auto-Informes. A ellos se agregó posteriormente una nueva Unidad "Paradigmas". Cada Unidad está constituida por diferentes contenidos que se desprenden de los respectivos estudios de investigación.

El marco del Sistema tiene en cuenta la incidencia del medio-ambiente y los factores del neurodesarrollo. La matriz del RDoC busca disponer información respecto a los procesos biológicos y cognitivos básicos que están presentes en el territorio de la salud y la enfermedad mental. El propósito último del Programa es lograr reunir la información que pueda ayudar para desarrollar instrumentos de screening, sistemas de diagnóstico y tratamientos.

A su vez, el HiToP (Taxonomía Jerárquica de Psicopatología) comparte con el RDoC la intención de desarrollar un sistema de diagnóstico y clasificación psicopatológica basado en un modelo dimensional. Se apoya en los estudios que han reunido resultados de investigación empírica consistentes y busca organizarlos en un esquema jerárquico que parte desde los fenómenos patológicos más estrechos y focalizados hasta los más amplios y genéricos.

El objetivo fundamental es proveer una matriz que facilite el diagnóstico a lo largo de los diferentes estadios en que se distribuye y organiza la experiencia disfuncional. El modelo identificó 6 niveles de complejidad progresiva. A continuación, describimos la organización jerárquica de la presentación original publicada en el año 2017, que muestra cómo se distribuyen los trastornos a lo largo de una dimensión que oscila desde el temor acentuado al juicio negativo de los otros y las reacciones de ansiedad social hasta el trastorno de personalidad evitativo, en la esfera del espectro internalizador.

- Componentes básicos homogéneos (por ej. constelaciones de formaciones sintomáticas como el miedo a realizar ciertas tareas frente a otros)
- Rasgos Desadaptativos (por ej., características de personalidad patológica como la sumisión)
- Síndromes clínicos (por ej. compuestos de componentes y rasgos como el síndrome de ansiedad social que implica ansiedad de performance como de interacción).

- Subfactores (por ej. grupos de síndromes próximos como un subfactor de miedo que enlaza la ansiedad social, la agorafobia y la fobia específica)
- Espectros. (por ej. constelaciones más amplias de síndromes como el espectro internalizador, compuesto de subfactores de miedo, distrés, patología alimentaria y problemas sexuales) (y el espectro externalizador).
- Superespectros (Dimensiones muy amplias representados por un factor general de psicopatología (factor p) que representa la carga compartida por todos los trastornos mentales en cada individuo).

El HiToP está anclado más claramente en el modelo conceptual de la ciencia psicológica, aunque considera por supuesto también el papel fundamental de las variables biológicas y sociales. Además, el sistema representa una descripción y clasificación fuertemente asociada con la relación entre conducta y experiencia y el papel de la personalidad y sus disfunciones en las hipótesis explicativas que pueden ser necesarias en la tarea clínica. En esa dirección, se trata de un sistema estrechamente vinculado con el movimiento de integración en psicoterapia.

Los dos sistemas coinciden en la necesidad de recurrir a un enfoque dimensional. Y las diferencias de enfoque no representan una perspectiva contraria sino complementaria. Desarrollos actuales están elaborando enfoques explicativos explorando la articulación entre ambos sistemas. Los desarrollos futuros de estas iniciativas prometen una visión nueva y mucho más precisa de los fenómenos que forman parte del campo de la psicopatología, lo que, a su vez, incidirá para ajustar la definición de los objetivos y las tareas de la psicoterapia.

Hacia la consolidación de la Integración de la Psicoterapia

La integración no es ya una aspiración sostenida por algunos defensores en el campo de la psicoterapia. Se ha ido desarrollando a través de décadas y hoy podemos afirmar que, en buena medida, ya es una conquista. Ello no significa que se trata de un programa definitivo y cerrado. Por empezar todavía falta mucho para consolidarse y, además, implica una propuesta en permanente desarrollo, de modo que podemos esperar que siga evolucionando a medida que la disciplina también evolucione. Los logros alcanzados hasta el momento son imponentes, como puede observarse en la última edición del Handbook of Psychotherapy Integration (Norcross & Goldfried, 2019). Allí podemos constatar los avances en el terreno conceptual, en sus aplicaciones clínicas, en el ámbito del entrenamiento y la investigación. También podemos observar la diseminación que ya alcanzó en diferentes regiones del planeta (Gómez, Iwakabe & Vaz, 2019).

Esta propulsión del movimiento integrativo no excluye que existen obstáculos que se interponen en su camino (Fernández-Alvarez, H., 2020). La primera barrera la instalaron los mismos terapeutas. En particular, aquellos que se ven inclinados a defender espacios particulares, al estilo de kioskos que pregonan determinada oferta y se resisten a integrar esas prácticas dentro de la corriente general. Se trata de un obstáculo potente pues se ejerce desde un terreno político y económico, alejado del debate académico. La provisión persistente de pruebas científicas acompañada de una buena diseminación es el arma más potente para enfrentar esa barrera.

Una segunda dificultad para avanzar hacia una integración plena de la disciplina son cuestionamientos de carácter teórico y epistémico que sostienen la inconmensurabilidad y la irreductibilidad de los distintos modelos teóricos. En este punto,

los avances que se han venido concretando en los últimos años constituyen algo muy promisorio respecto de la posibilidad de progresar hacia una paradigmatización disciplinar.

El análisis del procesamiento de información presente en el circuito relacional de paciente y terapeuta se muestra como un instrumento privilegiado para operar como principio transductor entre los diferentes modelos teóricos. Ha sido un elemento nuclear del modelo cognitivo-conductual pero puede ser de utilidad para dar cuenta de los otros enfoques (David, Cristea y Hofmann, 2018). Hemos publicado una propuesta de cómo elaborar un modelo integrativo que permita una síntesis de los 4 enfoques clásicos (Fernández-Alvarez, H. y Fernández-Alvarez, J., 2017). Se apoya en tres ejes: a) relevar la tarea de procesamiento de la información que realiza la mente desde una perspectiva que no se circunscriba a los aspectos lógico-formales e incluya los restantes modos de procesamiento: encarnado, situado, extendido y enactivo; b) desarrollar modelos descriptivos y explicativos de la actividad psicológica, tanto funcional como disfuncional que pueda abarcar los diferentes niveles de organización, desde las conductas observables hasta las aspectos nucleares de la experiencia personal,; c) relevar el papel fundamental que cumple la personalidad como un eje capaz de articular los distintos pliegues de la experiencia.

La T.C.C. no solamente tiene una estructura conceptual que facilita en gran medida esa labor, sino que ha ido incorporando en sus últimos desarrollos áreas de investigación de otros enfoques como la teoría del apego y el estudio de los mecanismos de mentalización. Centrada en el abordaje de los procesos mediadores de cambio, sus desarrollos terminarán confundiéndose con los abordajes psicodinámico, humanístico y sistémico (Hayes & Hofmann, 2018).

Además de esta manifestación en el orden teórico, la integración de la psicoterapia se ha venido concretando, paso a paso, a través de la construcción de una pluralidad de herramientas que tienen como génesis la teoría de los Factores Comunes y que evolucionó sobre los distintos campos y niveles de la disciplina.

Principios Genéricos de Intervención

Se trata de un conjunto de principios transversales, que tienen orígenes teóricos diversos, y se emplean en las prácticas cotidianas en diferentes campos de aplicación. Los más relevantes son:

- La Alianza Terapéutica
- Herramientas Conceptuales de Alcance Transteórico
  - Estilos de Apego
  - Regulación Emocional
- Instrumentos Operativos
  - Estadios de Preparación para el Cambio
  - Psicoeducación
  - Entrevista Motivacional
  - Tareas Inersesión
- Abordajes Transdiagnósticos
  - Intervenciones Universales (Protocolo Unificado)
  - Abordajes Modulares (MATCH-ADTC)
- Supervisión Basada en el Desarrollo

Todos estos principios tienen la propiedad de potenciar la eficiencia terapéutica en diferentes contextos diagnósticos y/o incluidos como parte integrante de distintos enfoques terapéuticos.

La Alianza Terapéutica

En cualquier de sus aplicaciones la psicoterapia puede evolucionar como una práctica eficiente en la medida en que es capaz de instalar una adecuada Alianza Terapéutica que es fruto de una acción colaborativa entre pacientes y terapeutas. Los estudios de investigación sobre el papel de la Alianza Terapéutica constituyen el foco de interés que concentra la mayor atención de los académicos en el mundo. Como resultado de ello se han realizado innumerables trabajos para explorar la A.T. en general y también sus componentes específicos (el vínculo terapéutico y los acuerdos entre paciente y terapeuta respecto de los objetivos y de las tareas a emprender). Los resultados que arrojan dichos estudios convergen de manera sistemática en la conclusión de que la A.T. es el mejor predictor de los resultados que pueden alcanzarse con una intervención psicoterapéutica. Probablemente el estudio más completo y publicado al respecto es el metanálisis de Fluckiger et al., (2018). El estudio es valioso no sólo por los datos relativos al tamaño del efecto encontrado en estudios que abarcan un período de 4 décadas y alrededor de 30.000 pacientes, sino por las recomendaciones a los terapeutas que presentan los autores a partir de las conclusiones encontradas.

Un fenómeno muy importante es que los estudios comparativos que se llevaron a cabo especto de la incidencia de la A.T. en terapia presencial vs. videoconferencia no han mostrado diferencias significativas (Fernández-Alvarez, J. y Fernández-Alvarez, H, 2021), acorde con estudios que muestran un empate de resultados entre ambas modalidades, al menos en el abordaje de situaciones clínicas comunes, como las perturbaciones emocionales.

Herramientas Conceptuales

Muchos principios teóricos se han difundido y aplicado más allá del marco que les dio origen. Uno de los ejemplos más extendidos es la Teoría del Apego de Bowlby, surgida en el cauce del enfoque psicodinámico y que ha brindado significativos aportes a otros enfoques como la Terapia Centrada en los Esquemas (Young), la Terapia Cognitiva Posracionalista (Guidano) y la Terapia Enfocada en las Emociones (Johnson y Greenberg), entre otros.

La teoría de la Regulación emocional alcanzó, a partir de la conceptualización de J.J.Gross (1998), un lugar relevante como modelo integrativo para explicar los diversos modos con que las personas puedan manejar sus estados emocionales. La desregulación ha sido identificada como un poderoso factor transdiagnóstico en el desarrollo de la psicopatología general (Aldao et. al, 2016).

Instrumentos Operativos

Existen diversos instrumentos que pueden favorecer el curso de una psicoterapia y que han mostrado su capacidad para funcionar de manera eficiente más allá del enfoque particular en que se apliquen.

El modelo de los Estadios de Preparación para el Cambio desarrollado por J. Prochaska, inicialmente aplicado a personas con abuso de sustancias y que evolucionó, posteriormente, como un enfoque fuertemente transteórico, es de enorme utilidad a la hora de estimar cuál es la disponibilidad de las personas para encarar un proceso de cambio (terapéutico) frente a situaciones clínicas que lo afectan.

La Psicoeducación, la Entrevista Motivacional y las Tareas Intersesión son estrategias que tuvieron su origen en distintos enfoques teóricos (terapia familiar, terapia centrada en la persona y terapia cognitiva) pero que han probado ser de utilidad para llevar a cabo intervenciones que pueden mejorar el rendimiento de cualquier psicoterapia. Por lo tanto, han sido adoptadas por abordajes de los distintos enfoques teóricos con similares resultados.

Abordajes Transdiagnósticos

Se trata de abordajes terapéuticos que han proliferado en los últimos años y que están orientados a brindar ayuda a personas que presentan condiciones clínicas heterogéneas. Uno de los primeros ejemplos de aplicación masiva ha sido el Protocolo Unificado desarrollado por Barlow (2011) y su equipo en Boston. Diseñado dentro del marco del enfoque cognitivo-conductual emplea recursos, con pruebas empíricas de evidencia, procedentes de diversos abordajes. El Abordaje Modular para Niños (Chorpita & Weisz, 2005) fue diseñado para poder implementarse de manera más ajustada a las condiciones de cada paciente.

Supervisión Basada en el Desarrollo

La Supervisión constituye el componente que cierra el ciclo de la acción psicoterapéutica. Es el espacio en el cual otra forma de relación interpersonal (en este caso entre supervisor y supervisado) está dirigida a proveer los elementos necesarios para fortalecer el conocimiento, ayudar al desarrollo de los terapeutas y cumplir una tarea de asesoría sobre la marcha de los procesos terapéuticos.

Durante muchos años, cada uno de los modelos teóricos de psicoterapia desarrolló su modelo específico de supervisión, en consonancia con los elementos nucleares de su enfoque conceptual. Cada modelo buscaba asegurar así la adecuada aplicación de sus procedimientos. En los últimos 20 años, surgió una nueva manera de concebir la supervisión, enfocada en llevar a cabo la tarea centrada en el nivel de desarrollo de los supervisados y de los supervisores (Stoltenberg, McNeill & Delworth, 1998). Este enfoque, claramente integrativo constituye, hoy en día, el marco que sirve de referencia para todas las prácticas en este campo, más allá del enfoque teórico particular que se utilice.

Referencias Bibliográficas

Aldao A, Gee DG, De Los Reyes A, Seager I. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. Dev Psychopathol. 2016 Nov;28(4pt1):927-946. doi:10.1017/S0954579416000638. PMID: 27739387.

Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. American Psychologist, 59(9), 869–878.

https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.9.869

Barlow, D. H (2011). Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnostico de los trastornos emocionales. Alianza editorial.

Barnett J.E. (2011) Psychotherapist self-disclosure: ethical and clinical considerations. Psychotherapy (Chic);48(4):315-21. doi: 10.1037/a0026056. PMID: 22141415.

Bejar, H, (1993). La cultura del Yo. Madrid, Alianza.

Chorpita, B. F., & Weisz, J. R. (2005). Modular approach to therapy for children with anxiety, depression, or conduct problems. Honolulu, HI, and Boston, MA: University of Hawaii at Manoa and Judge Baker Children's Center, Harvard Medical School.

David, D., Cristea, I. & Hofmann, S.H. (2018). Why Behavioral Cognitive Therapy is the current gold stand of psychotherapy, Front. Psychiatry

https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00004

Ettman, C. K., Abdalla, S. M., Cohen, G. H., Sampson, L., Vivier, P. M., & Galea, S. (2020). Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the COVID-19 pandemic. *JAMA network open*, *3*(9), e2019686-e2019686.

Fernánez-Alvarez, H. y Fernández-Alvarez, J. (2017). Terapia cognitivo-conductual integrativa. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 22 (2), 157-169. doi.org/10.5944/rppc.vol.22num.2:2017.18720

Fernández-Alvarez, H. (2020). La psicología en su laberinto, Psicoterapia, 31 (116), 5-27

Fernández-Alvarez, J., Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., Molinari, G., Gómez-Penedo, J.M. y Toun, S.Y. (2020). La brecha entre la investigación y la práctica clínica: Hacia la integración de la psicoterapia. Papeles del Psicólogo, 4ol.41 (2), pp.81-90.
https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2932

Fernández-Alvarez, J. y Fernández-Alvarez, H., (2021). Videoconferencing psychotherapy during the pandemic: exceptional times with endduring effects? Frontiers in Psychology, https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.589536

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. Psychotherapy, 55(4), 316-340. http://dx.doi.org/10.1037/pst0000172

Frank, J.D. (1961). Persuasion and heaiing. A comparativestudyofpsychotherapy. Baltimore, John Hopkins Univ.Press. (trad.esp. Buenos Aires, Troquel, 1977)

Germer, C., Siegel, R.D. y Fulton, P.R. (2014). Mindfulness and psychotherapy (2nd.ed) New York, Guilford

Gómez, B., Iwakabe, S. & Vaz, A. (2019). International Themes in Psychotherapy Integration. en J.C.Norcross & M.R.Goldfried, Handbook of Psychotherapy Integration 3rd. ed.), pp.448-473. New York, Guilford.

Gross, J.J. (1998). Thee merging field of emotion regulation: an integrativer eview. Review of General Psychology, 2 (3) 271-299. doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271

Hayes, S.C.& Hofmann, S.G. (2018). Process based CBT. The science and core clinical competences of CBT. Oakland, Context Press

Hofmann, S. G., & Weinberger, J. (Eds.). (2007). The art and science of psychotherapy. Routledge/Taylor & Francis Group.

Kächele H, Schachter J (2014) On side effects, destructive processes and negative outcomes in psychoanalytic therapies – Why is it difficult for psychoanalysts to acknowledge and address treatment failures? Contemporary Psychoanalysis 50 (1-2): 233-258

Ladwig, I., Rief, W. and Nestoriuc, Y. (2014). What are the risks and side effects to psychotherapy?- development of an Inventory for the assessment of Negative Effects of Psychotherapy (INEP). Verhaltenstherapie, 24, 252–263. doi: https://doi.org/10.1159/000367928

Lambert, M.J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (6th Edition, pp. 139-193). Hoboken, NJ: Wiley

Lampropoulos, G. (2011). Failure in Psychotherapy: an introduction. Journal of Clinical Psychology, 67 (11), 1093-1095

Lee C.M., Hunsley J. (2015) Evidence-Based Practice: Separating Science From Pseudoscience. Can J Psychiatry., 60(12):534-40. doi: 10.1177/070674371506001203. PMID: 26720821; PMCID: PMC4679161.

Linden M, Schermuly-Haupt ML. (2014).Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. World Psychiatry. 2014, 13(3):306-9. doi: 10.1002/wps.20153. PMID: 25273304; PMCID: PMC4219072.

McAdams, D. P. (2015). The art and science of personality development. New York, Guilford.

Morris, L., Mansell, W., y McEvoy, P. (2018). The Take control course. Conceptual rationale for the development of a transdiagnostic group for common mental health problems. Frontiers in Psychology, 10 Feb., Vol. 7 (99)

Norcross, J.C. & Goldfried, M.R. (2019). Handbook of Psychotherapy Integration (3rd.ed.). New York, Guilford.

Papwowrth,, M. y Marrinan, T. (2018). Low-intensity CBT. (2nd. ed.). London, Sage.

Paris, J. (2017). Es Psychoanalysis still relevant to Psychiatry? The Canadian J. of Psych. / Revue Can. de Psychiatrie, 62 (5), 308-312

Richter, D., Wall, A., Bruen, A. & Whittington, R. (2019). Is the global prevalence rate if adult mental illness increasing?. Systematic review and meta-analyisis. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2019: 1-15. doi: 10.1111/acps.13083

Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F. & Patel, V. (2020). Poverty, depression and anxiety. Casual evidence and mechanisms. Science, 370 (6522) Essay 0214. doi: 10.1126/science.aay/214)

Roberts, A. R. (2002). Assessment, crisis intervention, and trauma treatment: The integrative ACT intervention model. Brief Treatment and Crisis Intervention, 2(1), 1–21. https://doi.org/10.1093/brief-treatment/2.1.1

Seligman, M. E. P. (2002). Authentic Happiness: Usingthe New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment. New York: Free Press.

Shafran, R., Myles-Hooton, P., Bennett, S., Ost, L-G. (2021). The concept and definition of low intensity cognitive behaviour therapy. Behavior *Research and Therapy, vol.138.*

Stoltenberg, C. D., McNeill, B., & Delworth, U. (1998). IDM supervision: An integrated developmental model for supervising counselors and therapists. San Francisco: Jossey-Bass.

Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80(4), 547–559. https://doi.org/10.1037/a0028226

Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? American Psychologist, 69(3), 218–229. https://doi.org/10.1037/a0035099

Van Bockstaele, B. y Bögels, S.M. (2014). Mindfulness-based therapy for social anxiety disorder. En S.G.Hofmann y P.M.DeBartolo, en Social Anxiety, Clinical, Developmental and Social Perspetives. London, Academic Press.

Wampold, B.E. & Imel, Z.E. (2015). Counselling and psychotherapy. The great psychotherapy debate. The evidence for what makes psychotherapy work (2nd ed.). New York, Routledge/Taylor & Francis

Wampold, B.E. (2019). The basics of psychotherapy. Washington, American Psychological Association

Wong, P. T. P. (2016). Integrative meaning therapy: From logotherapy to existential positive interventions. In P. Russo-Netzer, S. E. Schulenberg, & A. Batthyany (Eds.), Clinical perspectives on meaning: Positive and existential psychotherapy (p. 323–342). Springer International Publishing AG. https://doi.org/10.1007/978-3-319-41397-6_16

World Health Organization (2016). mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva, WHO.

Psicoterapia Basada en Evidencia

Leandro Martín Casari

Para comenzar, se definirá la psicoterapia desde una postura integrativa, tomando la conceptualización que realizan Fernández-Álvarez y Opazo (2004): "un conjunto de procedimientos que puede brindar alivio ante numerosas situaciones donde existe alguna forma de padecimiento (no sólo psicológico) y que también puede colaborar en el desarrollo personal de los individuos que consultan" (p. 13). Es interesante notar que, en esta definición, se considera una doble vertiente de la psicoterapia: como una forma de tratamiento para síntomas, y como una herramienta para la promoción de la salud. Sin embargo, lo que sabemos a través de la historia de la psicoterapia, es que su desarrollo científico ha estado guiado por el primero de estos caminos, emulando en cierto sentido al modelo bio-médico.

En el año 2012 la American Psychological Association [APA] emitió una resolución donde se reconocía la eficacia de la psicoterapia. Esto fue producto del análisis de **más de 140 estudios de calidad y metaanálisis** que avala la eficacia de la psicoterapia en ensayos clínicos controlados y en contextos reales, así como los resultados obtenidos en diversas poblaciones. Entre los principales puntos de dicha resolución, se señalaba:

- Se reconoce ampliamente que los efectos generales o promedio de la psicoterapia **son significativos y elevados**

- Los efectos beneficiosos de la psicoterapia **tienden a mantenerse durante más tiempo y presentan una probabilidad menor de requerir intervenciones adicionales** en comparación con los tratamientos farmacológicos
- En los estudios que evalúan la eficacia de la psicoterapia, los clientes a menudo informan que **los beneficios del tratamiento no sólo perduran, sino que se amplían tras la finalización** del tratamiento
- Los grandes estudios multicéntricos y los metaanálisis han demostrado que los programas de psicoterapia **reducen el número de visitas al médico y el gasto sanitario**
- Teniendo en cuenta todo lo anterior, la APA resuelve que la **psicoterapia, como un servicio profesional y una práctica curativa, es eficaz y muy rentable**. Tanto en ensayos clínicos controlados como en la práctica clínica, la aplicación de la psicoterapia en personas con trastorno mental supone unos beneficios marcadamente superiores a la ausencia de aplicación de este tipo de tratamiento. En consecuencia, la psicoterapia **debe ser incluida dentro del sistema sanitario como una práctica consolidada y avalada en la evidencia**.

Sin embargo, decir que la psicoterapia es eficaz, no implica avalar a cualquier forma de psicoterapia como tal. Solo puede considerarse a aquella que se aplica bajo los principios de la psicoterapia basada en evidencia: "Es la integración de la mejor evidencia disponible con la experiencia clínica, en el contexto de las características del paciente, la cultura y sus preferencias" (APA Task Force on Evidence Based Practice, 2006, p. 273). Esta

definición, obliga a cada profesional a estar actualizado y ofrecer un tratamiento de calidad basado en principios científicos, en consonancia también con la actual Ley de Salud Mental de Argentina (República Argentina, 2010).

¿Qué establece la Ley Nacional de Salud Mental? Los pacientes tienen derecho a (Art. 7):

- Recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.
- Recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.
- Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.

Es decir que, cuando combinamos el ideal de la psicoterapia basada en evidencia más los principios de la ley de Salud Mental, como profesionales de la salud estamos obligados a ofrecer alternativas terapéuticas basadas en evidencia científica, y que cada consultante también elija si desea recibir dicha atención. Ya que además se insta al respeto por las preferencias del paciente, y a decidir como profesionales en base a sus características particulares. En síntesis: el tratamiento se debe consensuar, y cada profesional orientar sobre cómo conseguir los objetivos terapéuticos.

¿Pero cómo sabemos si un tratamiento está basado en evidencia? Y más aún ¿qué significa esto?

La psicoterapia como práctica tiene una historia reciente, en comparación con la medicina, por ejemplo. Y la investigación

en psicoterapia, más aún. No hay un consenso uniforme sobre cuándo se comenzó a investigar en esta disciplina, pero básicamente se señalan tres hitos como posibles orígenes:

1) El reporte de casos clínicos que hacía Freud.

2) La inclusión de grabaciones de audio de las sesiones de psicoterapia en los años 30´ y 40´ por Carl Rogers y su equipo.

3) La inclusión de la estadística como método de investigación, a partir de la publicación de Eysenck sobre la eficacia de la psicoterapia (1952).

Luego décadas y décadas de investigación, el salto cualitativo podríamos decir que comenzó en los años 70 y 80 con la llegada de los estudios de revisión sistemática y meta-análisis, que comenzaron a sintetizar los estudios previos disponibles hasta el momento (Casari, 2019).

En la década del 90´, la APA, que está formada por distintas divisiones, le encomendó a la División 12 de Psicología Clínica que formara un grupo de trabajo *(Task Force)* para la identificación y difusión de tratamientos validados empíricamente, cuyos objetivos fueron:

- Definir qué criterios deberían ser usados para evaluar las evidencias científicas de los efectos del tratamiento psicoterapéutico
- Revisar la literatura de investigación sobre el tratamiento psicológico, con el objetivo de, aplicando dichos criterios de evaluación, identificar los Tratamientos con Apoyo Empírico

- Asegurar medios para que la información llegue a los terapeutas para que su práctica clínica fuera orientada, a semejanza de lo que acontece en la medicina, por las evidencias empíricas derivadas de la investigación

Los tratamientos con apoyo empírico fueron definidos originalmente como: un tratamiento psicológico claramente especificado que muestra su eficacia en investigaciones controladas con una población específica" (Chambless & Hollon, 1998, p. 7). A partir de dicha denominación, se crearon dos categorías: Tratamientos Bien Establecidos y Tratamientos Probablemente Eficaces. La diferencia entre ambos radicaba en la cantidad de estudios a favor que eran necesarios, y en el tipo de investigaciones que respaldaban su evidencia. El énfasis estaba puesto en estudios experimentales o en estudios de caso único experimentales.

A partir de estos criterios, se elaboró el primer listado separando los tratamientos para diversas condiciones clínicas: ansiedad y estrés, depresión, problemas de salud, problemas en la infancia, problemas maritales, dificultades sexuales, adicciones, etc.

Esta iniciativa que tomó la APA en EEUU, luego fue replicada por instituciones de distintos países, que comprendieron la necesidad de que la práctica de la psicoterapia esté basada en evidencia, tal como ocurre en la medicina. Así fue que se tomó el mismo sistema de clasificación de los estudios, para ordenar jerárquicamente el tipo de investigación, según el grado de evidencia que proporciona, utilizando la llamada pirámide de la evidencia (ver figura 1):

Figura 1: *Pirámide de la Evidencia. Extraído de European Patient´s Academuy on Therapeutic Innovation*

Esta pirámide nos permite ver que el nivel más bajo de evidencia, lo proporciona el juicio de expertos u opiniones escritas a través de editoriales. De manera ascendente, luego siguen las series de caso, estudios de casos y controles, estudios de cohortes, ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas y meta-análisis. Esto significa que la mejor evidencia científica, proviene de estudios que siguen una metodología de estudios secundarios: revisiones sistemáticas y meta-análisis, que sinteticen la información proveniente de estudios de calidad de tipo primarios.

A partir de este cúmulo de estudios crecientes, comienzan a surgir diversas iniciativas tanto gubernamentales como privadas, con el propósito de sintetizar la literatura disponible y ofrecer a profesionales clínicos de información confiable para tomar las mejores decisiones basadas en evidencia. A continuación, repasaremos algunas de ellas (ver tabla 1).

Tabla 1: *Principales fuentes donde buscar tratamientos basados en evidencia*

Sitio	Página web
Divisón 12 de la Asociación Americana de Psicología	https://div12.org/
División 53 de la Asociación Americana de Psicología	https://effectivechildtherapy.org/
Instituto Nacional para la Salud y Excelencia Clínica	https://www.nice.org.uk/guidance
Biblioteca Cochrane	https://www.cochranelibrary.com/cdsr/reviews
Sociedad Australiana de Psicología	https://www.psychology.org.au/getmedia/23c6a11b-2600-4e19-9a1d-6ff9c2f26fae/Evidence-based-psych-interventions.pdf

Divisón 12 de la APA: Sociedad de Psicología Clínica

Es la página oficial de la APA dedicada a ofrecer información sobre tratamientos disponibles. Desde el año 2012, ofrece una clasificación basada en tres categorías:

- Fuerte: los llamados tratamientos bien establecidos
- Modesta: los llamados tratamientos probablemente eficaces
- Controversial: tratamientos con evidencia contradictoria.

La información básica puede consultarse por tratamiento o por diagnóstico clínico.

Si se ingresa a una condición clínica, por ejemplo, **Trastorno de Pánico**, allí se encuentra con los tratamientos disponibles y su grado de evidencia (Division 12 of the APA, 2016). Nos da tres opciones de tratamientos que se han evaluado:

- Relajación Aplicada para el Trastorno de Pánico: evidencia modesta
- Terapia Cognitiva Conductual para el Trastorno de Pánico: evidencia fuerte
- Tratamiento Psicoanalítico para el Trastorno de Pánico: evidencia modesta

Esto significa que, como clínicos comprometidos con la evidencia científica, la mejor opción posible es la Terapia Cognitiva Conductual para el Trastorno de Pánico

Probablemente, como profesionales no conozcamos todas las opciones de tratamiento disponibles para cada trastorno, por ello brinda una serie de información por cada tratamiento:

- Breve resumen que incluye: Premisa básica del tratamiento, duración.
- Manuales de tratamiento

- Instituciones específicas donde realizar formación
- Medidas de evaluación
- Libros de autoayuda para pacientes
- Aplicaciones para Smarthphones de autoayuda y programas online.
- Vídeos online sobre el tratamiento
- Artículos de investigación: ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, meta-análisis.

En tanto que, al finalizar, agrega:

- Otros tratamientos psicológicos también pueden ser efectivos en el tratamiento del trastorno de pánico, pero los mismos no han sido evaluados con el mismo rigor científico como los tratamientos antes mencionados.
- Muchas medicaciones también pueden ser de ayuda para el tratamiento, pero este sitio no releva tratamientos farmacológicos. Desde luego, recomendamos una consulta con un profesional de la salud mental para un diagnóstico adecuado y discusión entre las opciones de tratamiento disponibles.
- Cuando contacte a un profesional, esté seguro de trabajar juntos para establecer claramente objetivos de tratamiento y para monitorear avances en los mismos. Siéntase libre de imprimir esta información y llevarla con usted cuando converse sobre su plan de tratamiento con su terapeuta.

Es muy interesante la oración del final, ya que también ofrece esta información de manera libre para pacientes, y que puedan saber el grado de evidencia de cada opción terapéutica.

División 53 de la APA

La información está organizada de un modo diferente, aunque en cierto punto similar a la División 12 de la APA. En primer lugar, en lugar de hablar de diagnósticos, encontramos una solapa dedicada a "preocupaciones, síntomas y trastornos". A modo de ejemplo pueden encontrarse:

- Preocupaciones: buylling, divorcios, problemas de sueño, etc.
- Síntomas: conductas obsesivas y compulsivas, cambios de humor repentinos, drogas y abuso de alcohol, etc.
- Trastornos: TDAH, Anorexia y Bulimia, ansiedad, trastornos del espectro autista, etc.

Si buscamos cualquiera de estas opciones, encontraremos un listado de tratamientos que fueron evaluados. Los tratamientos se clasifican en cinco niveles ascendentes, donde a mayor nivel, menor grado de evidencia científica. Por ejemplo, para el caso de trastornos de ansiedad, para niños menores de 8 años encontramos (Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, 2021):

1. Nivel 1_Funciona bien: Terapia Cognitiva Conductual (TCC) basada en la Familia
2. Nivel 2_Funciona: TCC Grupal para Padres; y TCC Grupal para Padres más TCC Grupal para Niños/as.
3. Nivel 3_Podría funcionar: ninguna
4. Nivel 4_Experimental: Terapia de Juegos; Terapia Basada en el Apego
5. Nivel 5_Probadas y que no funcionan: Entrenamiento en Relajación.

Al igual que en el caso anterior, es probable que no conozcamos muchas de las opciones que se ofrecen. Por ello, la página suele ofrecer la posibilidad de consultar hipervínculos

donde se brinda una breve descripción de algunas formas de tratamiento, y referencias bibliográficas al final. Sin embargo, a comparación con la División 12, la información es más escueta.

Instituto Nacional para la Salud y Excelencia Clínica

(NICE, por sus siglas en inglés)

Es un organismo que *Depende del Departamento de Salud del Reino Unido, que* elabora guías de práctica clínica para el tratamiento apropiado de personas con enfermedades o padecimientos específicos. Son elaboradas para el personal de salud en general, no son específicas para psicólogos (también incluye tratamientos farmacológicos).

Un ejemplo puede ser la guía para Problemas Comunes de Salud Mental: Identificación y alternativas para su atención clínica (NICE, 2011). La información la describe de la siguiente manera:

Esta guía se desarrolló para proporcionar un enfoque integrado para la identificación y evaluación de los trastornos comunes de salud mental, particularmente en la atención primaria. Reúne las recomendaciones de la guía NICE existente y aborda cualquier brecha en la identificación y evaluación de estas condiciones. La guía también proporciona consejos para la atención primaria y para otro personal sobre la derivación. Por último, establece una guía para el desarrollo de vías de atención local eficaces para las personas con trastornos comunes de salud mental (NICE, 2011, Guidance) [traducción del autor].

Estas guías se basan en modelos de gravedad sintomática para establecer las mejores recomendaciones, llamado Cuidado Escalonado (*Stepped care*). A su vez, aclara que la información provista no es exclusiva para profesionales de la salud mental. Entonces, el nivel de gravedad varía de manera ascendente, comenzando desde el Nivel 1

- Nivel 1: Aquí incluiría síntomas generales de ansiedad y depresión. La recomendación que establece la guía es trabajar sobre la identificación, valoración clínica, psicoeducación, y seguimiento activo. Una de las formas que sugiere, es emplear cuestionarios estandarizados como el Patient Health Questionnaire (PHQ-9), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), o el Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7). Algunos de los cuales cuentan con adaptaciones en nuestro país.
- Nivel 2: Incluye condiciones clínicas cuya gravedad podría considerarse de leve a moderado, tales como depresión, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de pánico (TP), trastorno por estrés post-traumático (TEPT). Aquí se brinda información más específica, según el diagnóstico, por ejemplo, para el TOC se sugiere TCC individual o grupal que incluya el uso de Terapia de Exposición y Prevención de la Respuesta (EPR por sus siglas en inglés), para el caso de TEPT se recomienda TCC focalizada en el trauma o EMDR.
- Nivel 3: Síntomas depresivos persistentes o depresión leve a moderada que no ha respondido a una intervención de baja intensidad, TAG con deterioro funcional marcado o que no ha respondido a una intervención de baja intensidad; TP de moderado a severo; TOC con deterioro funcional moderado o grave; Trastorno de estrés postraumático. Luego menciona las posibles intervenciones según el diagnóstico clínico, por ejemplo, las recomendaciones para Depresión son: TCC, Terapia Interpersonal, Activación Conductual, Terapia Conductual de Pareja, Asesoramiento, Psicoterapia Psicodinámica Breve, Antidepresivos, Intervenciones Combinadas, Atención Colaborativa (para personas con depresión y un problema crónico de salud física), Grupos de Autoayuda.

Otras guías que pueden ser de utilidad para psicoterapeutas son:

- Problemas de Salud Mental en personas con problemas de aprendizaje (NICE, 2016)
- Transición entre pacientes internados a pacientes externados en su hogar o en contextos comunitarios (NICE, 2016).
- Tabaquismo: servicios agudos, de maternidad y salud mental (NICE, 2013).
- Trastorno de Ansiedad Social: reconocimiento, evaluación y tratamiento (NICE, 2013)
- Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Pánico en Adultos (NICE, 2011).

En síntesis, la información que se brinda es más bien genérica y orientativa para profesionales de la salud en general, siendo menos específica que la división 12 de la APA, sin embargo, también brinda información sobre otro tipo de intervenciones además de la psicoterapia.

Biblioteca Cochrane

La Colaboración Cochrane es una organización sin ánimo de lucro que reúne a un grupo de investigadores de ciencias de la **salud** de más de 11.500 voluntarios en más de 90 países que aplican un riguroso y sistemático proceso de revisión de las intervenciones en salud. Recientemente también se han estudiado los resultados de **estudios observacionales** como las **pruebas diagnósticas** y **cohortes**. Los resultados de estas **revisiones sistemáticas** se publican en la Biblioteca Cochrane **Cochrane Library**.

Su objetivo es brindar revisiones sistemáticas de calidad sobre formas de terapia en salud para diversos padecimientos o

enfermedades. Al igual que las guías del NICE, no contemplan únicamente información desde la perspectiva psicológica, sin embargo, son aun más específicas sobre el tema que estudian. La forma en que se buscan adopta la interfaz de una base de datos, donde la información puede filtrarse de acuerdo a la fecha, lenguaje, y tópico entre otras opciones.

Trabaja de un modo abocado a la investigación, dando detalles de cómo se realizó la intervención, y lo más frecuente en psicoterapia suele ser: comparar dos intervenciones, comparar una intervención con lista de espera o tratamiento frecuente, o compara psicoterapia con y sin farmacoterapia.

A modo de ejemplo, se expone la siguiente guía: "*Psicoterapia combinada más antidepresivos para el trastorno de pánico con o sin agorafobia*" (Furukawa et al., 2010). Es importante mencionar que estas guías se pueden encontrar en distintos formatos de acuerdo a su extensión, por lo general, con consultar la versión más abreviada es suficiente para conocer los resultados.

Las guías se estructuran de la siguiente manera:

- Antecedentes
- Objetivos
- Métodos de búsqueda
- Criterios de selección
- Obtención y análisis de datos
- Resultados principales
- Conclusiones de los autores

El objetivo de esta revisión fue conocer examinar la evidencia sobre las ventajas y desventajas a corto y largo plazo de la psicoterapia combinada más el tratamiento con antidepresivos para el trastorno de pánico con o sin agorafobia, en comparación

con cualquiera de los dos tratamientos solos. Utilizaron las bases de datos de la Biblioteca Cochrane, más una búsqueda en Medline, y consultas a expertos. Luego, dos revisores independientes analizaron los artículos. El informe se basa en 23 artículos que emplean ensayos clínicos aleatorizados, de los cuales 21 incluyeron TCC o terapias conductuales.

Los resultados principales señalan que:

- En el tratamiento de la fase aguda, el tratamiento combinado fue superior al tratamiento farmacológico con fármacos antidepresivos o a la psicoterapia.
- El tratamiento combinado produjo más abandonos debido a los efectos secundarios que la psicoterapia.
- Después del tratamiento en la fase aguda, siempre y cuando se continuara con el fármaco, la superioridad de la combinación sobre cualquiera de las dos monoterapias pareció persistir.
- Después de la finalización de la fase aguda y la continuación del tratamiento, el tratamiento combinado fue más efectivo que la farmacoterapia sola y fue tan efectivo como la psicoterapia.

Los autores concluyen que la psicoterapia solo o combinada, son tratamientos de primera línea para el abordaje de pacientes con trastorno de pánico.

Muchas de estas revisiones trabajan con el modelo de preguntas PICO (Richardson et al., 1995) que se utiliza frecuentemente en medicina: Patient- Intervention – Comparison – Outcome.

- (P) paciente o problema de interés: características del paciente o grupo de pacientes; características del problema o condición,
- (I) Intervención: intervención principal a considerar (terapéutica, preventiva, diagnóstica, exposición de riesgo, etc.),
- (C): intervención de comparación: alternativa con la que comparar la intervención principal (hay que tener en cuenta, que en ocasiones no se dispone de una intervención con la que comparar)
- (O) (outcomes) resultado a valorar: efectos de la intervención, en términos de mejora, efectos secundarios, etc.

A modo de síntesis, esta página es útil para consultarla a la hora de obtener respuestas rápidas sobre una intervención específica o combinada. Sin embargo, a diferencia de las páginas anteriores, no brinda una información más general sobre un modo de tratamiento, sino que la información es acotada ante preguntas específicas.

Guía de la Sociedad Australiana de Psicología

La Sociedad Australiana de Psicología ha editado cuatro ediciones de su libro "*Evidence-Based Psychological Interventions in the Treatment of Mental Disorders. A review of the literatura*" (Australian Psychologycal Society [APS], 2018), donde sintetiza hallazgos de la literatura sobre el tratamietno de trastornos mentales. Antes de comenzar a exponer sus recomendaciones, establece lo siguiente: "la información provista no puede reemplazar el juicio clínico en la toma de decisiones" (APS, 2018, DISCLAIMER AND COPYRIGHT, traducción de

autor). Es decir, vuelve a enfatizar los principios de la Psicología Basada en Evidencia, enfatizando el rol de la toma de decisiones en cada acto clínico.

Luego agrega también que los profesionales de la salud deben usar su criterio profesional para determinar el enfoque de intervención más adecuado en función de la mejor evidencia disponible, y de las características contextuales del cliente

En primer lugar, presenta los trastornos incluidos: trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos disociativos, trastornos del sueño, trastornos sexuales, trastornos somatomorfos, trastornos psicóticos, trastorno de personalidad límite, trastorno por déficit atencional, trastorno de conducta en la infancia, y enuresis infantil.

Luego menciona diversos tipos de intervención psicológica, entre ellas: Terapia de Aceptación y Compromiso, Terapia Cognitivo Conductual, Terapia Dialéctica Comportamental, Terapia Focalizada en la Emoción, etc. También ofrece una breve descripción de cada intervención.

De acuerdo al Consejo Nacional de Salud e Investigación Médica de Australia, el nivel de evidencia se presenta en el siguiente rango, de manera decreciente: a mayor nivel, menor grado de evidencia:

- Nivel 1: Un metaanálisis o una revisión sistemática de estudios de nivel II que incluyeron un análisis cuantitativo
- Nivel 2: Un estudio de la precisión de la prueba con: una comparación ciega e independiente con un estándar de referencia válido, entre personas consecutivas con una presentación clínica definida
- Nivel 3-1: Un ensayo controlado pseudoaleatorizado (es decir, asignación alternativa o algún otro método)

- Nivel 3-2: Un estudio comparativo con controles concurrentes: Ensayo experimental no aleatorizado, Estudio de cohortes, Estudio de casos y controles, Serie de tiempo interrumpido con un grupo de control
- Nivel 4: Serie de casos con resultados posprueba o preprueba / posprueba

Finalmente, antes de presentar los resultados principales, vuelve a recordar que este libro solo releva la información disponible en bases de datos, por ende, la ausencia de evidencia significa ausencia de evaluación, no significa que sea ineficaz un tratamiento que no está incluido.

Para establecer este listado, se consultaron bases de datos y guías clínicas de alta calidad, posteriores al año 2010. Entre las bases de datos, se encuentran: Biblioteca Cochrane, PsycInfo (APA), Medline (Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU). En tanto que, también se consultaron guías de práctica clínica como las del NICE y de la APA.

A modo de ejemplo, se expone la evidencia para el tratamiento del trastorno de pánico. La evidencia recogida es la siguiente:

- Nivel 1: Terapia Cognitivo Conductual (TCC)
- Nivel 2: TCC online (guiada por el clínico o autoadministrada), Terapia de Aceptación y Compromiso, Terapia Psicodinámica Breve.
- Nivel 4: Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (conocido en inglés MBCT).

En esta revisión, no hubo más evidencia para indicar que alguna de las intervenciones restantes fueran efectivas. Luego de realizar la síntesis, expone los estudios que se consultaron para tomar la decisión.

Conclusiones

Como puede observarse, existen distintos sitios web que pueden consultarse para obtener un rápido panorama de cuál es la mejor intervención terapéutica de acuerdo al diagnóstico clínico que presente un paciente. Sin embargo, no debe olvidarse la misma definición de Psicoterapia Basada en Evidencia, que considera fundamental el rol del juicio clínico a la hora de tomar la mejor decisión posible.

Por ende, es importante ofrecer la mejor alternativa posible, y dar participación al paciente en el proceso del tratamiento.

También debemos considerar que muchos de los tratamientos probablemente sean desconocidos para nosotros, por lo que antes de optar por uno de ellos, debemos interiorizarnos lo mejor posible, siendo las formaciones académicas una alternativa posible. Aplicar un tratamiento basado en la evidencia sin dominar el mismo, puede ser también iatrogénico.

El próximo interrogante que deberemos responder es *¿cómo sabemos si nuestros pacientes están mejorando?* Para ello recurriremos a diversos instrumentos de evaluación que serán desarrollos en uno de los capítulos siguientes.

Referencias Bibliográficas

American Psychological Association (2012). *Recognition of Psychotherapy Effectiveness*. http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61*(4), 271-285. doi: 10.1037/0003-066X.61.4.271. PMID: 16719673.

Australian Psychologycal Society (2018) *Evidence-Based Psychological Interventions in the Treatment of Mental Disorders. A review of the literature*. https://www.psychology.org.au/getmedia/23c6a11b-2600-4e19-9a1d-6ff9c2f26fae/Evidence-based-psych-interventions.pdf

Casari, L. M. (2019). *Estilo personal del terapeuta en profesionales que trabajan en el campo de las adicciones*. Nueva Editorial Universitaria. http://www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2019/07/Casari-L.-2019-Estilo-personal-del-terapeuta-en-profesionales-que-trabajan-en-el-campo-de-las-adicciones-1.pdf

Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66* (1), 7-18. Doi: http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.7

Fernández Álvarez, H. & Opazo, R. (2004). Introducción. En H. Fernández Álvarez y R. Opazo Castro (Comps.), *La integración en psicoterapia* (pp. 13-32). Paidós Ibérica S.A.

Furukawa, T.A., Watanabe, N., y Churchill, R. (2010). Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1*. DOI: 10.1002/14651858.CD004364.pub2.

National Institute for Health and Care Excelence (2011). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. https://www.nice.org.uk/guidance/cg113

National Institute for Health and Care Excelence (2011). Common mental health problems: identification and pathways to care. https://www.nice.org.uk/guidance/CG123/chapter/1-Guidance#steps-2-and-3-treatment-and-referral-for-treatment

National Institute for Health and Care Excelence (2013). Smoking: acute, maternity and mental health services. https://www.nice.org.uk/guidance/ph48

National Institute for Health and Care Excelence (2013). Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. https://www.nice.org.uk/guidance/cg159

National Institute for Health and Care Excelence (2016) Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management. https://www.nice.org.uk/guidance/ng54

National Institute for Health and Care Excelence (2016). Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings. https://www.nice.org.uk/guidance/ng53

República Argentina. (2010). *Ley Nacional No 26.657*

Richardson, W. S., Wilson, M. C., Nishikawa, J., & Hayward, R. S. (1995). The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. *Acp j club*, *123*(3), A12-A13.

Society of Clinical Child and Adolescent Psychology (2021) *Fear, Worry, & Anxiety Disorders*. https://effectivechildtherapy.org/concerns-symptoms-disorders/disorders/fear-worry-and-anxiety/

Society of Clinical Psychology (2016). *Treatment target: Panic Disorder*. https://div12.org/diagnosis/panic-disorder/

El inicio del proceso terapéutico: Pautas para el diseño de tratamiento

Grzona, Sofía

Los contactos iniciales

Pocos momentos de la psicoterapia han sido tan estudiados y pueden generar tanta ansiedad a terapeutas nóveles, como la primera consulta.

Posiblemente sean muchos los factores que vuelvan tan crucial esta entrevista. Se trata del momento donde se establecen las bases del trabajo terapéutico, al mismo tiempo que nos encontramos con una o más personas que asisten en condición de vulnerabilidad frente a una situación que no han podido resolver por sus propios medios.

Así como en cualquier encuentro entre dos personas, aquí se produce un cruce de expectativas, necesidades, subculturas y personalidades que pueden ser semejantes o muy disímiles. Hablamos del momento fundacional de la relación terapéutica, aspecto central en el logro de efectividad para la psicoterapia. Como toda relación, tendrá pautas y normas que se irán estableciendo a lo largo del proceso. Y será parte de nuestra tarea fijar los puntos centrales para que haya más aspectos en común que desacuerdos.

Es uno de los momentos que más requiere de nuestra atención focalizada y activa. Son múltiples los factores a los que debemos prestar atención, pues tendremos que tomar en cuenta el contenido del relato y las emociones que circundan al mismo, a la

vez que hacemos un esfuerzo diagnóstico para comprender, desde nuestro fundamento teórico, qué es lo que le ocurre a esta persona y cómo podríamos aportar con nuestra definición a que ese malestar disminuya.

Todas estas consideraciones hacen que este sea un momento crucial, del cual depende en gran medida que el proceso continúe y también que se desarrolle exitosamente. Intentaremos en este capítulo organizar los elementos centrales que consideramos que es necesario atender en los primeros encuentros con las personas que solicitan nuestra atención en la clínica.

¿En qué momento se inicia el proceso psicoterapéutico?

La primera respuesta a esta pregunta posiblemente nos indicaría que una psicoterapia inicia con la primera consulta. Sin embargo, preguntamos, quienes nos consultan posiblemente nos hablen de sus impresiones en el contacto inicial, ya sea a través de una llamada telefónica o a través de un mensaje escrito por alguna red social, aspecto que cada año resulta más frecuente. Y si indagamos las investigaciones respecto a efectividad sabremos que el solo hecho de haber realizado el primer contacto para iniciar una terapia conlleva un alivio transitorio del malestar (Howard et al., 1986).

Desde este primer acercamiento iniciamos nuestra tarea. Este momento inicial tendrá un carácter diagnóstico que implicará descubrir qué tipo de ayuda requiere quien nos contacta y quién sería la/el profesional adecuado para responder a esta demanda.

Los centros de atención que han puesto el foco en mejorar la efectividad de sus tratamientos realizan ciertas preguntas que están estipuladas de antemano y son manejadas por sus equipos de admisión. Estas preguntas permiten realizar una selección más eficiente de quién se encargará de llevar ese caso.

Para una/un profesional que se encuentra iniciando su actividad clínica realizar algunas de estas preguntas también

resulta indispensable. En este sentido, entendemos que el pedido de una breve descripción del motivo de consulta nos permite identificar con cierta claridad si nos consideramos capaces de llevar adelante un tratamiento sobre una problemática específica, o si por el contrario entendemos que no seremos efectivas/os o no nos sentimos capaces. Frente a esto es importante realizar una derivación adecuada a profesionales que tienen la capacitación pertinente para darle un tratamiento acorde a las necesidades de esa persona.

¿Cómo saber que no soy la terapeuta indicada?

Pregunta difícil de responder en los momentos iniciales del ejercicio profesional. Y, paradójicamente, es aquí justamente cuando la diversidad de las temáticas por las cuales solicitan nuestra consulta suele ser más variada, sobre todo si se inicia de manera independiente, fuera del marco de una institución que regule la demanda.

Para responder esta pregunta de manera previa a la primera consulta y asegurarnos una derivación efectiva tenemos principalmente dos fuentes de información: externa e interna. Respecto a la *información externa* podemos saber que en la actualidad existe una cantidad importante de investigación respecto de la eficacia de los modelos de psicoterapia para algunas problemáticas específicas. Por ende, si la investigación ha arrojado resultados contundentes respecto a la efectividad de un modelo de psicoterapia, para un problema específico opuesto al que sostengo, la derivación a un/a profesional que se encuentre especializado en ese modo de trabajar sería una conducta pertinente dentro de lo que la ética profesional nos requiere. Una situación que podría ilustrar esto se observa en lo referente al trastorno de personalidad límite, por poner un ejemplo, donde los estudios han demostrado, que terapeutas que han realizado un entrenamiento específico obtienen resultados significativamente superiores que aquellos que no lo tienen (Castonguay & Beutler, 2006). Claro que arribar a

este diagnóstico no es nada sencillo y puede ocurrir que logremos identificarlo avanzado el tratamiento, en cuyo caso también sería pertinente una derivación guiada y acompañada a un profesional especializado.

La otra fuente de información que nos permite discernir esta pregunta proviene de *nuestro interior*; del conocimiento y aceptación de nuestras limitaciones y fortalezas. Si bien es cierto que nos descubrimos como terapeutas en el quehacer cotidiano, también es cierto que hay determinado temas que a lo largo de la carrera y de nuestro transcurrir como estudiantes nos han despertado un especial interés. Así como otros nos despiertan aversión, rechazo o temor. Es posible que estas emociones tengan que ver con el desconocimiento de un tema o la falta de formación, pero no por esto es menos importante identificarlas. El contacto con estas sensaciones y con nuestra emocionalidad al inicio de la carrera profesional son sustanciales para establecer nuestra seguridad inicial como terapeutas.

¿Cuáles son los objetivos de la primera entrevista?

Luego de haber resuelto estos interrogantes iniciales, y haber acordado una sesión, surge otra pregunta: ¿qué es lo que debiera poder resolver al concluir una primera entrevista?

Aquí cabe una aclaración. Decimos primera entrevista de modo genérico, entendiendo que estamos hablando de los primeros encuentros. Muchas veces nos llevará más de una entrevista poder dar respuesta a algunos interrogantes, pero lo entendemos como parte del inicio de un tratamiento.

Volviendo a nuestra pregunta, diversas autoras y autores han intentado responder esta consigna. Fernández-Álvarez et al. (2008) plantean algunos puntos. Y desde otras líneas, consideradas estratégicas, Hirsch y Casabianca (2009) proponen algunos otros, que pueden ir desde el tipo de búsqueda que tiene una persona al consultar, el modo en que define su consulta, lo que está dispuesta

a hacer para resolver este problema, las soluciones que ha intentado previamente y las opiniones de sus personas significativas. Intentaremos sintetizar estas propuestas de un modo organizado.

La primera pregunta que intentaremos responder en la entrevista muchas veces es resuelta de modo no consciente, dando por hecho que, si estamos teniendo una entrevista inicial, se iniciará un proceso de psicoterapia. Sin embargo, es importante resolver este interrogante de un modo más atento y examinar: *el problema por el cual se solicita la consulta, ¿requiere de un abordaje psicoterapéutico?*

Como dijimos anteriormente las expectativas sobre el proceso pueden ser muy diferentes entre la/el profesional y quienes consultan. Recordemos que las personas se acercan a la clínica psicológica porque tienen un problema que no han logrado resolver, pero no necesariamente se trata de un problema psicológico. Muchas consultas tienen un trasfondo biológico (como puede ser un desorden endocrinológico no detectado), nutricional, socioeconómico, o hasta religioso. Una derivación efectiva al profesional o al área pertinente puede ser nuestra mejor intervención en muchos casos (Fernández- Álvarez, Pérez y Fraga Míguez, 2008).

Aquí nuevamente es importante tener una adecuada actualización respecto a la efectividad de los tratamientos, así como certera información sobre los tratamientos que pueden producir daño. Si sabemos que un abordaje interdisciplinario con un equipo de trabajo es más efectivo para una temática como, por ejemplo, el consumo problemático de sustancias, intentar realizar un tratamiento psicológico individual exclusivamente puede llevar a un retraso importante en la mejoría de esa persona. Y, por otra parte, ofrecer un abordaje que ha obtenido resultados negativos en la práctica puede llevarnos a generar un daño fácilmente evitable (Castonguay & Beutler, 2006; Lilienfeld, 2007; Barlow, 2010; McKay, Kranzler, Kampman, Ashare & Schnoll, 2015).

Lo mismo ocurre en el caso de algunas situaciones clínicas para las cuales la psicoterapia no sería la primera opción y, en cambio, sí existen tratamientos farmacológicos con altas tasas de efectividad, como puede ser un episodio psicótico en curso, ideaciones suicidas sostenidas o un estado de ánimo abúlico de larga data sin razones contextuales que lo justifiquen, lo que nos puede llevar a pensar en un desorden biológico. Considerar que la psicoterapia es siempre la opción indicada nos coloca en un lugar de omnipotencia difícil de defender desde un posicionamiento científico (Fernández-Álvarez, Hirsch, Lagomarsino y Pagés, 2007)

Una vez que hemos considerado que la psicoterapia *SÍ* es una opción pertinente para el problema de la persona que nos consulta, la siguiente pregunta que debemos hacernos es: *¿Sólo psicoterapia?* y si la respuesta es sí, *¿qué modalidad de psicoterapia?* Con estas preguntas ya empezamos a considerar la problemática del *diseño del tratamiento*. Nuevamente, aquí será necesario recurrir a la información científica sobre efectividad, añadida a la información que tiene la persona sobre la historia de su problema.

Sabemos, por ejemplo, que en el caso de esquizofrenia y psicosis en adultos los tratamientos de opción implican un diseño combinado de fármacos y psicoterapia, más terapia familiar (N.I.C.E., 2014). Algo similar ocurre frente a un diagnóstico de trastorno bipolar (al cual es significativamente difícil de arribar) donde, si bien el tratamiento psicofármacológico es el tratamiento principal, la combinación con tratamiento psicológico individual o familiar ha mostrado ser la opción más efectiva, ya que reduce las recaídas y aumenta la adherencia al tratamiento (Muralidharan, Miklowitz, & Craighead, 2015). En estos casos, la oferta de psicoterapia como única herramienta terapéutica puede ser un error grave, ya que puede conllevar no sólo a perder un tiempo valioso sino a que su cuadro empeore por no haber tomado las acciones pertinentes a tiempo.

Cabe aclarar que la combinación de psicoterapia más psicofármacos tampoco es la mejor opción en todos los casos. El Trastorno de Personalidad Límite, como entidad diagnóstica, ha sido uno de estos ejemplos en los que incluir la medicación no ha tenido mejores efectos que un tratamiento altamente estructurado y de gran intensidad como es la Terapia Dialéctica Conductual, por citar un ejemplo (Linehan, 2010).

Por otra parte, si nuestra/o consultante ya ha realizado tratamientos previos, será importante indagar qué fue lo que funcionó positivamente y qué es lo que no dio resultado. Y entre esas opciones cabe la posibilidad de que haya tenido malas experiencias propias o familiares con la psicoterapia o con algún psicofármaco. Si estamos frente a la presencia de muchos tratamientos psicológicos previos infructuosos será muy importante indagar con precisión cómo se llevaron a cabo, ya que puede ser un indicio de que la psicoterapia no es la solución al problema que se presenta, o que estamos frente a una situación sumamente difícil, frente a lo cual es importante que seamos prudentes con nuestras expectativas.

Cuando consideramos que la medicación es una opción, son variadas las situaciones con las que podemos encontrarnos. En ocasiones las personas no lo han contemplado como posibilidad, y que esto nos sugiere que es necesario darle más tiempo a una derivación psiquiátrica, aún cuando su necesidad sea clara desde el inicio. O puede ocurrir, por el contrario, que en su imaginario asistir a la consulta de psicología sea un paso previo y necesario para acceder a esta derivación, que es en realidad su deseo inicial. Hacer las preguntas precisas para indagar estos puntos es la llave principal para no cometer errores.

Cuando hablamos de la *modalidad* del tratamiento hacemos referencia a que el mismo sea individual, familiar o grupal. Sabemos por ejemplo que las personas que padecen trastornos alimentarios se benefician en gran medida de abordajes familiares y que por otra parte aquellos que muestran un trastorno

de personalidad han encontrado mejorías en los tratamientos grupales (Belloch Fuster, Fernández-Álvarez y Pascual-Vera, 2019). Pero más allá de los diagnósticos psicopatológicos hay otros factores que nos ayudan a decidir esta modalidad y que por ende será importante que exploremos en la consulta inicial.

Dimensiones a explorar en la primera consulta

Hemos decidido entonces que la dolencia o problema que aqueja a la persona que nos consulta sí requiere de tratamiento psicológico y por otra parte hemos pensado en algún formato general de tratamiento para esta situación en función de nuestra forma de trabajar. Es decir que ya hemos iniciado el trabajo de "*Diseñar el Tratamiento*". Ahora bien, ¿qué datos específicos necesitamos que nuestro/a consultante nos brinde en este o estos primeros encuentros para saber cómo avanzar?

En el campo de la psicoterapia, que tiene sus inicios fuertemente ligados a la medicina, durante mucho tiempo se consideró imprescindible arribar a un diagnóstico preciso para iniciar un proceso terapéutico. Sin embargo, hoy sabemos que el establecer un diagnóstico psicopatológico tiene en contadas ocasiones los mismos beneficios que en la disciplina médica, donde la identificación de los factores causantes de la enfermedad, permite, la mayoría de las veces, identificar los principios centrales del tratamiento. Por el contrario, en el campo de la salud mental, son muchas las veces en que un rótulo patológico puede tener un efecto estigmatizante.

El desarrollo de métodos de tratamiento desarrollados para problemáticas definidas lleva ya varias décadas de desarrollo en nuestra disciplina. Sin embargo, aún los tratamientos que han mostrado ser eficaces para trastornos específicos aún resultan poco efectivos en un porcentaje no desdeñable de casos. La delimitación de un diagnóstico psicopatológico puede ser útil o inclusive necesaria en muchos casos, y será parte de nuestra

indagación el modo en que los síntomas se presentan; pero de ninguna manera es el único determinante en los resultados finales de un tratamiento. Será importante preguntarnos entonces qué variables debiéramos observar con más detenimiento para lograr mejores resultados.

Está claro que los datos a los que prestaremos más atención dependerán en gran medida de nuestra línea teórica, ya que no le daremos el mismo valor a la información, ni la organizaremos del mismo modo si nos amparamos bajo una epistemología existencialista que si lo hacemos desde una mirada psicoanalítica, sistémica o conductual. Desde los inicios mismos de la psicología clínica, la metodología de trabajo ha implicado la organización de la información de manera que permitiera realizar presunciones sobre el modo en que se ha generado una dolencia y en función de esto, sobre las estrategias terapéuticas para abordarla. Sin embargo, este procedimiento no siempre ha sido desarrollado de manera sistemática en la formación de terapeutas. Por esto en los últimos años ha recibido una especial atención la "*Formulación de Caso"* (en adelante FC). Desde las diferentes líneas se han realizado aproximaciones a esta tarea. Desde los modelos conductuales, por citar un ejemplo, se ha incitado a la elaboración cuidadosa del análisis funcional de la conducta, aunque no siempre ha recibido el nombre de formulación de caso, y algo similar ocurre desde otras líneas.

¿En qué consiste la Formulación de Caso (FC)?

El uso de este término no tiene una trayectoria de muchísima antigüedad y los textos que profundizan en él no están principalmente en castellano, por lo que muchas veces hay confusiones acerca de su uso. Muchas veces se malentiende a la FC como el modo de *presentar* un caso, cuando es mucho más que

eso. Funciona más bien como un mapa para el tratamiento que permite distinguir lo central de lo secundario tanto para la formación como para la resolución del problema. Una de las definiciones más citadas es la de Tracy Eells quien entiende la FC como: "una hipótesis acerca de las causas, los precipitantes y las influencias mantenedoras de los problemas psicológicos, interpersonales o conductuales de una persona" (Eells, 2007, p. 4) esta información tiene como funciones orientar al clínico/a en el modo de organizar la información, favorecer el diseño del tratamiento y servir de referencia para evaluar cambios. Por otra parte, parece favorecer la relación terapéutica al mostrar empatía y comprensión del problema de quien consulta, facilita la adaptación de estrategias terapéuticas a la evidencia y se asocia a mejores resultados terapéuticos (Eells, 2007).

Dependiendo de la perspectiva, esta formulación puede ser realizada principalmente por el/la terapeuta o, puede también ser co-construida junto con las/los pacientes. Y estas diferencias implicarán conceptualizar a la FC como un objeto, técnica o registro escrito que es aplicado en un momento puntual; o como un proceso de construcción de significados colaborativos. En este último sentido se integra a la práctica en donde se hace necesario evaluar, formular u organizar la información y proponer directrices de acción, intervenir, y evaluar nuevamente. Esto se produce de manera cíclica en todos los momentos del tratamiento.

La FC psicológica entendida como proceso y co-construcción permite dar sentido y hasta puede constituirse en una alternativa al diagnóstico psicopatológico y a sus muchas veces nefastas consecuencias. En este sentido Lucy Johnstone (2014, en Caro y Montesano, 2016) propone que los efectos de una y otra son sumamente diferentes ya que al crear significados promueve la agencia personal y la acción, a la vez que es sensible a cuestiones culturales y permite incluir a las relaciones, su cambio posible y al contexto en la propuesta terapéutica.

Esta segunda concepción se asemeja más a lo que ocurre en la clínica cotidiana. Como ya dijimos cada línea teórica tendrá modos diferentes de conceptualizar un caso, y a estas diferencias hay que añadir los diferentes niveles de entrenamiento en esta práctica, así como de experiencia clínica (Caro y Montesano, 2016).

Más allá de estas diferencias, Johnstone y Dallos (2006 en Caro y Montesano, 2016) señalaban que las FC de todos los modelos:

1. Resumen los problemas centrales del cliente.
2. Indican cómo se relacionan entre sí las dificultades del cliente sobre la base de principios y teorías psicológicas.
3. Sugieren, a partir de la teoría, por qué la persona desarrolló la dificultad en ese momento y en esa situación.
4. Dan lugar a un plan de intervención basado en los procesos y principios identificados anteriormente.
5. Se encuentran, en cierta medida, abiertas a la revisión y a la re-formulación (p. 11).

Desde un modelo integrativo, la pregunta será que aspectos será más importante integrar en este intento de organización para lograr una adecuada formulación de caso y planificación del tratamiento. La integración en psicoterapia como movimiento también presenta divergencias. Y existen diferentes enfoques desde los cuales se propone integrar: eclecticismo técnico, integración teórica, factores comunes, integración asimilativa, e integración metateórica en las cuales no profundizaremos en este momento (Botella, Maestra, Feixas, Corbella y Vall, 2015). Sin embargo, hay algo que es común a todos ellos; la importancia de la evidencia aportada por la investigación. Cada uno de estos modos de integrar hace foco en

aspectos heterogéneos de los resultados encontrados por el creciente cuerpo de estudios sobre la eficacia y eficiencia de la psicoterapia.

En este sentido Eells (2016) se pregunta qué es una Formulación de Caso basada en la evidencia, identificando tres componentes principales:

1- La hipótesis que se propone está basada en una teoría con apoyo en evidencia sólida.

2- En el desarrollo de la FC, donde se utiliza el juicio clínico se siguieron y priorizaron procesos de razonamiento lógico que buscaron tener bases empíricas, más que una lógica intuitiva.

3- El desarrollo ha sido sistemático, a través de un formato estructurado que facilita la presentación y evaluación de los datos más importantes.

La Asociación Americana de Psicología ha definido a la "práctica basada en la evidencia en psicología" como "la integración de la mejor investigación disponible con la pericia clínica en el contexto de las características, la cultura y las preferencias del paciente". (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, p. 273). Así entendida la Practica Basada en la Evidencia implica la integración de la *mejor investigación disponible*, lo que nos requiere de una actualización permanente, la *pericia clínica*, que nos demanda entrenamiento específico y las *características de quien nos consulta*.

Respecto del último punto sobre las características del paciente hay algunos aspectos sobre los cuales la evidencia ha mostrado su centralidad a la hora de formular un tratamiento terapéutico. Estos aspectos fueron rescatados hace un par de décadas por Beutler y Harwood (2000) quienes propusieron un

modelo de Selección Sistemática de Tratamiento, que fue perfeccionado y que sigue dando cuenta de la utilidad de su aplicación a través de los años. La propuesta es realizar un diseño particular para cada persona que consulta en función de sus características personales a partir de ciertas "*Dimensiones*" que han resultado centrales en la clínica (Beutler, Moleiro y Penela, 2004). Estas son:

- *Severidad o Deterioro Funcional*: podemos identificarlo en función de las áreas de la vida de la persona que se encuentran afectadas por el problema, la disfunción en sus roles principales y el conflicto en sus relaciones significativas. Nos remite al concepto de gravedad de un caso. Mientras más áreas estén impedidas y mayor sea la profundidad de este impedimento, la severidad será mayor. Esta dimensión nos indica la *intensidad* del tratamiento. Un alto nivel de deterioro nos informa de la necesidad de un tratamiento más intenso, lo cual puede lograrse a través del aumento de la frecuencia de psicoterapia, la indicación de medicación o, si fuera necesario una intervención más global como puede ser una internación. Además, suele informar sobre la necesidad de tratamientos de larga duración.
- *Apoyo social*: implica la presencia de una red de personas con la que el paciente pueda contar para su sostén afectivo e instrumental. Se asocia profundamente a la dimensión anterior, ya que las/los consultantes con una red escasa (cantidad) y débil (intensidad) predicen resultados negativos de un proceso terapéutico.
- *Nivel de malestar/Estrés subjetivo*: está dado por el nivel de angustia o emocionalidad negativa percibido por la persona. Terapeutas nóveles pueden confundir esta dimensión con la primera, considerando que un alto monto de angustia habla de la mayor severidad de un caso, sin embargo, estas dimensiones no siempre están vinculadas y es importante distinguirlas. Un alto nivel de malestar se

asocia a la *motivación* para resolver el problema. Por ello cuando sea bajo será necesario "aumentarlo", activar a la persona a conectarse con su malestar, para que se ponga en movimiento.

- *Cronicidad/Complejidad:* hace referencia a la recurrencia del problema en la vida de la persona. Nos permite saber si este es un problema que ha acompañado a la persona en su historia o si se refiere a un tema puntual originado por una situación a partir de la cual se ha generado un malestar. La cronicidad nos remite al concepto de rasgo. Un problema complejo o crónico requerirá de un abordaje orientado a lo narrativo. Por el contrario, un problema puntual posiblemente se vea resuelto a través de un abordaje que se oriente a la resolución sintomática o al desarrollo de habilidades para hacerle frente a esa situación concreta.
- *Resistencia o reactancia*: se entiende como la disposición a no dejarse influenciar por los demás. Cuando la reactancia es alta hablamos de personas que no aceptan fácilmente ser dirigidos por otros en su vida en general y también en la relación terapéutica. Esta dimensión nos orienta sobre la *directividad* del tratamiento. A mayor reactancia, menos directivas deberían ser nuestras intervenciones.
- *Estilo de afrontamiento*: se refiere al uso ciertas estrategias de afrontamiento de manera predominante para evitar el estrés, manejar las relaciones interpersonales y obtener sus objetivos. Esta es una de las dimensiones que las y los terapeutas nóveles encuentran más difíciles de identificar. Los autores distinguieron dos grandes estilos: externalizador e internalizador. Estos estilos se encuentran asociados al locus de control. Quienes tienen un estilo *externalizador* suelen ubicar la responsabilidad de sus problemas en el afuera, y se ven como víctimas de otros, sus comportamientos se asocian más a la falta de control

de impulsos. Por su parte quienes tienen un estilo *internalizador* se consideran responsables de sus dificultades y a veces de los problemas de quienes los rodean, tienden por lo tanto a sentir culpa e inhibición conductual y emocional. Estos estilos nos van a indicar sobre el *foco del tratamiento*. Quienes tengan un estilo externalizador se verán más beneficiados del desarrollo de habilidades interpersonales y del entrenamiento para modificar sus síntomas. Por otra parte, a quienes sean internalizadoras/os les resultarán más útiles las estrategias terapéuticas orientadas al *insight*.

Como habrán podido observar estas características no son simplemente diagnósticas, sino que derivan en una decisión clínica concreta a tomar. A partir de estas dimensiones tenemos la posibilidad de adecuar los posibles tratamientos que hayan tengan evidencia de ser efectivos a las características singulares de la (o las) personas que solicitan una consulta psicológica.

En un intento de síntesis les proponemos la integración de los elementos que hemos mencionados en la Figura 1. El *Árbol de decisión para el Diseño de Tratamiento*.

En esta imagen queremos proponer las preguntas y áreas de exploración que las y los clínicos realizamos en el marco del diseño de un tratamiento donde pretendemos integrar una exhaustiva evaluación clínica, la evidencia y las características particulares de la persona que asiste a nuestra consulta. Teniendo en consideración que muchas veces el resultado de esta consulta puede no derivar en un proceso psicoterapéutico, o al menos no exclusivamente.

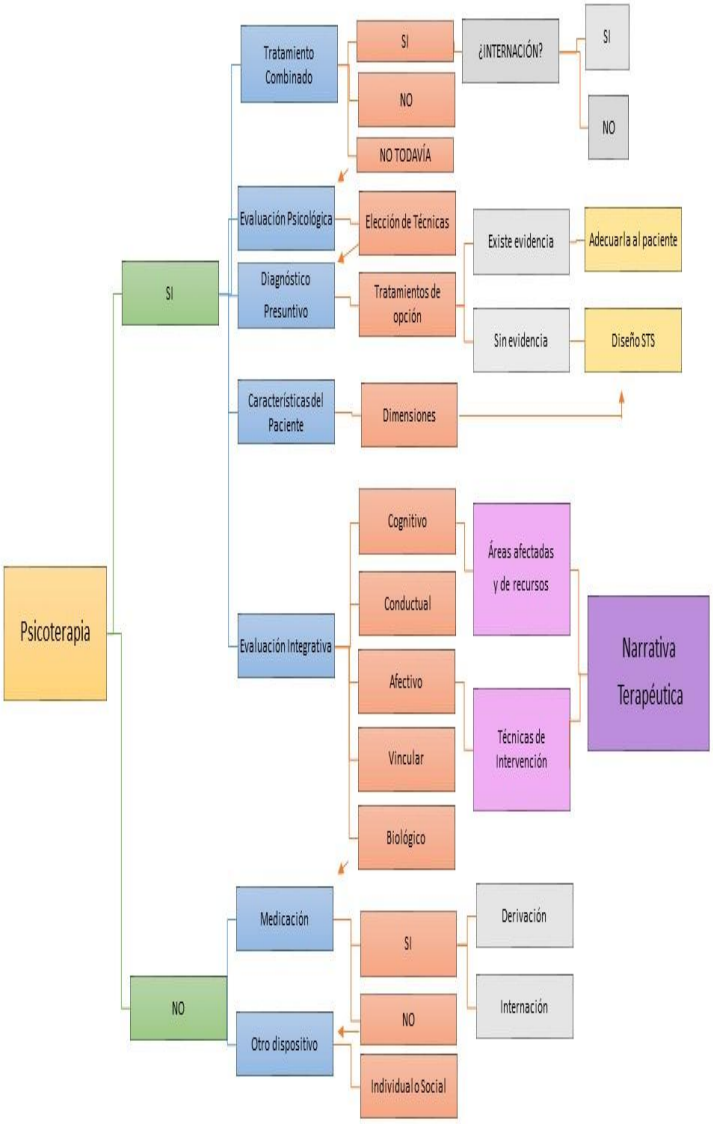


***Figura 1*:** Árbol de Decisión para el Diseño de Tratamiento

Otros elementos importantes a considerar

Existen ciertos aspectos que nos parece fundamental mencionar en el marco de los inicios de un proceso terapéutico que no forman parte de los aspectos más "técnicos" en los que nos hemos concentrado previamente. Estos elementos son: el consentimiento informado, la relación terapéutica y la devolución de la primera entrevista.

El consentimiento informado o "acuerdo terapéutico"

Dentro de la ética de las buenas prácticas en psicoterapia existen ciertos principios psicoéticos que es importante que nos guíen en el marco de nuestro trabajo terapéutico. Entre estas normas la más reconocida se asocia a la confidencialidad, cuyo principio es fundante de nuestra disciplina, ya que favorece la confianza y la intimidad necesarias para el trabajo terapéutico.

En los últimos años la reivindicación y ponderación de los derechos de las y los pacientes han puesto de relevancia a otra práctica también fundamental (no siempre tan considerada). El brindar la información necesaria antes de cualquier intervención de salud y junto a esto, la necesidad de que otorguen su consentimiento sobre estas prácticas. En Argentina la Ley 26.529 de los derechos del paciente otorga todo un apartado a la información sanitaria y otro al consentimiento informado.

Todo derecho tiene como contrapartida un deber. El nuestro como profesionales de la salud es brindar adecuada y suficiente información a nuestras/os consultantes respecto de nuestro modo de trabajar, nuestra concepción de la psicoterapia, lo que esperamos de ellas o ellos y lo que estamos dispuestos a

ofrecer. A esto le agregamos la importancia de brindar datos de otras alternativas existentes dentro de la psicología para dar respuesta a su problema, especialmente cuando la nuestra no sea la única o la más efectiva. No se encuentra reglamentada a la fecha una legislación que indique que esto debe ser obligatoriamente por escrito, por lo que se realiza usualmente de manera oral. Sin embargo, la propuesta de algún tipo de "*acuerdo terapéutico*" especificando estas variables suele ser una herramienta útil, no sólo a efectos éticos y legales, sino también para la configuración de un encuadre de trabajo compartido y la adecuación de las expectativas entre paciente y terapeuta.

La relación terapéutica

Este aspecto es uno de los factores comunes entre modelos psicoterapéuticos más estudiados debido a su fuerte impacto en los resultados terapéuticos (Botella et al., 2015). Nunca es suficiente el énfasis que podamos hacer en la importancia de establecer un vínculo humano respetuoso con quienes nos consultan desde el primer momento del tratamiento.

No es nuestro objetivo profundizar en todos los aspectos que influyen en la relación terapéutica ya que la misma deberá ser cultivada durante todo el proceso terapéutico, no sólo en los inicios. Pero sí queremos recordar aquellas características internas que fueron propuestas por Rogers (1957) como necesarias y suficientes para el establecimiento de una fuerte alianza terapéutica: genuinidad, aceptación incondicional positiva, empatía, y congruencia, entendida también como un grado de salud emocional mayor que el del cliente.

Hoy sabemos que si bien estas condiciones no son suficientes para obtener logros terapéuticos sí son necesarias para este fin. Lo difícil es pensar que el establecimiento de una fuerte alianza entre la tercera y la quinta sesión es un importante predictor de resultados terapéuticos (Gómez y Labourt, 2011). Por lo que tenemos que destinar toda nuestra energía a que nuestra/o paciente desarrolle esa confianza en nosotros y un modo de hacerlo es por medio de la expresión de esas actitudes mencionadas más arriba desde la primera sesión. Por ello nos parece imprescindible mencionar la alianza terapéutica en este capítulo sobre los inicios de proceso terapéutico, ya que por lo menos la mitad del tiempo de la primera entrevista debiera estar dedicado a transmitir empatía y a conectar desde una escucha genuina.

La devolución final

Otro de los factores comunes a las diferentes psicoterapias, mucho menos mencionado que la relación terapéutica, radica en que la persona tenga la posibilidad de obtener una explicación novedosa para el malestar que le aqueja. Esta nueva explicación puede ser diversa, pues estará asociada al marco teórico del/la terapeuta y al modo en que organice la información, pero sabemos que en esta explicación no puede faltar un ingrediente central que tiene que ver con el punto anterior. La devolución final de una primera consulta debe dejar en claro al paciente que hemos escuchado atentamente su relato y que en base a esa escucha atenta y a nuestra experticia profesional podemos darle alguna nueva información.

La primera información que compartiremos sobre nuestras reflexiones tendrá que ver con la respuesta a esta primera pregunta que nos planteamos al inicio del capítulo ¿es la psicoterapia una herramienta útil para resolver su problema? Escuchar que un/a profesional considera que está en el lugar indicado para dar respuesta a sus dificultades puede tener un efecto fuertemente aliviador.

Luego de esto, si podemos realizar alguna estimación del tiempo que puede ser necesario para este tratamiento (o al menos para lograr los primeros cambios) también puede ser una información importante de transmitir. No nos referimos a estimar un tiempo absoluto, sino al menos a grandes rasgos y considerando si el problema requiere de una terapia breve, intermedia o de tiempo prolongado. Brindar estos datos puede ser útil para el establecimiento del encuadre, del logro de objetivos terapéuticos y del inicio de una alianza basada en la honestidad de nuestras impresiones, aún si estas son diferentes de las opiniones del consultante. Por su puesto que será imprescindible manejar adecuadamente el *timming* y el tono emocional adecuado para dar esta información, ya que de lo contrario en lugar de ser un elemento a favor del tratamiento se puede transformar en una contra.

Finalmente, poder fijar objetivos en común para trabajar durante la terapia también resulta algo imprescindible en el inicio del tratamiento. Algo que muchas veces no alcanza a ocurrir en la primera sesión y nos requiere de más tiempo y podrá ser planteado para un encuentro posterior, pero nunca debe ser olvidado. Y, a su vez, en muchas ocasiones es necesario volver a replantearlos a mitad del tratamiento cuando observamos que los mismos se han cumplido, que hay fluctuaciones en la motivación ya sea de paciente o de terapeuta, o que hay circunstancias de la vida de la persona que han cambiado.

El acuerdo y la co-construcción de estos objetivos terapéuticos son la base del trabajo en conjunto y el puntapié inicial de este viaje que emprenderemos junto a la persona que acabamos de conocer. La duración de este viaje y la posibilidad de arribar a destino dependerá en gran medida de que estos objetivos sean claros, alcanzables y compartidos por ambas partes del equipo terapéutico: pacientes y terapeutas.

Referencias Bibliográficas

APA Presidential Tastk Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-Based practice in Psychology. *American Psychologist, 61*(4), 271-285.

Barlow, D. H. (2010). Negative effects from psychological treatments: A perspective. *American Psychologist, 65*(1), 13–20. https://doi.org/10.1037/a0015643

Belloch Fuster, A., Fernández-Álvarez, H. y Pascual-Vera, B. (2019). *Guía de intervención en trastornos de la personalidad.* Madrid: Síntesis.

Beutler, L. E. y Harwood, M. (2000) *Prescriptive Psichotherapy*. *A practical guide to systematic treatment selection"*. Oxford. University Press.

Beutler, L.E., Moleiro, C. & Penela, V. (2004) Hallazgos de la investigación: qué funciona en psicoterapia. En Fernández Álvarez, H. & Opazo, R. (comp.) *La integración en psicoterapia*. *Manual práctico*. Barcelona: Paidós.

Botella, L., Maestra, J., Feixas, G., Corbella, S. y Vall, B. (2015). *Integración en psicoterapia 2015: pasado, presente y futuro.* Working paper. Doi 10.13140/RG.2.1.1351.3040.

Caro, C. y Montesano, A. (2016). Una mirada a la formulación de caso en psicoterapia: Introducción conceptual y perspectiva de futuro. *Revista de Psicoterapia, 27*(104), 5-22. DOI:10.33898/rdp.v27i104.127

Casabianca, R. y Hirsch, H. (2009) *Como equivocarse menos en terapia: un registro para el modelo M.R.I.* Tercera edición. Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe.

Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford.

Eells, T. D. (2007). *Handbook of case formulation.* Nueva York: Guilford Press.

Eells, T. D. (2016) ¿Qué es una formulación de caso basada en la evidencia? *Revista de Psicoterapia, 27* (104), 47-57.

Fernández- Álvarez, H., Pérez, A. y Fraga Míguez, M. (2008) Modelo de Abordaje y diseño de tratamientos. En En H. Fernández-Álvarez (comp) *Integración y Salud Mental*. (pp. 23-64) Bilbao: Descleé De Brower.

Fernández-Álvarez, H., Hirsch, H. Lagomarsino, A. y Pagés, S. (2007) Psicoterapia y psicofármacos: juntos o separados, cuándo y cómo combinarlos. En D. Kopec y Rabinovich (comps) *Qué y Cómo. Prácticas en Psicoterapia estratégica* (pp. 69-88). Buenos Aires: Dunken.

Gómez, B. & Labourt, J. (2011) La alianza terapéutica. H. Fernández Álvarez (comp.) *Paisajes de la psicoterapia. Modelos, aplicaciones y procedimientos.* Buenos Aires: Polemos.

Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., Orlinsky, D. E. (febrero, 1986) The dose–effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist, 41*(2), 159-164.

Ley 26.529 (octubre de 2009) *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. Honorable Consejo de la Nación Argentina.

Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological Treatments That Cause Harm. *Perspectives on Psychological Science, 2*(1), 53–70. https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x

Linehan, M. (2010) *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.

McKay, J. R., Kranzler, H. R., Kampman, K. M., Ashare, R. L. & Schnoll, R. A. (2015) Psychopharmacological Treatments for Substance Use Disorders. In Nathan, P.E. & Gorman, J. M. (eds). *A guide to treatment that work.* Fourth edition. (pp. 731-762). New York: Oxford University Press.

Muralidharan, A., Miklowitz, D. J. & Craighead, W. E. (2015). Psychosocial Treatments for Bipolar Disorder. In Nathan, P.E. & Gorman, J. M. (eds). *A guide to treatment that work.* Fourth edition. (pp. 307-326). New York: Oxford University Press.

National Institute for Health and Care Excellence (N.I.C.E.) (february, 2014) *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Clinical guideline.* https://www.nice.org.uk/guidance/cg178

Rogers, C. (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 21*, 107-1

Instrumentos de evaluación psicométrica para población adulta

Leandro Martín Casari, María Paula Moretti[1], Claudia García[2], María Natalia Piorno[3]

1. Introducción a Evaluación Psicológica

Existen diversas definiciones acerca de qué es la Evaluación Psicológica (en adelante EP), a continuación, repasaremos la propuesta de dos autores argentinos: Norma Contini de la Universidad Nacional de Tucumán y Alejandro Castro-Solano del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas [CONICET].

Contini (2018) define a la EP como un "Proceso cuyos objetivos son describir, analizar, categorizar, contrastar, comprender y en lo posible explicar el comportamiento de un sujeto tanto en sus aspectos saludables como psicopatológicos"

[1]Pontificia Universidad Católica Argentina. Correo electrónico: mariapaulamoretti@uca.edu.ar
[2]Universidad de Mendoza. Correo electrónico: claudia.garcia@um.edu.ar
[3]Universidad Nacional de San Luis. Correo electrónico:nataliapiorno@gmail.com

(Contini, 2018, Qué es la Evaluación Psicológica). Luego agrega que para realizar la misma, se necesitan instrumentos y técnicas que están condicionadas por el marco teórico del evaluador.

Por otro lado, Castro-Solano (2017) plantea que la EP "es un proceso cuyo objetivo final es la toma de decisiones que permitan determinar acciones de intervención terapéutica y/o preventiva" (Castro-Solano, 2017, p. 23).

Ambos autores coinciden en la noción de que la EP es un proceso, por ello es que se requiere de un tiempo determinado para su administración y de una serie de herramientas.

Por otro lado, ¿Cuáles son las habilidades y conocimientos que se requieren entonces para la EP? Podríamos mencionar las siguientes:

- Adherencia a un Modelo Psicopatológico: este puede ser basado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association [APA], 2014), o en modelos alternativos que intentan ser dimensionales, como *The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology* (más conocido como HiTOP, por sus siglas en inglés) (Kotov et al., 2017).
- Conocimiento sobre Psicología del Desarrollo: por más que estemos trabajando con población adulta, es muy importante que contextualicemos al sujeto evaluado en su periodo vital y considerar su posible influencia en sus procesos cognitivos y afectivos. Aquí se recomiendan manuales de Psicología Evolutiva (Papalia y Martorell, 2016), y también contextualizar las estructuras de significado presentes en cada momento del desarrollo evolutivo (Fernández-Álvarez, 2008).

- Dominio de instrumentos de evaluación: esto incluye conocer los test disponibles, y hacer una reflexión crítica sobre sus propiedades psicométricas. En segundo lugar, se debe adquirir cierta destreza para su administración e interpretación.
- Manejo de Intervenciones Terapéuticas: se relaciona con saber identificar tratamientos basados en evidencia, y poseer un entrenamiento específico para su aplicación (American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Este elemento es parte del final del proceso de EP, cuando el evaluador debe emitir una recomendación acerca de recomendar un proceso terapéutico, y en caso de ser necesario, qué tipo de tratamiento basado en evidencia puede sugerir (Castro-Solano, 2017).

Es importante mencionar que la EP la podemos realizar en dos momentos o instancias (Maristany y Fernández-Álvarez, 2009):

1. Al inicio del proceso terapéutico, lo que comúnmente se llama *psicodiagnóstico*.
2. Una vez comenzada la psicoterapia, como una evaluación del *proceso terapéutico*.

Y producto de esta, es que contamos con dos tipos de diagnóstico (Maristany y Fernández-Álvarez, 2009):

- Diagnóstico Categorial: Dirigido a proveer de clasificaciones según un criterio (CIE – 11, DSM V, etc.). Generalmente se lo utiliza para un pedido médico o autorización con el seguro de salud de la persona.

- Diagnóstico Dimensional: Dirigido no sólo a una clasificación diagnóstica, sino a evaluar el funcionamiento integral de la persona. Aquí se incluyen aspectos como: personalidad (rasgos funcionales y disfuncionales), severidad de la sintomatología clínica, disponibilidad o resistencia al cambio, estrategias de afrontamiento, características de relaciones interpersonales (apoyo social), recursos y fortalezas. Se utiliza en la formulación de caso clínico.

Seguidamente, debemos considerar cuáles son los principales elementos de la EP, los cuales son (Castro-Solano, 2017):

- Juicio Clínico
- Instrumentos de Evaluación o Test Psicológicos.

Esto implica que ambos elementos deben complementarse, y que una EP no puede realizarse solo con el juicio clínico ni tampoco solo con test psicológicos (Castro-Solano, 2017).

A su vez, desde hace algunos años, existe un nuevo movimiento llamado *Evaluación Psicológica Basada en Evidencia*, cuyos postulados principales son (Barry et al., 2013 citado en Castro-Solano, 2017):

- Conocimiento actualizado sobre psicopatología, instrumentos de evaluación y modalidades de intervención específica
- Conocer acerca de las evidencias de validez de los instrumentos para determinados contextos, y con datos recientes

- Evaluación guiada por hipótesis de trabajo, que permitan conformar la batería diagnóstica

Este movimiento básicamente propone que la EP se guíe en el conocimiento científico reciente, de ahí deriva su nombre *basado en evidencia*, para articular el proceso de psicodiagnóstico. Y el último punto es central, ya que postula que, a partir de la información inicial, se elabore una batería diagnóstica basada en una hipótesis de trabajo, es decir, en una presunción acerca de qué le puede estar ocurriendo al consultante. De este modo, se contrapone a la idea de una batería diagnóstica estándar a la que cualquier paciente deba someterse, sino que, los instrumentos elegidos deben ser seleccionados con un propósito y para corroborar una hipótesis inicial del clínico (Castro-Solano, 2017).

Sin embargo, a pesar del gran aporte que hacen los test psicológicos, se sabe que su utilización por parte de los evaluadores es baja. Los psicoterapeutas realizan su propia evaluación diagnóstica basándose exclusivamente en los datos que obtienen a partir de las primeras entrevistas (Maristany y Fernández-Álvarez, 2009). En un estudio reciente, se encontró que aquellas pruebas psicológicas más utilizadas en la práctica clínica eran test proyectivos: test de la casa, árbol y persona (HTP); test del dibujo de la persona bajo la lluvia; test gestáltico visomotor de Bender (Pais et al., 2018).

Cuando nos preguntamos cómo deberían articularse la administración de test psicológicos, con el juicio clínico, Maristany y Fernández-Álvarez (2009), comentaban que, en una situación ideal, deberían ser profesionales independientes quienes participen del psicodiagnóstico. El sistema que se utiliza en la Fundación Aiglé es similar a aquel que se emplean en el modelo médico.

De este modo, el admisor es el profesional que realiza las entrevistas iniciales, y luego solicita a un equipo de evaluación, que administre técnicas para explorar ciertos aspectos del evaluado. Una vez finalizada esta etapa, se entrega un informe al admisor con el resultado de los test más recomendaciones para el diseño, y luego en base a esta información más las impresiones derivadas del juicio clínico, es que se configura el diseño del tratamiento. Este modelo, es similar al actuar de un médico clínico, cuando solicita ciertos análisis (por ejemplo, sanguíneos), antes de emitir una recomendación médica. Sin embargo, es una situación poco factible para profesionales que trabajan de modo independiente en consultorios particulares, aunque podría ser viable para psicoterapeutas que se desempeñen en un centro de atención e incorporen a su trabajo a estudiantes pasantes, por ejemplo.

2. Introducción a psicometría

La psicometría "se ocupa de los procedimientos de medición del comportamiento humano, incluyendo a los denominados test psicológicos" (Tornimbeni et al., 2008, p. 25). Por ello es por lo que la psicometría es un amplio campo que comprende (Muñiz 2001 citado en Tornimbeni et al., 2008):

- Teoría de los test.
- Teoría de la medición o fundamentación teórica de las operaciones de medida.
- Estadística aplicada a la construcción y análisis psicométrico de los instrumentos de medición.

Ahora, nos detendremos en el último punto, para sustentar porqué las pruebas psicométricas están incluidas dentro de la Evaluación Psicológica Basada en Evidencia, y es porque básicamente siguen un proceso de validación estadística.

Cuando hablamos de medir, en psicología siempre tenemos el problema de que estamos hablando de un concepto abstracto: ¿dónde está la autoestima? ¿se puede ver la ansiedad generalizada? ¿en qué lugar del cerebro se encuentra el apoyo social? Por ello es que medir implica relacionar un concepto abstracto a un indicador empírico (Hernández-Sampieri y Mendoza Torres, 2018). Lo que caracteriza básicamente a un instrumento psicométrico, es que arroja números producto de su administración, y que los mismos se relacionan generalmente a un criterio de interpretación.

Las dos propiedades que deben tener los instrumentos son Validez y Confiablidad. La primera se asocia a la relación entre teoría y práctica, ¿el instrumento mide lo que dice medir? En tanto que Confiabilidad, estaría asociada a la precesión o coherencia de los resultados que arroja un instrumento: ¿si vuelvo a aplicar el instrumento, me arroja el mismo resultado? (Hernández-Sampieri y Mendoza Torres, 2018).

2.1. Validez

Generalmente, la validez puede dividirse en tres grandes grupos:

- Validez de Contenido
- Validez de Constructo
- Validez de Criterio

De acuerdo con Cohen y Swerdik (2001, citados en Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008), "La validez de contenido consiste en qué tan adecuado es el muestreo que hace una prueba del universo de posibles conductas, de acuerdo con lo que se pretende medir" (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008, p. 28). O dicho de otra manera si el instrumento refleja el dominio

de un constructo o concepto *(*Hernández-Sampieri y Mendoza Torres, 2018). Este proceso se aplica tanto cuando se está construyendo un instrumento, o cuando se adapta un instrumento extranjero y se debe evaluar su equivalencia semántica (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008).

Por ejemplo, si uno quisiera crear una prueba psicométrica para evaluar el Trastorno Límite de la Personalidad (en adelante, TLP), debería considerar las tres dimensiones que componen el mismo: Inestabilidad de las Relaciones Interpersonales, Inestabilidad en la Imagen de Sí Mismo y de los demás, Impulsividad Marcada (APA, 2014). Entonces, se deberían proponer ítems tentativos, usualmente se los denomina *banco de ítems o pool de ítems*, para considerar que se están evaluando cada una de las tres dimensiones del TLP. ¿Pero cómo sabemos que efectivamente evalúan dichas dimensiones y no otras?

La herramienta que se emplea para corroborar esta primera etapa es el Juicio de Expertos, que consiste en "una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones" (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008, p. 29). De acuerdo con estos autores, la selección de los expertos se puede dar a través de diversos criterios, como la experiencia profesional, docente y/o de investigación, disponibilidad y motivación para participar; imparcialidad. Generalmente los jueces emiten su opinión en una grilla de calificación y de acuerdo con su modalidad de puntuación, se pueden emplear distintas herramientas, uno de los más recomendados para el análisis del acuerdo entre jueces es el cálculo de la V de Aiken (Merino Soto y Livia Segovia, 2009).

Por otro lado, la Validez de Constructo es señalada como la más importante de los tres tipos de validez, porque sirve para

demostrar hasta qué punto la información que arroja el instrumento, es coherente con la teoría. Se comprueba tomando el instrumento a una muestra de sujetos, y luego se aplican Análisis Factoriales Exploratorios (AFE) y/o Análisis Factoriales Confirmatorios.

El AFE se emplea generalmente en la construcción de un instrumento, en las etapas iniciales de su validación. El criterio suele ser de cinco sujetos por cada ítem, por ejemplo, si el test tiene 20 ítems, con un N de 100 sujetos sería suficiente para realizar AFE. Una vez aplicado el instrumento a una muestra, se evalúa con diversos softwares estadísticos como SPSS o FACTOR, de qué manera se distribuyen las puntuaciones de los sujetos en *factores*. Siguiendo con el ejemplo del TLP, el resultado del AFE debería ser la presencia de tres factores diferentes que expliquen un porcentaje adecuado de la varianza (Pérez y Medrano, 2010).

Por otro lado, el AFC emplea un sistema complementario donde en vez de observar cómo se distribuyen las puntuaciones, se impone una estructura factorial para ver si los datos se *ajustan* al modelo teórico subyacente. Por ello, es que este procedimiento debe realizarse cuando exista una teoría más sólida del modelo a evaluar. Siguiendo con el ejemplo del TLP, una vez que administremos el instrumento a una muestra de sujetos, utilizando software como MPLUS o Amos, se evalúa si los datos se ajustan adecuadamente a un modelo teórico predeterminado, en este caso, un modelo de tres factores que serían las tres dimensiones del TLP (Hernández-Sampieri y Mendoza Torres, 2018). Se suelen requerir muestras de mayor tamaño para aplicar AFF, generalmente se recomienda que sean al menos 10 sujetos por ítem: si la prueba psicométrica tiene 20 ítems, la muestra debería ser superior a 200 casos.

Por último, existe el gran grupo de Validez de Criterio, donde encontramos distintas formas de validez (Tornimbeni et al., 2008). La más frecuente es la denominada Validez Convergente, la cual se divide en Concurrente y Predictiva. Básicamente aluden al respaldo con un criterio externo, por ejemplo, si quiero crear un test para evaluar TLP, podría usar otra medida que evalúe un constructo similar, como un test de impulsividad, y si arroja correlaciones positivas con el factor Impulsividad del TLP. En este caso, hablamos de validez concurrente porque es el momento presente. La validez predictiva, alude a la capacidad de que un instrumento de medición pueda predecir el resultado de otra prueba o criterio externo: por ejemplo, es sabido que el Test Gestáltico Visomotor de Bender es un predictor del rendimiento académico en niños y niñas (Carreras, 2017).

Dentro del grupo de Validez de Criterio, también se suele evaluar la capacidad de discriminar entre grupos de sujetos, por ejemplo, población clínica y población no clínica. Para ello, se utiliza un procedimiento llamado curvas ROC, donde se analiza la sensibilidad y especificidad de una prueba. Producto del análisis, se proponen puntos de corte para uso clínico. Un ejemplo en nuestro medio es el test de Depresión de Beck, cuya estandarización local ha seguido estos lineamientos (Brenlla y Rodríguez, 2006). Generalmente, el establecimiento de puntos de corte clínico se guía por este procedimiento. Si quisieras demostrar este tipo de validez con nuestra prueba para TLP, deberíamos evaluar a sujetos que tengan dicho trastorno y sujetos que no lo tengan, pero de similares características demográficas. ¿y cómo comprobamos que realmente posean dicho diagnóstico? Usualmente, se emplea un criterio externo, como puede ser una entrevista psicodiagnóstica, lo cual también ayudaría a corroborar el poder discriminante de nuestra prueba (Hernández-Sampieri y Mendoza Torres, 2018).

En ocasiones, se suele comprobar si los puntajes de una prueba también difieren de acuerdo a las variables demográficas de la muestra, especialmente la edad y el género. Si se encuentra este fenómeno, suele ocurrir que se proponen baremos diferenciados para grupos etarios y por sexo, tal es el caso del Inventario de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo (STAI) adaptado en Argentina por Leibovich de Figueroa (1991).

2.2. Confiabilidad

Muchas veces, se observan investigaciones que emplean instrumentos extranjeros sin adaptación local, y que solo reportan el índice de confiabilidad. En realidad, la confiabilidad es un subsidiario de la validez, depende de ésta. Por lo tanto, solo informar la confiabilidad nos dirá qué tan preciso o coherente es el instrumento, pero no significa que esté brindando información sobre los demás aspectos de la validez, por ejemplo, su equivalencia semántica aspecto que sea evalúa en la Validez de Contenido.

¿Cómo demostramos que un test tiene confiabilidad? La forma clásica o de sentido común, es a través de un re-test. Es decir, tomar el instrumento y volverlo a aplicar al cabo de un tiempo para evaluar la estabilidad de los resultados (Hernández-Sampieri y Mendoza Torres, 2018). Sin embargo, existen otras maneras que se pueden realizar en una única medición, como el cálculo del Alpha de Cronbach que es uno de los más utilizados. Se trata de un índice que varía de 0 a 1, y si bien hay distintas interpretaciones, el mayor consenso apunta a considerar valores superiores a .70 como criterios de confiabilidad adecuada (George y Mallery, 2007).

Existen diversos factores que afectan la confiabilidad, Hernández Sampieri y Mendoza Torres (2018) mencionan los siguientes:

- Utilización de instrumentos sin adaptación local. De aquí la importancia de contar con baremos regionales.
- La adaptación del instrumento debe ser preferentemente en los *últimos diez años*. Esta es una recomendación de la Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico ([ADEIP], 1999)
- Considerar la franja etaria en la cual el instrumento fue adaptado: niños/as, adolescentes, adultos, adultos mayores.
- Deseabilidad social (impresión positiva). Algunos instrumentos cuentan con las denominadas escalas de validez, que pueden brindan un índice sobre la veracidad de las respuestas, por ejemplo, el Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS; Millon, 1997).
- Importancia de invertir ítems con la respuesta esperada o correcta. Es recomendable el uso de ítems invertidos, que indagan el mismo contenido, pero con un enunciado negativo, para evitar que los evaluados respondan siempre con el mismo patrón: por ejemplo, siempre marcan las opciones 4 y 5 de una escala de respuesta tipo Likert.
- Contexto de aplicación: condiciones ambientales y sociales como la iluminación y sonido. También alude a no aplicar instrumentos luego de exámenes o si el individuo está enfermo.
- Respuesta al azar del sujeto: esto suele ocurrir especialmente con la batería diagnóstica es extensa, la persona tiende a cansarse y para terminar más rápido, comienza a contestar sin pensar demasiado.

Este último punto es crucial y de relevancia actual, debido a que la confiabilidad depende de la cantidad de ítems, por ello es por lo que los instrumentos más extensos suelen tener buenos índices de confiabilidad. Sin embargo, también es cierto que provocan una dispersión de la atención por el tiempo que conlleva su completamiento. Por lo tanto, la tendencia actual es crear y adaptar instrumentos que sean breves, y que cuenten con buenos indicadores de confiabialidad. Ejemplos de este punto pueden ser el *Patient Health Questionnarie* de nueve ítems (adaptado por Urtasun et al., 2019), o el *Generalized Anxiety Disorder* de siete ítems (GAD-7; donde se utiliza la versión española de García-Campayo et al., 2010).

3. Test psicométricos de uso clínico para adultos

Luego de haber repasado los conceptos de Validez y Confiabilidad, entendemos porqué los test psicométricos están basados en evidencia, debido a los pasos que deben atravesar para su consolidación. Existe un soporte estadístico y teórico que los respalda para su utilización.

Y tanto la validez como la confiabilidad son aspectos que se estudian cuando se crea un test y también cuando se adapta un test de una cultura extranjera. *¿Esto significa que necesariamente debemos aplicar test que tengan validación local?* En realidad, depende del propósito con el cual administramos un instrumento:

- Los test validados son necesarios para la formulación de caso o psicodiagnóstico, o bien cuando se parte de una demanda externa como puede ser emitir un diagnóstico categorial para el seguro médico, realizar pericias judiciales, informes para una escuela, otorgar una licencia laboral, etc.

- Aquellos test psicométricos que no están validados sirven únicamente para el contexto clínico y privado del psicoterapeuta. Pueden usarse los ítems del cuestionario para reflexionar, usarlos como disparadores para trabajar ciertas temáticas, es decir, se emplean de un modo más bien cualitativo.

¿Por qué es necesario entonces trabajar con test adaptados? Porque la conducta humana está influida fuertemente por la cultura, ello hace que sea imposible juzgar qué se considera como una conducta de calidez en sujetos que pertenecen a dos países, por ejemplo. A nivel psicométrico, también se pueden pautar puntos de corte diferentes en cada población.

Como se explicó anteriormente, en el proceso de adaptación de un test psicométrico, se suceden distintas etapas que exploran su validez y confiabilidad. Ahora bien, esto no significa que el resultado sea un baremo o un criterio de interpretación. En los test psicométricos nos podemos encontrar con tres grandes posibilidades:

1. Test que solo cuentan con adaptación psicométrica.
2. Test que cuentan con baremos, pero no así con puntos de corte o criterios de interpretación. Recordemos que un baremo, es un puntaje de referencia para interpretar cómo se distribuyen los valores posibles en una cultura determinada. El baremo nos permite ubicar a un sujeto, en función de los puntajes esperables en su propia cultura o región geográfica. A veces, también se puede clasificar a la persona de acuerdo a su edad y género.
3. Test que ofrecen puntos de corte o criterios de interpretación.

Por lo tanto, la adaptación psicométrica está presente en todos los test que responden a este paradigma, pero los puntos 2 y

3 no necesariamente están disponibles. Por lo cual, la mayoría de los test han sido creados y/o adaptados con un fin de investigación y no con un fin clínico. ¿Qué podemos hacer en los casos donde no hay un criterio de interpretación propuesto por los autores, como ocurre en los casos 2 y 3 antes mencionados?

- Podemos tomar la Media (M) y el Desvío Estándar (DE), como criterio para establecer puntajes altos y bajos. Por ejemplo, (M= 3; DE= 1), tomamos a 2 como criterio de puntaje bajo y a 4 como criterio de puntaje alto.
- Tratar de encontrar el percentil 75 y el percentil 25 como criterios de puntajes altos y bajos. Por ejemplo, si el puntaje máximo posible es 100, tomaremos 25 como criterio de puntaje bajo y 75 como criterio de puntaje alto.
- Si informa los baremos, pero no su interpretación, podemos considerar la opción anterior como válida.
- Siempre podemos aplicar un retest y evaluar si al cabo de un tiempo se producen modificaciones en la dimensión evaluada.

¿Cuáles son los test que cuentan con adaptación local? Aun no existe un listado oficial donde consultar en Argentina (Casari y García, 2019). Sí existen dos iniciativas independientes, donde se pueden consultar test:

- Psicometriar: Es una página web que brinda información específica sobre las propiedades psicométricas de instrumentos adaptados y/o construidos en Argentina (Psicometriar, s.f.)
- Técnicas de Evaluación Psicológica (Argentina): es un grupo en la red social Facebook donde se sube información de test psicológicos.

Además de estas iniciativas, siempre se puede realizar un rastreo bibliográfico en bases de datos y consultar investigaciones realizadas con población argentina, para identificar qué instrumentos se utilizaron.

En Argentina si bien se cree que no existe una gran tradición en materia de adaptación de instrumentos psicométricos (Sánchez y Ledesma, 2009), sí podemos mencionar que hay grupos de investigación dedicados a evaluación psicológica en diferentes en centros académicos del país.

En la tabla 1 presentamos una síntesis de instrumentos psicométricos de uso clínico que cuentan con estandarizaciones locales. El criterio que se tomó para incluir los mismos, es que incluyan población mayor de 18 años, y que reporten las propiedades psicométricas. El cuadro ofrece información sobre:

- Dimensión o constructo para evaluar
- Nombre del instrumento
- Autor/es de la adaptación local o de su construcción
- Rango etario para el cual podría ser aplicado

Sobre el último punto, se consideró que en caso de no informar el rango etario dentro de la muestra del estudio o en el baremo, se tomó como criterio el cálculo de un desvío estándar para establecer el mínimo y máximo posible.

De acuerdo con las temáticas a evaluar, los test presentados podemos clasificarlos en:

- Evaluación de aspectos disfuncionales o psicopatológicos. Incluye aspectos como: ansiedad, ansiedad social, depresión, deterioro cognitivo, estrés, intolerancia a la incertidumbre, malestar psicológico, procrastinación, trastornos de la personalidad, psicopatología en general, ideación suicida, soledad, trauma psíquico.

- Evaluación de aspectos funcionales o positivos de la personalidad. Incluye dimensiones como: apoyo social, alianza terapéutica, autoconcepto, autoeficacia, autoestima, bienestar psicológico, calidad de vida percibida, compasión, empatía, espiritualidad, inteligencia emocional, satisfacción con la vida, sentido de vida.
- Evaluación de aspectos globales. Aquí se menciona la evaluación de: afectividad, afrontamiento, estadios de cambio, estilos de apego, funciones cognitivas, funcionalidad familiar y competencias parentales, regulación emocional.

Es importante aclarar que, en el caso de una evaluación neuropsicológica, consideramos que se deben conocer instrumentos de screening general como los mencionados en la tabla 1, pero en caso de que se necesite una evaluación profunda, es conveniente derivar a un especialista en neuropsicología.

Consideraciones finales

En síntesis, la Evaluación Psicológica es un proceso de toma de decisiones tal como se dijo al inicio de este capítulo. Por lo tanto, una de las decisiones que le atañen al psicólogo clínico es determinar cómo conformará la batería diagnóstica en función de la hipótesis inicial.

Nuestra sugerencia es que la batería que diseñemos sea específica, en lo posible no muy extensa, y que no redunde en pruebas que exploran la misma dimensión, por ejemplo, dos test para evaluar ansiedad. El evaluado también debe sentirse cómodo durante el proceso, si administramos demasiados test puede ocurrir que la persona no se sienta escuchada. Por eso se sostiene que los

test son un complemento del juicio clínico, no la herramienta principal, ni tampoco la única. Ya que, en consonancia con la premisa de una Psicología Basada en Evidencia, el juicio clínico sigue ocupando un rol en el diseño del tratamiento (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

Finalmente, a la hora de seleccionar los instrumentos, hay que considerar que no siempre es necesario aplicarlos, aunque suene contradictorio que los temas desarrollados en este capítulo. A veces, el paciente está atravesando un cuadro sintomatológico evidente, por ejemplo, una depresión profunda, y la necesidad de efectuar un diagnóstico es secundaria. En casos de este tipo, debe primar la intervención rápida, para prevenir complicaciones mayores (Guyatt et al., 2008). Recordemos que los instrumentos están al servicio del clínico, y no al revés. Ello nos habilita a que siempre procuremos el bienestar de nuestros consultantes, y como clínicos, tomar las mejores decisiones posibles con los elementos que disponemos.

Tabla 1. *Listado de test psicométricos de uso clínico para población argentina*

Dimensión a evaluar	Nombre del instrumento	Autores de la validación local	Rango etario para ser administrado
Afectividad	Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS)	Moriondo et al. (2012)	25 a 65 años

	Escala de Balance Afectivo (EBA)	Simkin et al. (2016)	19 a 65 años
Afrontamiento	Coping Responses Inventory - Youth Form (CRI-Y, Inventario de Respuestas de Afrontamiento – versión para Jóvenes)	Ongarato et al. (2009) / Rial et al., (2011)	14 a 29 años
	Coping Response Inventory for Adults (CRI-A, Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adulto)	Mikulic y Crespi (2008)	20 a 50 años
	Escala Breve de Afrontamiento de Carver	Brenlla e Infante Geronimi (2008 citado en Brenlla, et al, 2010)	No se informa
	Escala de Locus de Control de Rotter	Brenlla et al. (2010)	18 a 66 años
Alianza de trabajo en psicoterapia	Working Alliance Inventory (WAI-SR-A, Inventario de Alianza de Trabajo)	Gómez Penedo et al. (2015)	18 a 65 años
	Helping Alliance Questionnarie (HAQ-II-P, Cuestionario de	Conn et al. (2013)	19 a 59 años

	Alianza de Ayuda Revisado, Versión Paciente)		
Ansiedad	State Trait and Anxiety (STAI, Inventario de Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado)	Leibovich de Figueroa (1991)	19 a 59 años
	Beck Anxiety Inventory (BAI, Inventario de Ansiedad de Beck)	Vizioli y Pagano (2020)	18 a 76 años
	Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7, Trastorno de Ansiedad Generalizada – 7)	García-Campayo et al. (2010) (Adaptación española, aprobada para su uso en Argentina)	19 a 85 años
	Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, Versión Breve (ISRA-B)	Medrano et al. (2017)	17 a 68 años
Ansiedad Social	Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI-B, Inventario	Morán et al. (2019)	18 a 30 años

	de Fobia y Ansiedad Social- Forma Breve)		
	Test de Ansiedad Social para estudiantes universitarios (TAS-U)	Morán et al. (2018)	18 a 30 años
Apoyo Social	Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido	Rodríguez Espínola y Enrique (2007)	No se informa
Autoconcepto	Escala Autoconcepto-Forma 5 (AF5)	Posada et al. (2009)	12 a 65 años
Autoeficacia	Escala de Autoeficacia General (EAG)	Brenlla et al. (2010)	18 a 66 años
Autoestima	Escala de autoestima de Rosenberg	Góngora y Casullo (2009)	18 a 44 años
Bienestar psicológico	Escala de Bienestar Psicológico para Adultos	Casullo (2002)	19 a 61 años
	Warwick-Edinburgh Mental We llbeing Scale (WEMWBS, Escala de Bienestar Mental)	Serrani Azcurra (2015)	71 a 96 años
	Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF)	Lupano Perugini, et al. (2017)	De 26 a 54 años
Calidad de	Inventario de Calidad	Mikulic	18 a 80

vida	de Vida Percibida	(2006)	años
Calidad de vida en Ancianos	Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CBCV)	Urrutia, Grasso y Gusmán (2009)	63 a 87 años
Cogniciones específicas de los trastornos alimentarios en mujeres jóvenes	Cuestionario de Cogniciones Anoréxicas de Mizes MAC-R	Góngora (2010)	13 a 40 años
Compasión	Escala de Compasión hacia Otros	Klos y Lemos (2018)	13 a 23 años
Creencias obsesivas	Cuestionario de Creencias Obsesivas	Rodríguez Biglieri y Vetere (2008)	21 a 55 años
Depresión	Patient Health Questionnarie (PHQ-9)	Urtasun et al. (2019)	33 a 62 años
	Beck Hopeless Scala (BHS, Escala de Desesperanza de Beck)	Mikulic et al. (2009)	18 a 50 años
	Beck Depression Inventory II (BDI-II, Inventario de la Depresión de Beck II).	Brenlla y Rodríguez (2006)	18 a 65 años
Deseabilidad social	Marlowe-Crowne Social Desirability	Consentin o y Castro	18 a 38 años

	Scale (MCSDS, Escala de Deseabilidad Social)	Solano (2008)	
Desgaste Emocional	Escala de Desgaste Emocional para estudiantes universitarios	Fontana (2011)	18 a 25 años
Empatía	Interpersonal Reactivity Index (IRI, Índice de Reactividad Interpersonal)	*Müller et al. (2015)*	19 a 55 años
Estadios de Cambio	University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA, Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island)	Wyss y García (2014)	18 a 60 años
Estado de Salud	36-item Short Form Survey (SF-36)	Augustovski, et al. (2008)	26 a 57
Estilos de Apego	Escala sobre estilos de apego en vínculos románticos y no romántico	Casullo y Fernández Liporace (2005)	30 a 60 años
	Cartes: Modèles Individuels de Relation (CaMir, Cuestionario de	Labín et al. (2021)	14 a 80 años

	evaluación del apego)		
Estilos de Pensamiento	Inventario de Estilos de Pensamiento de Sternberg (TSI)	Gutierrez y Krumm (2012)	18 a 40 años
Estrés	Escala de Indicadores Físicos y Psicoemocionales de Estrés	Oros de Sapia y Neifert (2006)	20 años
	Cuestionario de Estrés Percibido	Moretti y Medrano (2014)	16 a 25 años
Evaluación Cognitiva General (screening)	"Mini - Mental State Examination" (MMSE)	Butman et al. (2001)	30 a 94 años
	Cuestionario de detección de deterioro cognitivo AD8-arg	Blanco et al. (2016)	62 a 84 años
Funciones Ejecutivas	INECO Frontal Screening (IFS)	Torralva et al. (2009)	20 a 88 años (Sierra Sanjurjo et al., 2019)
Funcionalidad Familiar	Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar (FACES III)	Schmidt et al. (2010)	35 a 47 años
Inteligencia Emocional	Test de Inteligencia Emocional (MSCEIT)	Mikulic et al. (2013)	21 a 39
	Inventario de Cociente Emocional (EQ-I)	Regner (2008)	De 25 a 50 años
Intolerancia a la	Escala Intolerancia a la Incertidumbre (EII)	Rodríguez de	18 a 65 años

Incertidumbre		Behrends y Brenlla (2015)	
Malestar Psicológico	Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10)	Brenlla y Araguren (2010)	18 a 70 años
Orientación al Problema	Cuestionario de Orientación Negativa al Problema (CONP)	Rodríguez de Behrends y Brenlla (2015)	18 a 65 años
Parentalidad	Escala de competencia parental percibida (ECPP-p) (para madres/ madres)	Azar et al. (2018)	19 a 57 años (padres) 9 a 11 años (niños/as)
	Escala de Parentalidad Positiva (E2P)	Vargas Rubilar et al. (2020)	32 a 45 años (padres) 9 a 12 años (niños/as)
	Escala de Estilos Parentales e Inconsistencia Parental Percibida (EPIPP)	De la Iglesia, et al. (2011)	De 19 a 35 años
	Escala de Parentalidad Percibida (EPP)	De la Iglesia (2020)	14 a 56 años
Perfeccionismo	Almost Perfect Scale-	Arana et	No se

	Revised (APS-R)	al. (2006).	informa
Personalidad normal y patológica	Inventario Multifásico de la Personlidad (MMPI-II)	Casullo (1999)	18 a 65 años
	Inventario de organización de la Personalidad (IPO)	Quiroga et al. (2003)	17 a 24 años
	Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)	Stover et al. (2015)	20 a 57 años
	Big Five Inventory (Inventario de Personalidad Big Five)	Castro-Solano (2005)	20-63 años (baremo 2015, por De la Iglesia y Stover, 2016)
	Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III)	Richaud de Minzi et al. (2006)	18 a 65 años
	Personality Inventory Disorder for DSM 5, Brief Form (PID, Inventario de Trastornos de Personalidad para el DSM 5, forma abreviada)	Góngora y Castro-Solano (2017)	25 a 54 años
	Inventario Millon de	Sánchez-	18 a 60

	Estilos de personalidad-MIPS	López y Casullo (1998)	años (baremo de Castañeiras y Posada, 2005)
	Escala de Personalidad Paradójica	Freiberg-Hoffman et al. (2014)	18 a 46 años
	Listado de Adjetivos para Evaluar la Personalidad (AEP)	Sanchez y Ledesma (2013)	18 a 89 años
Preocupación patológica	Cuestionario de Estado de Preocupación de Penn (PSQW) Penn State Worry Questionnaire	Rodríguez-Biglieri y Vetere (2011)	21 a 60 años
Procrastinación	Escala de Procrastinación de Tuckman	Furlan et al. (2012)	17 a 63 años
Psicopatología	Derogatis Sympton Checklist, Revised [SCL-90 R, Inventario de Síntomas de Derogatisl]	Casullo y Peréz (1998)	20 a 63 años (baremo 2015, por De la Iglesia y Stover, 2016)
	Listado de Síntomas	De la	18 a 89

	Breve (LSB-50)	Iglesia et al. (2015)	años
Regulación Emocional	Cognitive Emotional Regulation Questionnarie [CERQ, Cuestionario de Regulación Cognitiva Emocional]	Medrano et al. (2013)	14 a 34 años
	Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)	Medrano y Trógolo (2014)	18 a 53 años
Resiliencia	Escala de Resiliencia (ER)	Rodríguez et al. (2009)	18 a 70 años
Satisfacción Académica	Escala de Satisfacción Académica con el Ambiente Pedagógico	Medrano y Pérez (2010)	17 a 59 años
Satisfacción con la Vida	The Satisfaction with life scale [SWLS, Escala de satisfacción con la vida]	Mikulic et al. (2019)	20 a 55 años
Sentido de Vida	Purpose in Life Test [PIL, Test de Sentido de Vida]	Gottfried (2016)	15 a 79 años
	Cuestionario de Significado de la Vida (MLQ)	Góngora y Castro Solano (2011)	13 a 47
Sexismo	Inventario de Sexismo ambivalente	Vaamonde y Omar	16 a 40

		(2012)	
Soledad	UCLA's Revised Scale of Loneliness (Escala revisada de soledad de UCLA)	Sacchi y Richaud de Minzi (1997)	30 años
Ideación Suicida	Escala Argentina de Suicidalidad para Adolescentes. Versión EASA-I, escala de screening. Versión EASA-II, escala de diagnóstico complementaria	Galarza et al. (2014)	15 a 21 años
	Inventario de Orientaciones Suicidas (ISO-30)	Casullo y Fernández -Liporace (2007)	14 a 21 (ISO-19, Galarza et al., 2019);
Trauma psíquico	Escala de Trauma de Davidson (DTS)	Villafañe et al. (2003)	No se informa
	Escala de Evaluación del Trauma Psicológico	Cazabat et al. (2015)	No se informa

Referencias Bibliograficas

American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM 5*. Arlington: Médica Panamericana.

American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61*(4),271-285. doi: 10.1037/0003-066X.61.4.271. PMID: 16719673.

Arana, F. G., Keegan, E. G. y Rutsztein, G. (2009). Adaptación de una medida multidimensional de perfeccionismo: la Almost Perfect Scale-Revised (APS-R). Un estudio preliminar sobre sus propiedades psicométricas en una muestra de estudiantes universitarios argentinos. *Evaluar, 9*, 35-53.

Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico (1999). *Código de Ética del Psicodiagnosticador*. http://adeip.org.ar/contenido/codigo-de-etica-del-psicodiagnosticador/

Augustovski, F. A., Lewin, G., García-Elorrio, E. y Rubinstein, A. (2008). The Argentine–Spanish SF-36 Health Survey was successfully validated for local outcome research. *Journal of clinical epidemiology*, *61*(12),1279-1284. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2008.05.004

Azar, E. E., Vargas Rubilar, J. A. y Arán Filippetti, V. (2018). Adaptación de la escala de competencia parental percibida a una población de padres argentinos. *Anuario de Investigaciones, 25*, 393 -401. https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/95293

Blanco, R., Román, F., Iturry, M., Leis, A., Russo, M. J., Bartoloni, L., Barceló, E. y Allegri, R. F. (2016). Cuestionario de detección de deterioro cognitivo AD8-arg para su uso Atención Primaria de la salud en Argentina. *Neurología Argentina, 8*(4), 231-236. https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2016.10.001.

Brenlla, M. E. y Aragueren, M. (2010). Adaptación argentina de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10). *Revista de Psicología, 28*(2),308-340. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4637549

Brenlla, M. E. y Rodriguez, C. (2006). *BDI-II Inventario de Depresión de Beck* (2da ed.). Paidós.

Brenlla, M. E., Araguren, M., Rossaro, M. F., y Vázquez, N. (2010). Adaptación para Buenos Aires de la Escala de Autoeficacia general.*Interdisciplinaria*,*27*(1),77-94. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3646751

Brenlla, M.E., Vázquez, N. y Aranguren, M. (2010). *Adaptación Argentina de la Escala de Locus de Control de Rotter*. Manuscrito no publicado

Butman, J., Arizaga, R. L., Harris, P., Drake, M., Baumann, D., De Pascale, A., Allegri, R. F., Mangone, C. A. y Ollari, J. A. (2001). El Mini - Mental State Examination en español. Normas para Buenos Aires. *Revista Neurológica Argentina, 26* (1), 11-15.

Carreras, M.A. (2017). El Test Guestáltico Visomotor de Bender para niños. En A. Castro Solano y M. Fernández Liporace (Eds.), *La evaluación psicológica en niños. Técnicas de screening y diagnóstico* (pp. 181-225). Paidós

Casari, L. M., & García, C. (2019). La evaluación psicológica en la clínica de niños y adolescentes. En G. Genise, N. Genise, y L. Crocamo (Comps.), *Manual de Psicoterapia y Psicopatología de niños y adolescentes* (pp.63 -78). Akadia.

Castañeiras, C., y Posada, M. C. (2005). Estilos de personalidad y su relación con medidas de ansiedad y depresión: datos normativos para el Inventario MIPS en adultos marplatenses. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica, 20*(2),79-103. https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645451005.pdf

Castro-Solano, A. (2005). *Técnicas de Evaluación psicológica en los ámbitos militares*. Paidós.

Castro-Solano, A. (2017). La evaluación psicológica infantil. Aspectos conceptuales. En A. Castro Solano y M. Fernández Liporace (Eds.), *La evaluación psicológica en niños. Técnicas de screening y diagnóstico* (pp. 23-40). Paidós.

Casullo, M. M. y Pérez, M. (1998). *El Listado de Síntomas SCL-90-R de Derogatis*. Buenos Aires: Departamento de Publicaciones. Facultad de Psicología. UBA

Casullo, M. M. (1999). *Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos clínico, forense y laboral*. Paidós.

Casullo, M. M. (2002). *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. Paidós

Casullo, M. M., y Fernández Liporace, M. (2005). Evaluación de los estilos de apego en adultos. *Anuario de investigaciones*, *12*, 183-192.

Casullo, M. M. y Fernández-Liporace, M. (2007). Investigación sobre riesgo suicida en adolescentes. Prácticas psicológicas en la escuela. *Investigaciones en Psicología, 2* (2), 33-41

Cazabat, E. H., Kriwer, M. R. C., Regner, E., Viale, R. y Jauchen, A. (2015). *Informe del Proyecto la Promoción de la Investigación (Convocatoria 2013). Desarrollo de una escala para la evaluación del Trauma Psicológico*. Manuscrito no publicado.

Conn, H., Medrano, L. A. y Moretti, L. (2013). Adaptación del cuestionario de alianza de ayuda revisado versión paciente (HAQ-II-P) para la población de cordobeses. *Terapia Psicológica, 31*(2), 165-174. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78526609007

Contini, N. E. (2018). Evaluación y Diagnóstico Psicológico. Controversias teóricas, metodológicas y diversidad cultural. En M. Maristany, C. Bregman y A. Pérez (Coord.), *Enciclopedia Argentina de Salud Mental*. http://enciclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?idt=20&idtt=55.-

Cosentino, A. C. y Castro Solano, A. (2008). Adaptación y validación Argentina de la Marlowe-Crowne social desirability scale. *Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines, 25* (2), 197-216. https://psycnet.apa.org/record/2009-01779-003

De la Iglesia, G. (2020). Escala de Parentalidad Percibida (EPP): medir psicométricamente en las configuraciones familiares actuales. Psicodebate, 20(2), 40-58.

De la Iglesia, G. y Stover, J. (2016). *Técnicas para la Evaluación de Psicopatología, Personalidad Normal y Psicopatológica. Baremos 2016*. Ficha de cátedra.

De la Iglesia, G., Ongarato, P. y Fernández Liporace, M. (2011). Propiedades Psicome_tricas de una Escala de Estilos Parentales e Inconsistencia Parental Percibida (EPIPP). *Evaluar, 10*, 32-52

De la Iglesia, G., Stover, J. B., Castro Solano, A. y Fernández Liporace, M. (2015). Validez de constructo del LSB-50 en adultos argentinos: validación cruzada e invarianza factorial. *Acción Psicológica*, *12* (2), 43-58. https://doi.org/10.5944/ap.12.2.15327

Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición, 6*(1), 27-36.

Fernández Álvarez, H. (2008). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.

Fontana, S. A. (2011). Estudio preliminar de las propiedades psicométricas de la escala de Desgaste Emocional para estudiantes universitarios. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, 3* (2), 44-48.

Freiberg Hoffmann, A., de la Iglesia, G., Stover, J. B., y Fernández Liporace, M. (2014). Paradoxical Personality Scale: Its Development and Construct Validity Analysis. *International Journal of Psychological Research, 7* (1), 49-72.

Furlan, L. A., Heredia, D. E., Piemontesi, S. E. y Tuckman, B. W. (2012). Análisis factorial confirmatorio de la adaptación argentina de la escala de procrastinación de Tuckman (ATPS). *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines, 9* (3),142-149. http://200.0.183.216/revista/index.php/pep/article/view/111

Galarza, A. L., Castañeiras, C. E. y Fernández Liporace, M. (2014). Construcción y estudio de calidad psicométrica de la escala argentina de suicidalidad para adolescentes (EASA). *Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación, 11*, 1009-1016.

Galarza, A., Fernández-Liporace, M., Castañeiras, C., y Freiberg-Hoffmann, A. (2019). Análisis psicométrico del Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30 en adolescentes escolarizados (14-18 años) y jóvenes universitarios marplatenses. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica, 51*(2). doi: 10.21865/ridep51.2.10

García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., ... y Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, *8*(1), 1-11. https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8

George, D. y Mallery, P. (2007). *SPSS for Windows: Step by step 14.0 update* (7 Ed.). Allyn & Bacon.

Gómez Penedo, J. M., Waizmann, V. y Roussos, A. J. (2015). Propiedades psicométricas de la adaptación argentina del Inventario de Alianza de Trabajo Breve-versión paciente (WAI-SR-A): un análisis factorial confirmatorio. *Investigaciones en Psicología, 20* (1), 49-62. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/51752/CONICET_Digital_Nro.c079a545-78ce-4af5-980e876ba04c618b_A.pdf?sequence=2

Góngora, V. y Castro Solano, A. (2011). Validación del Cuestionario de Significado de la Vida MLQ en población adulta y adolescente argentina. *Revista Interamericana De Psicología, 45*(3), 395-404.

Góngora, V. A. (2010). Evaluación de la estructura factorial de la prueba MAC-R (Cuestionario de Cogniciones Anoréxicas de Mizes) en población femenina adulta y adolescente de la Ciudad de Buenos Aires. *RIDEP, 30* (2), 71-86.

Góngora, V. C., y Castro Solano, A. (2017). Pathological personality traits (DSM-5), risk factors, and mental health. *Sage Open*, *7*(3), 2158244017725129. https://doi.org/10.1177/2158244017725129

Góngora, V.C., y Casullo, M. M. (2009). Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y en población clínica de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica, 27*(1),179-194. https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645443010.pdf

Gottfried, A. E. (2016). Adaptación Argentina del PIL Test (Test Sentido en la Vida) de Crumbaugh y Maholick. *Revista de Psicología UCA,23*(12),49-65. https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/6140

Gutierrez, M. y Krumm, G. (2012). Adaptación y validación del Inventario de Estilos de Pensamiento de Sternberg (TSI) en la provincia de Entre Ríos-Argentina. *Interdisciplinaria, 29*(1), 43-62.

Guyatt, G., Rennie, D., Meade, M. O., y Cook, D. J. (2008). *User´s Guide to the Medical Literatura. Essentials of Evidence-Based Clinical Practice* (2nd Ed.). Mc Graw Hill

Hernández Sampieri, R. y Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la Investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill Education.

Klos, M. C. & Lemos, V. N. (2018) Adaptación y validación de un instrumento para evaluar el constructo compasión. *Evaluar, 18* (2), 31-44. https://doi.org/10.35670/1667-4545.v18.n2.20801

Kotov, R., Waszczuk, M. A., Krueger, R. F., Forbes, M. K., Watson, D., Clark, L. A., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Ivanova, M. Y., Michael Bagby, R., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Moffitt, T. E., Eaton, N. R., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., ... Zimmerman, M. (2017). The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. Journal of abnormal psychology, 126(4),454-477. https://doi.org/10.1037/abn0000258

Labín, A., Taborda, A., Cryan, G., Moretti, M. P., Videla Pietrasanta, A., Martínez, M. L., Morán, V., Piorno, M. N. y Pierrehumbert, B. (2021). Adaptación y validación preliminar argentina del cuestionario de evaluación del apego (CaMir). Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y adolescente, 38, 103-118.

Leibovich de Figueroa, N. B. (1991). Ansiedad: algunas concepciones teóricas y su evaluación. En M. M. Casullo, N. B. Leibovich de Figueroa y M. Aszkenazi (Eds.), *Teoría y técnicas de evaluación psicológica* (pp. 123-155). Psicoteca

Lupano Perugini, M. L., de la Iglesia, G., Castro Solano, A., y Keyes, C. L. M. (2017). The Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF) in the Argentinean context: Confirmatory factor analysis and measurement invariance. *Europe's Journal of Psychology, 13*, 93-108. https://doi.org/10.5964/ejop.v13i1.1163

Maristany, M. y Fernández-Álvarez, H. (2009). Evaluación Psicológica. En H. Fernández-Álvarez (Ed.), *Integración y Salud Mental, El proyecto Ailgé 1977-2008* (pp. 65 – 107). Declée de Brouwer.

Medrano, A. y Pérez, E. (2010). Adaptación de la escala de satisfacción académica a población universitaria de Córdoba. *Summa Psicológica,7*(2),5-14. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3423953

Medrano, L. A. y Trógolo, M. (2014). Validación de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional en la población universitaria de Córdoba, Argentina. *Universitas Psychologica, 13* (4), 1345-1356. http://dx.doi.org/10.11144/ Javeriana.UPSY13-4.vedr

Medrano, L. A., Moretti, L. S., Muñoz-Navarro, R., y Cano-Vindel, A. (2017). Validación Argentina de la Versión Breve del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 9*. Doi:10.5872/psiencia/9.4.41

Medrano, L. A., Moretti, L., Ortiz, Á., y Pereno, G. (2013). Validación del cuestionario de regulación emocional cognitiva en universitarios de Córdoba, Argentina. *Psykhe (Santiago), 22*(1), 83-96. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282013000100007

Merino Soto, C. y Livia Segovia, J. (2009). Intervalos de confianza asimétricos para el índice la validez de contenido: Un programa Visual Basic para la V de Aiken. *Anales de Psicología, 25* (1), 169-171.

Mikulic, I. M. (2006). *Calidad de vida: Aportes del inventario de calidad de vida percibida y del Inventario de Respuestas de Afrontamiento a la Evaluación Psicológica*. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Mikulic, I. M., y Crespi, M. C. (2008). Adaptación y validación del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos. *Anuario de investigaciones*, *15*, 305 –312. https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139944030.pdf

Mikulic, I. M., Cassullo, G. L., Crespi, M. C., y Marconi, A. (2009). Escala de Desesperanza BHS (A. Beck, 1974): estudio de las propiedades psicométricas y baremización de la Adaptación Argentina. *Anuario de investigaciones*, *16*, 365-373.

Mikulic, I. M., Crespi, M. y Caballero, R. Y. (2019). Escala de satisfacción con la vida (SWLS): Estudio de las propiedades psicométricas en adultos de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, 26, 395-402.

Mikulic. I. M., Caballero, R. y Muiños, R. (2013). *Aportes a la evaluación de la intelifencia emocional: adaptación y validación argentina del test de inteligencia emocional (MSCEIT)*. Presentado en XIV Reunión Nacional y III Encuentro Internacional de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento. Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento, Córdoba.

Millon, T. (1997). *Inventario Millon de Estilos de Personalidad [MIPS]*. Paidós.

Morán, V. E., Azpilicueta, A. E., Cupani, M., y García-Lopez, L. J. (2019). Validación del Inventario de Fobia y Ansiedad Social–Forma Breve para universitarios argentinos. *Avaliaçao Psicologica: Interamerican Journal of Psychological Assessment, 18*(2),147-155. http://dx.doi.org/10.15689/ap.2019.1802.16760.05

Morán, V. E., Olaz, F. O., Pérez, E. R., y Del Prette, Z. A. (2018). Desarrollo y validación del Test de Ansiedad Social para estudiantes universitarios (TAS-U). *Liberabit, 24*(2), 195-212. doi: 10.24265/liberabit.2018.v24n2 .03

Moretti, L. S., y Medrano, L. A. (2014). Estructura Factorial del Cuestionario de Estrés Percibido en la población Universitaria. *RevistaEvaluar, 14*(1). https://doi.org/10.35670/1667-4545.v14.n1.11518

Moriondo, M., Palma, P., Medrano, L., y Murillo, P. (2012). Adaptación de la Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS) a la población de Adultos de la ciudad de Córdoba: Análisis Psicométricos Preliminares. *Universitas Psychologica, 11*(1), 187-196. https://doi.org/10.11144/Jave riana.upsy11-1.aeap

Müller, M., Ungaretti, J. y Etchezahar, E. (2015). Evaluación multidimensional de la empatía: Adaptación del Interpersonal Reactivity Index (IRI) al contexto argentino. *Revista de Investigación en Psicología Social, 3* (1), 42-53. http://sportsem.uv.es/j_sports_and_em/index.php/rips/article/view/118

Ongarato, P., de la Iglesia, G., Stover, J. B., y Fernández Liporace, M. (2009). Adaptación de un inventario de estrategias de afrontamiento para adolescentes y adultos: an adaptation to adolescent and adult population. *Anuario de investigaciones*, *16*, 383-391.

Oros de Sapia, L. B., y Neifert, I. (2006). Construcción y Validación de una Escala para evaluar Indicadores Físicos y Psicoemocionales de Estrés. *Revista Evaluar*, *6*(1), 01–14. https://doi.org/10.35670/1667-4545.v6.n1.531

Pais, E., Lacunza, B., Castañeiras, C., Baez-Dematteis, B., Della Mora, M., González, C., Llul, D., Casari, L., y Galarza, A. (2018). *Datos preliminares sobre el primer relevamiento de técnicas psicológicas utilizadas en Argentina.* 1º Jornadas CLACIP Evaluación Psicológica. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Papalia, D. E. y Martorell, G. (2016). *Desarrollo Humano* (13° Ed.). McGraw Hill.

Pérez, E. R., y Medrano, L. A. (2010). Análisis factorial exploratorio: bases conceptuales y metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*, *2*(1), 58-66.

Posada, M. C., Castañeiras, C. y Martínez Fertorazzi, V.(2009). *Dimensiones del autoconcepto en población en general: Estudio comparativo por grupo de edad, sexo y nivel de educación*. Interpsíquis. 10° Congreso Virtual de Psiquiatría.

Psicometriar (s.f.). *Preguntas frecuentes*. https://psicometriar.com.ar/FAQ.html

Quiroga, S. E., Castro Solano, A. y Fontao, M. I. (2003). La evaluación de la estructura de la personalidad: Adaptación argntina del inventario de organización de la personalidad (IPO). *Subjetividad y Procesos Cognitivos,3*, 188-219. https://kops.uni-konstanz.de/handle/123456789/39102

Regner, E. (2008). Validez convergente y discriminante del inventario de cociente emocional (EQ-i). Interdisciplinaria, 25(1), 29-51.

Rial Boubeta, A., Iglesia, G. D. L., Ongarato, P., y Fernández Liporace, M. (2011). Dimensionalidad del Inventario de Afrontamiento para adolescentes y universitarios. *Psicothema*, *23*(3), 464 – 474

Richaud de Minzi, M. C., Oros, L. y Lemos, V. (2006). Una adaptación preliminar a la Argentina del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *15*(1), 55-62. https://www.researchgate.net/publication/264541358_Una_adaptacion_preliminar_a_la_Argentina_del_Inventario_Clinico_Multiaxial_de_Millon_III

Rodríguez Biglieri, R. y Vetere, G. (2011). Psychometric Characteristics of the Penn State Worry Questionnaire in an Argentinean Sample: A Cross-Cultural Contribution. *The Spanish Journal of Psychology, 14*(1), 446-457.

Rodríguez Bliglieri, R. y Vetere, G. (2008). Adaptación argentina del Cuestionario de Creencias Obsesivas. *Interdisciplinaria, 25*(1), 53-76

Rodríguez de Behrends, M. y Brenlla, M. E. (2015). Adaptación para Buenos Aires de la escala de intolerencia a la incertidumbre. *Interdisciplinaria, 32* (2), 261-274.

Rodríguez de Behrends, M., y Brenlla, M. E. (2015). Adaptación para Buenos Aires del Cuestionario de Orientación Negativa a los Problemas (CONP). PSIENCIA. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 7,* 362-370. doi: 10.5872/psiencia/7.2.23

Rodríguez Espínola, S. y Enrique, H. C. (2007). Validación argentina del cuestionario MOS de apoyo social percibido. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, (7), 155-168. https://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2010.pdf

Rodríguez, M., Pereyra, M. G., Gil, Esteban, Jofré, M., De Bortoli, M. y Labiano, L. M. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Evaluar, 9* (1), 72-82. https://doi.org/10.35670/1667-4545.v9.n1.465

Sacchi, C. y Richaud de Minzi, M. C. (1997). La Escala Revisada de Soledad de UCLA: Una adaptación argentina. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 6* (1), 43-53. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-406045

Sánchez, R. O. y Ledesma, R. D. (2013). Listado de Adjetivos para Evaluar Personalidad: propiedades y normas para una población argentina. *Revista Argentina de Clinica Psicologica, 22* (2),147-161.

Sánchez, R. O. y Ledesma, R. D. (2009). Análisis Psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en Población Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *XVIII* (3),265-274https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921775007

Sánchez-López M. y Casullo M. (1998) El Inventario Millón de Estilos de Personalidad: su fiabilidad y validez en España y Argentina. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 4* (2), 87-110.

Schmidt, V., Barreyro, J. P. y Maglio, A. L. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología*, *3* (2), 30-36. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271019811003

Serrani Azcurra, D. (2015). Traducción, adaptación al español y validación de la escala de bienestar mental de Warwick-Edinburgh en una muestra de adultos mayores argentinos. *Acta Colombiana de Psicología*, *18*(1), 79-93. Doi: 10.14718/ACP.2015.18.1.8

Sierra Sanjurjo, N., Saraniti, A. B., Gleichgerrcht, E., Roca, M., Manes, F., y Torralva, T. (2019). The IFS (INECO Frontal Screening) and level of education: Normative data. *Applied Neuropsychology: Adult, 26*(4),331-339. https://doi.org/10.1080/23279095.2018.1427096

Simkin, H., Olivera, M. y Azzollini, S. (2016). Validación argentina de la Escala de Balance Afectivo. *Revista de Psicología*, *25* (2), 1-17. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-05812016000200004&lng=es&nrm=iso

Stover, J. B., Castro Solano, A. y Fernandez Liporace, M. M. (2015). Personality Assessment Inventory: Psychometric Analyses of the Argentinean, *Psychological Reports, 17*(3), 799-823.

Tornimbeni, S., Pérez, E., y Oláz, F. (2008). *Introducción a los Tests Psicológicos.* Brujas.

Torralva, T., Roca, M., Gleichgerrcht, E., Lopez, P. y Manes, F. (2009). INECO Frontal Screening (IFS): A brief, sensitive, and specific tool to assess executive functions in dementia–CORRECTED VERSION. *Journal of the International Neuropsychological Society, 15*(5),777-786. https://doi.org/10.1017/S1355617709990415

Urrutia, A. I., Grasso, L. T. P. y Guzmán, E. R. (2009). Construcción y validación de un instrumento multivariable para la evaluación de Calidad de Vida en ancianos. *Evaluar, 9*, 54-71.

Urtasun, M., Daray, F. M., Teti, G. L., Coppolillo, F., Herlax, G., Saba, G., ... y Irazola, V. (2019). Validation and calibration of the patient health questionnaire (PHQ-9) in Argentina. *BMC psychiatry, 19*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2262-9

Vaamonde, J. D. y Omar, A. (2012). Validación argentina del inventario de sexismo ambivalente. *Alternativas en Psicología*, *16*(26),47-58. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2012000100005&lng=pt&tlng=es

Vargas-Rubilar, J., Lemos, V. N. y Richaud de Minzi, M. C. (2020). Adaptación y validación argentina de una versión breve de la Escala de Parentalidad Positiva (E2p) (E2p). *Liberabit*, *26*(2), e413. https://dx.doi.org/10.24265/liberabit.2020.v26n2.08

Villafañe, A., Milanesio, M. S., Marcellino, C. M., y Amodei, C. (2003). La evaluación del trastorno por estrés postraumático: aproximación a las propiedades psicométricas de la Escala de Trauma de Davidson. *Revista Evaluar*, *3*(1), 80-93.

Vizioli, N. y Pagano, A. (2020). Adaptación del Inventario de Ansiedad de Beck en población de Buenos Aires. *Interacciones*, *6*(3), e171. https://doi.org/10.24016/2020.v6n3.171

Wyss, G. & García, F. (2014, junio). *Estudiando los Estadios del Cambio: Adaptación de la escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment Scale) para consultantes adultos de la Provincia de Buenos Aires*. Presentado en el 11° Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia de la Society for Psychotherapy Research, Reñaca, Chile.

Evaluación Psicológica infanto-juvenil: Proceso e instrumentos

Claudia Silvina García[1], Rocío Videla de Brito[2], Leandro Martín Casari

El propósito de este capítulo es intentar guiar al lector en el proceso de evaluación infanto-juvenil.

Cuando un niño, niña o adolescente llega a psicoterapia se encuentra inmerso en un contexto familiar, social y cultural que debe considerarse en el momento de la evaluación. Debe pensarse como un enfoque particular de evaluación ya que nos encontramos frente a sujetos evolutivamente diferentes de los adultos. Esto que parece una respuesta obvia sin embargo no es tal para muchos psicoterapeutas que desatienden factores que necesitamos considerar en este contexto de intervención clínica.

Veamos algunos de los factores. En primer lugar, se considerará que la evaluación infanto-juvenil tiene como objeto de estudio un sujeto en desarrollo y en continuo proceso de cambio (Gómez-Maqueo, Ancona y Heredia, 2014). Esto hace que las impresiones posiblemente cambien durante el proceso. En segundo lugar, un niño ha desarrollado menor autonomía, por lo que los contextos en los que se desenvuelve son fundamentales

[1]Universidad de Mendoza. Correo electrónico: claudia.garcia@um.edu.ar
[2] Universidad de Mendoza. Correo electrónico: rocio.videla@um.edu.ar

por la influencia que ejercen en cada uno de ellos; este es el caso de la familia y escuela. Por lo que será fundamental que la evaluación se realice teniendo en cuenta estas circunstancias. Debe conocerse el ambiente del niño, considerar sus hábitos, rutinas y costumbres; todas aquellas particularidades que darán un marco a los datos que se obtengan.

En tercer lugar, se atenderán a procesos más particulares de la edad: por ejemplo, un niño o niña tiene periodos de atención más cortos, por lo cual el momento de evaluación deberá adaptarse a sus recursos. Si ocurren momentos de distracción, es oportuno respetarlos y luego continuar. Además esta evaluación puede y debe ser completada con diversas fuentes de información (mamá, papá o tutor, escuela, club o ámbito deportivo). Esta variable requiere al terapeuta desenvolverse de una manera dinámica, tanto en relación a los materiales como a los modos y tiempos durante la entrevista.

Así también, es fundamental hacer foco en la relación terapéutica. Cualquier tipo de evaluación se desvirtúa si no hay una base de confianza, empatía y autenticidad en la relación. Es fundamental que el niño, niña o adolescente se sienta comprendido, respetado y contenido dentro del espacio de evaluación. Herrero Hoyo (2018) menciona a la alianza terapéutica como el elemento que hace la diferencia en la eficacia de una terapia. Por lo tanto, el ambiente terapéutico debe establecer una relación donde se sientan libres de expresar sus sentimientos e ideas. Es indispensable que este ambiente sea de respeto; lo que a veces se traduce en el timing que tiene cada "pacientito/a" para expresar sus ideas o percepciones.

Fernández Ballesteros (1992, citado en Mikulic, s/f) define la evaluación psicológica como:

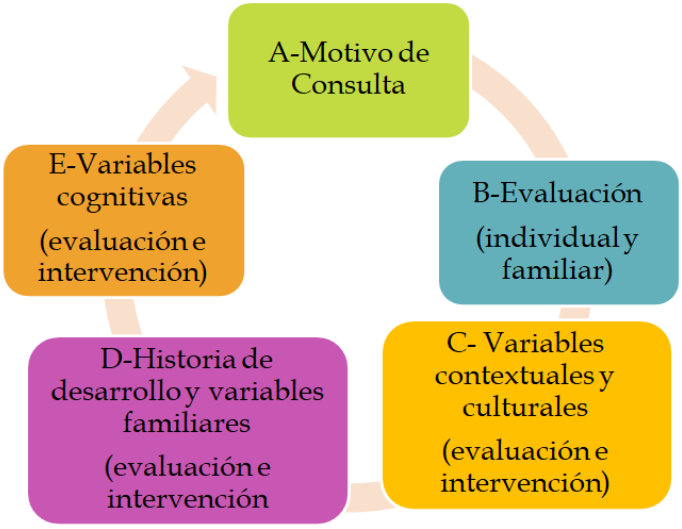
> Aquella disciplina…que se ocupa de la exploración y el análisis del comportamiento (a los niveles de complejidad que se estime oportunos) de un sujeto humano… con objetivos… de descripción, diagnóstico, selección, predicción, explicación, cambio y/o valoración) a través de un proceso de toma de decisiones en el que se encadenan la aplicación de una serie de dispositivos, tests y técnicas de medida y/o evaluación (p.11)

Como se advierte en esta definición, la complejidad en un proceso de evaluación puede variar e implica varios niveles de análisis que coexisten. La selección de los instrumentos, el análisis de la conducta explicitada, la narrativa en la que se enmarca la evaluación, los contextos de interpretación de la información obtenida que dirigirán la predicción y la explicación. A éstos se le suman otros retos que la niñez como etapa evolutiva supone tales como una mayor distractibilidad y menor capacidad de introspección y comprensión. (Lemos, 2013)

Entonces el proceso de evaluación podría decirse que contiene dos niveles. El primer nivel es el de la **evaluación clínica**; que implica considerar las dimensiones que integran un adecuado diagnóstico clínico. Esta evaluación clínica enmarca el uso de pruebas psicológicas. Comprender el valor de este tipo de evaluación es primordial, ya que marca el rumbo y la dirección del próximo nivel. La evaluación clínica delimita las variables a considerar, permite definir el problema y construir las metas terapéuticas. El segundo nivel es el de la **evaluación instrumental** que involucra el uso de instrumentos de evaluación, implica la administración, codificación e interpretación de pruebas psicológicas (cuestionarios o inventarios estandarizados, entrevistas, observación), complementarias para ajustar el juicio clínico (Gómez Ramirez, 2017). Ambos niveles comprometen al profesional a la conceptualización del caso como una totalidad que integre todas las visiones y contextos donde se desenvuelve el niño/a o adolescente; sin la intención de rotular sino más bien la de enfatizar en la intención de comprender y explicar la situación actual de quien es evaluado.

La entrevista como instrumento de evaluación

La entrevista es una herramienta imprescindible, a veces la única, para la obtención de datos en este ámbito del quehacer profesional. Pensemos en la entrevista como un modo específico de conversar con un objetivo que es explícito, entre dos o más personas. El modo en que se lleve a cabo va a depender de los participantes, del estilo del profesional, de los objetivos que se hayan establecido, del marco de referencia del terapeuta, y del ámbito de trabajo en el que se desempeñe (pudiendo ser este educacional, clínico, forense).



Si bien es un instrumento versátil, que requerirá diversas habilidades terapéuticas dependiendo de las características del caso, permite ser adoptado de acuerdo a sus diferentes formatos: esto es la utilización de entrevistas libres, semiestructuradas o estructuradas. Algunas características de las mismas son:

- Las entrevistas libres poseen una consigna amplia, como, por ejemplo, “háblame de usted” o “cuénteme en qué puedo ayudarlos”. Son formatos flexibles, con criterios amplios en cuanto a la información que se presentará. En algunos casos, permiten establecer un vínculo o rapport de mejor calidad entre el entrevistado y el entrevistador, mientras que en otros, los consultantes piden expresamente preguntas que orienten, ya que no saben ´por dónde comenzar´. Sin embargo, debido a su amplitud es difícil comparar información por la variabilidad de información recabada.
- Las entrevistas estructuradas se presentan de manera tipificada, con formatos de respuestas cerrados y preestablecidos. Algunos profesionales no las utilizan por su extensión y les aducen falta de flexibilidad y rigidez en su formato. Se presentan como interrogantes y, eventualmente, puede intensificar resistencias en el evaluado. Estas se dirigen a padres, madres, tutores y/o informantes claves del evaluado o evaluada. Esta estructuración ofrece criterios predeterminados sobre cómo evaluar e interpretar las respuestas de los aspectos a ser evaluados, minimizando el sesgo del entrevistador. Uno de estos instrumentos es la Entrevista para la Evaluación Diagnóstica Infantil -EEDI- (Uriel et al., 2017). La misma ha demostrado ser muy útil en el ámbito clínico; se administra a padres y madres de niños de 4 a 12 años, y recaba información respecto a la presencia de indicadores de sintomatología clínica asociada a trastornos psicopatológicos según el DSM-5. Indaga logros evolutivos, conductas adaptativas y saludables, y factores de riesgo y protección.

- Las entrevistas semiestructuradas son más flexibles que las estructuradas en cuanto a su formato. Indagan temas centrales, pero también incluyen otros tópicos de interés a explorar; se pueden realizar preguntas adicionales según el tema que se esté considerando.

El psicólogo clínico infanto-juvenil y algunas habilidades básicas requeridas

Ya sea que se hable de evaluación psicológica específicamente o de intervenciones terapéuticas, el profesional que guía debería poseer o desarrollar algunas características o habilidades que harán del proceso de evaluación un espacio confiable y seguro, al mismo tiempo de aumentar la efectividad (Casari y García, 2019). En primer lugar, resulta fundamental conocer aspectos básicos del desarrollo infantil: esto permitirá diferenciar entre conductas adaptativas o desadaptativas para cada edad y ubicar sobre qué aspectos psicopatológicos será necesario intervenir. Así mismo, el conocimiento de la cultura infantil o adolescente aportará al establecimiento de la alianza terapéutica que permita la adecuada evaluación psicológica. También, es pertinente prestar especial atención al estado psicológico de los adultos que informan, ya que permite contextualizar los datos recabados en el proceso de evaluación infanto-juvenil. Este es un punto controversial porque no puede desestimarse en un proceso de evaluación ecológico, es decir que considere los contextos y referentes del niño o niña. Considerar este aspecto abre al profesional otra ventana de intervención posible que es la de orientación parental, o en muchos casos la derivación de los mismos progenitores a tratamiento psicológico.

Otra característica que es apropiada para el profesional que interviene es el conocimiento y cumplimiento de aspectos

sociales, legales y éticos relacionados con la infancia y con el abordaje en esta etapa del ciclo vital. Eso permitirá, por ejemplo, considerar el ambiente social del menor y el entorno de convivencia, como así también el tipo de información a proveer a quienes participan de la evaluación en el momento de la devolución, y/o considerar si el niño o niña acuerda con el proceso. En relación a este último punto, el profesional debería preocuparse por lograr acuerdos o generar la colaboración necesaria para un buen trabajo con el niño, niña o adolescente, acordar modos de trabajo y estilos de conversación. En este sentido, la motivación es un aspecto esencial a considerar, ya que será dificultoso avanzar si no se ha estimado como una meta inicial y se ha trabajado en ello. En este punto, es relevante considerar sugerencias extraídas del modelo de la entrevista motivacional. La misma es un instrumento de evaluación e intervención, muy eficaz, que promueve el desencadenamiento del cambio: el eje se centra en transformar los aspectos de motivación para el cambio. Su meta es explorar y resolver la ambivalencia la cual es considerada un obstáculo para cambiar. Es un modelo de intervención que surge al trabajar con consultantes con serios problemas con el alcohol, pero que ha sido actualizada y adaptada a varios problemas clínicos (Rollnick y Miller, 1996). En el caso de la psicoterapia con niños y adolescentes se tomarán los principios básicos que ésta promueve tales como desarrollar la empatía, elemento determinante en la psicoterapia infanto-juvenil. Trabajar las resistencias es otro tipo de aporte, es decir que se sugieren redefiniciones y distintos puntos de vista hasta encontrar soluciones o puntos de vista compartidos. Estimular la autoeficacia es otra de los aportes, en este aspecto es trascendente proveer estrategias de cambio fáciles y reforzar positivamente los logros. (Vargas Álavarez, 2015; García.y Juárez, 2014)

Pueden nombrarse algunas otras habilidades para considerar, tales como flexibilidad, calidez en el trato, capacidad de Empatía (que se refiere a un adecuado CÓMO impartir terapia o trabajar en la evaluación previa), capacidad de Retroalimentación (esto es un adecuado QUÉ respecto a la información), y sentido del humor y Timing (refiriéndose a un adecuado CUÁNDO informar, evaluar e intervenir).

Como se mencionó anteriormente, la evaluación psicológica deberá estar conformada por *diversos informantes y contextos* (Castro Solano. y Fernández Liporace, 2017) (es decir aquellas personas que se encuentran en los contextos en los que se desarrolla el niño, niña o adolescente). También, la información debe reunirse a través de *diversas técnicas y modos*: se deben considerar los datos de las entrevistas, la información recolectada a través de escalas conductuales, inventarios o cuestionarios, la conducta gráfica evidenciada en dibujos, y la conducta verbal y no-verbal. Esto conformará un marco que permita la interpretación de los datos recolectados de un modo pertinente y cauto.

¿Qué evaluar?

Los consultantes llegan al ámbito clínico derivados por alguna institución (como la escuela, el club o el juzgado) o por motivación propia, intentando solucionar o resolver algún síntoma específico o alguna dificultad en el sistema familiar actual. Cualquiera sea el motivo, es fundamental acordar metas de tratamiento explícitas. Sin embargo, de manera simultánea, se deberán evaluar pautas de organización familiar, aspectos evolutivos o patrones individuales, que irán guiando las posteriores intervenciones.

Cada segmento de edad posee patrones de desarrollo evolutivo para considerar en la evaluación. A continuación se exponen algunos de ellos:

- *La clínica con niños de 0 a 3 años*: la atención debe estar puesta en la organización de hábitos y rutinas en el recién nacido y cómo estos hábitos se mantienen durante el crecimiento, en los indicadores de desarrollo normal (para esto es clave el conocimiento sobre psicología evolutiva), y en los patrones de apego (ya que las vivencias están ligadas a los vínculos). Para esto existen escalas que lo evalúan en el niño o niña y su madre, como la Escala de Massie-Campbel, y también instrumentos de evaluación en adultos. Esta evaluación permite visibilizar, guiar e intervenir en los esquemas del adulto, que muestran sus valores, expectativas y motivaciones. Al trabajar con niños tan pequeños es inevitable e imprescindible el acompañamiento del adulto y la guía en la función parental.
- *La clínica con niños de 3 a 6 años:* en esta etapa se evalúa y analiza aspectos ligados a la socialización, constitución y sostenimiento de reglas, responsabilidad vs actitud dependiente y demandante. En este aspecto, pueden utilizarse instrumentos de evaluación estandarizados para acompañar la evaluación clínica. Estos permiten valorar aspectos como la ansiedad, las competencias sociales, la madurez visomotora y los comportamientos adaptativos o desadaptativos. Un eje elemental para evaluar es el Dominio (entendiéndose como la capacidad de perseverar en sus aprendizajes y logros), y aspectos del lenguaje, para realizar las derivaciones pertinentes.

- *La clínica con niños de 6 a 12 años:* en este segmento evolutivo pueden encontrarse numerosos motivos para iniciar psicoterapia. La mayoría de las derivaciones a esta edad ocurren por derivaciones de la institución escolar o deportiva. Es una etapa donde puede pactarse un motivo de consulta con el niño o niña. Los motivos se relacionan con miedos, ansiedad, inseguridad, dificultades en las relaciones sociales, comportamiento y dificultades en el rendimiento académico. Es una etapa en la que ocurren grandes cambios a nivel cognitivo y emocional; y surgen preocupaciones relacionadas con la valoración del sí mismo y de los otros (autoestima), los significados de reconocimiento y la construcción de un guión personal relacionado a la identidad. Se concluye el aprendizaje del lenguaje escrito. Por lo que es común la aplicación de pruebas psicométricas y proyectivas, y la colaboración del niño o niña en esta tarea. Gómez Ramirez (2017) sostiene que es factible utilizar y relacionar ambos tipos de pruebas para explicar un fenómeno, siempre que el evaluador pueda complementar la conceptualización de este fenómeno.
- *La clínica con púberes y adolescentes de 12 a 18 años*: en esta etapa se da una trascendente construcción de significados, que pueden orientarse a diversas temáticas, pero que se centran en la revisión de aspectos de la autonomía personal, responsabilidad, la continuación del desarrollo y revisión del guión personal. Ocurren cambios en el pensamiento y la identidad personal; como así también en las exigencias y expectativas de sí mismo. Aparecen nuevas formas de relación (políticas, religiosas, amorosas). El proceso central que ocurre aquí es la *individuación.* En esta etapa suelen ser útiles los instrumentos de evaluación referidos a la personalidad,

> que les ofrecen un panorama amplio, como una "foto" del estado actual. Es importante trabajar en la devolución de esta información que guiará en la delimitación de objetivos de tratamiento. También surge el interés por revisar aspectos ligados a la orientación vocacional. Van produciéndose momentos de cambio sumamente significativos que permiten nuevos patrones de explicación y entendimiento. (Fernández et al., 2015).

Algunas guías para elegir instrumentos de evaluación

En este punto, es pertinente considerar instrumentos que sean adecuados en cuanto a su validez, confiabilidad y adaptación a nuestro país. En este sentido, se sugiere la revisión del capítulo titulado "La evaluación psicológica en la clínica de niños y adolescentes" (Casari y García, 2019), en el que se refieren principales instrumentos de uso clínico para niños y adolescentes que poseen estudios psicométricos realizados en Argentina.

Si bien son múltiples y diversos los instrumentos de evaluación que se pueden utilizar, resulta de suma importancia tener en cuenta algunas consideraciones. Por un lado, es importante delinear criterios a la hora de seleccionar un instrumento: la edad del niño, niña o adolescente, el nivel de madurez, la información o el aspecto que se busca valorar, el motivo de consulta, y el estilo y características del niño. Por otro lado, el conocimiento y estudio de la herramienta de evaluación a utilizar permitirá obtener información certera y un mayor aprovechamiento del mismo. En este sentido, existen instrumentos que requerirán una formación específica, como los test ADOS y ADIR.

La entrevista y la observación directa resultan las principales fuentes de evaluación con las que cuenta el terapeuta infanto-juvenil. La información obtenida a través de los diversos instrumentos complementa aquella recabada y debe ser corroborada.

Consideraciones finales

Debemos puntualizar en este momento de síntesis algunos aspectos importantes. La evaluación psicológica en niños y adolescentes es un proceso, que se construye y se posibilita a través de un vínculo de confianza, que permitirá la alianza terapéutica, elemento crucial en la psicoterapia infanto-juvenil. Debe generarse un clima que propicie una adecuada evaluación, junto con la utilización de instrumentos correctamente adaptados y validados.

El juicio clínico es una excelente guía en el momento de considerar si la evaluación al menor es prioridad. Hay situaciones donde se debe trabajar en la orientación a padres, reunir información multicontextual y multi informante, y posteriormente administrar una técnica de evaluación específica; si ésta fuera necesaria y aportará precisión en la conceptualización del caso.

Aunque parezca contradictorio en este contexto, las hipótesis clínicas deben guiar siempre las intervenciones. Sin embargo, la urgencia requiere intervenir, antes de cualquier evaluación psicométrica. Luego, serán herramientas clínicas que confirmarán cualquier intuición o percepción clínica.

Sobre la devolución, resulta oportuno realizarla a los progenitores y al niño/a, adecuando el lenguaje y la información.

Referencias Bibliográficas

Bornstein, R.F. f November, 2016) Evidence-Based Psychological Assessment. Journal of Personality Assessment. DOI: 10.1080/00223891.2016.1236343

Casari, L y García, C (2019) La evaluación psicológica en la clínica de niños y adolescentes. En G. Genise, N. Genise y L. Crocamo (Comps), *Manual, de Psicoterapia y Psicopatología de niños y adolescentes* (pp.53-78). Librería AKADIA Editorial

Castro Solano, A. y Fernández Liporace, M.(Comp) (2017) *La evaluación psicológica en niños. Técnicas de screening y diagnóstico*. Paidós

Fernández, O., Pérez, C., Gloger, S., & Krause, M. (2015). Importancia de los cambios iniciales en la psicoterapia con adolescentes. Terapia psicológica, 33(3), 247-255. https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v33n3/art08.pdf

García, I. & Juárez, M. (2014). Promoción de una mayor adherencia terapéutica en niños con VIH\SIDA mediante entrevista motivacional. *Universitas Psychologica*, 13(2), 651-660. doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-2.pmat

Genise. G, Genise, N. y Crocamo, L. (2019) *Manual, de Psicoterapia y Psicopatología de niños y adolescentes*. Librería AKADIA Editorial.

Gómez-Maqueo, L., Ancona,E. y Heredia, M.C.(2014). *Psicopatología: riesgo y tratamiento de los problemas infantiles.* Editorial El Manual Moderno. http://ebookcentral.proquest.com/lib/unadsp/detail.action?docID=3219521

Gómez Ramírez, R. P. (2017). La evaluación psicológica infantil: metodología y aplicación de las técnicas proyectivas y psicométricas. *Poiésis*, (33), 104-118. DOI: 10.21501/16920945.2500

Herrero Royo, L (2018) Alianza *Terapéutica en Psicoterapia Infantil, Propuesta de una escala de evaluación*. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Pontificia Comilla de Madrid. https://repositorio.comillas.edu/jspui/bitstream/11531/22409/1/TFG-%20Herrero%20Royo%2C%20Laura.pdf

Lemos, V (2013) La operacionalización de constructos psicológicos en la infancia: dificultades y propuestas de superación. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*. *43*(2) 189-199. Recuperado de https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/9933

Mikulic, I. (s/f) La Evaluación Psicológica y el Análisis Ecoevaluativo. UBA.

Rollnick y Miller (1996) ¿Qué es la entrevista motivacional? *Revista de Toxicomanías 6*, 1-7 https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET06_1.pdf

Uriel, F., Scheinsohn, M. J., Becerra, L. & D'Anna, A. (2017). La Entrevista para la evaluación Diagnóstica Infantil (EEDI). En A. Castro Solano & M. Fernández Liporace (Eds.) *La evaluación psicológica en niños. Técnicas de screening y diagnóstico* (pp. 95-122). Paidós

Vargas Alvarez, M. (2015, julio). *Experiencia profesional en el Programa de Educación y Atención Nutricional Universitario (PREANU), con énfasis en la población preescolar, escolar y adolescente, durante el I semestre del 2015.* https://www.sanutrición.org.ar//informacion-446-Entrevista+Motivacional.html

Parte 2: Diferentes enfoques que nutren a la Psicoterapia Integrativa

Psicoterapia Cognitiva Constructivista

Facundo Stefanini[1] y Mariela C. Lucero[2]

En este capítulo se utilizará el lenguaje inclusivo, utilizando la x para no denotar género.

En la actualidad la Psicoterapia cumple un papel protagónico en diferentes lugares del mundo y en particular en la Argentina. Cada vez son más las personas que recurren a tomar este recurso no solo para superar problemas o trastornos psicológicos, sino como herramienta para el crecimiento y desarrollo personal.

A través de los años, distintas teorías fueron dando cuenta del funcionamiento mental, cada una de ellas con bases epistemológicas diferentes que nos permiten posicionarnos desde ellas para darle una coherencia y sentido a la teoría y a la práctica clínica. Detrás de todo proceso terapéutico podemos decir que existe un marco teórico de referencia y una postura epistemológica que dan forma y cuerpo a la evaluación, diagnóstico y tratamiento.

[1] Universidad Nacional de San Luis. Correo electrónico: facundo.psicologia@gmail.com
[2] Universidad Nacional de San Luis. Correo electrónico: mariecrisluc96@gmail.com

La psicología cognitiva ha tenido a lo largo de los años un gran desarrollo y ha pasado por diferentes etapas conocidas como "revoluciones", otros autores hablan de generaciones: primera, segunda y tercera generación en el desarrollo de la TCC, (O'Donohue, 1998, 2009). La primera revolución cognitiva estuvo dominada por el paradigma del "procesamiento de la información". La premisa más importante de este campo consistió en la adopción de la computadora como metáfora dominante de la mente y de la computabilidad como criterio imprescindible de un buen modelo teórico (Bruner, 1990). El modelo es de naturaleza asociacionista y mecanicista, con base epistemológica empírico racionalista donde se equipara el conocimiento humano al "pensamiento racional" o también conocido como "pensamiento lógico". Desde esta postura se considera que la realidad existe independiente al observador y que podemos tener acceso a un conocimiento objetivo de la misma; en otras palabras, la realidad es para todxs igual, la persona enferma o se "perturba" por la interpretación "errónea" que hace de la misma. La interpretación de la realidad impacta en las emociones y conductas, el pensamiento influye en la emoción, sentimos en función de cómo pensamos (Balbi, 2004).

En la aplicación clínica se privilegia la reestructuración cognitiva (pensamiento lógico) y fundamenta el cambio terapéutico en la detección y eliminación de pensamientos irracionales o distorsiones cognitivas (errores en el procesamiento de la información). Como referentes actuales de este modelo podemos encontrar la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis (1913 – 2007) y la Terapia Cognitiva de Aaron Beck (1921 --).

Durante la década de 1970 – 80 se comenzó a gestar a la par otro cambio de paradigma donde se puso en el foco de atención la "construcción" del significado y la narrativa. Preguntas tales como: ¿Cómo conocemos? ¿Qué conocemos? ¿Qué es la realidad? ¿Se puede acceder a la realidad de forma objetiva? etc. fueron disparadoras para la configuración de un nuevo marco epistemológico. Tiene entre sus antecedentes a Piaget, Vygotsky que pusieron en cuestión el asociacionismo y el reduccionismo conductista. Aparecieron las teorías motrices de la mente (Weimer, 1977) considerando la mente como un sistema activo, constructor de significados y ordenador de la experiencia, organicista y sistémico, con una epistemología de la "complejidad" y sobre todas las cosas "evolucionista" (Maturana y Varela 1990; Morin, 1994; Prigogine, 1988).

Se parte de una premisa donde se pone en cuestionamiento el modelo empírico racionalista que plantea una objetividad a la hora de conocer. Esta corriente tiene en cuenta la intersubjetividad del conocimiento humano e incorpora la función del pensamiento narrativo en la organización de la experiencia humana. Pone acento en la afectividad y las emociones como parte del proceso de cambio y no solamente la mirada en el "procesamiento cognitivo". Por otro lado, considera a las personas significativas (aquellas con las que nos vinculamos en nuestra infancia y adolescencia) como protagónicas en la construcción del significado. Como referentes a este modelo podemos encontrar la Psicoterapia Constructiva propuesta por Michael Mahoney (1942-2006) y la Terapia Cognitiva Posracionalista del Vittorio Guidano (1944 – 1999) donde nos detendremos y realizaremos una síntesis de su modelo.

En nuestro contexto actual es frecuente escuchar que estamos en pleno proceso de deconstrucción, para comprender de que estamos hablando tenemos que saber que es construir, o que

se entiende por "constructivismo", si bien el foco de atención de este capítulo no tiene que ver con el cambio social, cultural, etc. sí podemos ver que en los procesos humanos pasa algo parecido.

El constructivismo plantea que construimos la realidad en base a experiencias, existir se transforma en una forma de conocer, así cada persona va desarrollando un sistema de significados únicos que le sirve de mapa para moverse en el territorio de la vida. En psicoterapia se entiende que el paciente ha empleado sus recursos para hacer frente a una situación crítica o de sufrimiento, pero para conseguirlo es necesario revisar su sistema de significados y narrativas a través de las cuales interpreta las situaciones de su vida. El trabajo terapéutico permite crear nuevas alternativas y narrativas que sean coherentes con su identidad, lo que se logra es ampliar la perspectiva de lo que le pasa y no solo quedarse con una explicación o una narrativa.

Mahoney (2003) plantea que los cinco temas básicos del constructivismo son:

1. *Actividad*: Las personas son participantes activxs de la vida, no solo receptores pasivos de la realidad. Somos agentes que actúan en y sobre el mundo y esa actividad está en el interjuego con otrxs.
2. *Procesos de ordenamiento*: La mayor parte de la actividad humana se ordena, estos procesos son principalmente emocionales, tácitos, categoriales y representan el aspecto central de la **creación de significados.** El constructivismo entiende que las emociones son centrales en la experiencia humana y en la autoorganización. Lo que sentimos no es bueno ni malo, es en sí mismo; y no querer sentir, forzar sentir lo que no se siente o luchar contra lo que se "siente" es una de las peores amenazas para la salud y el bienestar.

3. *Identidad:* La organización de la actividad personal es fundamentalmente autorreferente. La autoorganización biológica emerge de las experiencias corporales. Desde temprano luchamos para distinguirnos de nuestrxs cuidadorxs, para convertirnos en personas con una identidad coherente y diferenciada, la misma entendida como la capacidad de mantener una mismidad y continuidad a lo largo de la vida. Se podría decir que la identidad es un proceso, una coherencia fluida de la perspectiva según la cual experimentamos. El sentido de unx mismx emerge y cambia principalmente en las relaciones con lxs otrxs.
4. *Relación sociosimbólica:* Las personas existen dentro de redes vivas de relaciones, muchas están atravesadas por el lenguaje y por sistemas simbólicos que dependen del contexto social, económico, político, familiar, cultural, etc. en el que se encuentra inmerso. Gran parte del orden que buscamos y del significado que creamos emerge de lo que sentimos con otras personas.

   La organización activa de un sí mismo no tiene lugar solamente en un "cuerpo", se da simultáneamente "con" y "a través" de vínculos sociales y sistemas de símbolos. Somos seres sociales, nos vinculamos desde que nacemos, nuestro mundo simbólico es posible gracias a esa vinculación, en el seno de la familia o el "sistema familiar", con otrxs significativos.
5. *Desarrollo vital:* Los procesos humanos (emocionales, cognitivos, conductuales, relacionales) están permanentemente cambiando a la par de las experiencias de la vida; el complejo flujo que se da entre las tensiones esenciales (contrastes) se refleja en los patrones y ciclos de experiencia, que pueden conducir a episodios de desorden (desorganización) y a la reorganización (cambio) de las pautas nucleares de actividad, incluyendo la creación de significados, la relación con lxs otrxs y unx mismx.

Modelo Cognitivo Posracionalista de Vittorio Guidano

La psicología cognitiva posracionalista y la forma de trabajar en psicoterapia configuran una nueva forma de comprender los procesos psicológicos, siguiendo el modelo de su creador el Dr. Vittorio Guidano (1944 – 1999). Destacado Psiquiatra y Psicoterapeuta italiano, fue el fundador y director hasta su fallecimiento del Centro de Terapia Cognitiva de Roma. Autor de diferentes obras entre las más importante podemos mencionar *El sí mismo en proceso. Hacia una Terapia Cognitiva Posracionalista* (1991); *La Complejidad del Self* (1987); *Procesos Cognitivos y desordenes Emocionales* (Guidano y Liotti, 1983). Propone un modelo procesal sistémico con la influencia del modelo cognitivo constructivista. Este enfoque configura un nuevo marco epistemológico y una nueva manera de entender el funcionamiento mental de las personas.

Guidano (1999) plantea que el término *posracionalista* no es opuesto al pensamiento racional o "lógico", no significa anti-racionalista, ni tampoco se deja de considerar el razonamiento lógico como un aspecto importante para darle sentido a la experiencia humana. El conocimiento es mucho más amplio que la cognición y solo una parte es lógica abstracta y racional. El conocimiento humano, o la manera de conocer tienen diferentes canales o vías, es emocional en su mayor parte, pero también es perceptual, sensorial, motor y conductual. Lo que se enfatiza es que el razonamiento lógico no es primario, no es el que dirige nuestra actividad humana, sino que la razón es un instrumento de la conciencia.

Todos los aspectos mencionados de la emocionalidad, de la sensorialidad, de la percepción son muy importantes para el

conocimiento humano, pero el que le da la característica de consistencia o "sentido" y coherencia a todos ellos, es lo que llamamos pensamiento "racional" que articula una "estructura de significados". Este aspecto se aprecia como ya se mencionó con las teorías y modelos narrativos, que intentan ver todo el ciclo vital y toda la coherencia de una vida humana de manera análoga a la coherencia de una novela, que tiene un inicio de temas que se van encadenando, hasta llegar a un fin que es coherente con lo anterior, en función de los cuales, todo termina teniendo "sentido".

En síntesis, el pensamiento es un instrumento, un recurso para dar coherencia, desarrollo y consistencia a una estructura de significado. De acá se desprende una pregunta ¿Qué significa ver la mente como una constructora de significados?

El ***Significado*** se refiere a algo mucho más amplio que la noción que utiliza el mundo racionalista clásico, que alude solamente a la referencia simbólica que tiene una proposición lógica y sobre todo a la relación que hay entre las palabras y las cosas del mundo; el significado desde la mirada constructivista es concebido como "una manera de ver la realidad" y de acá se desprende otra pregunta ¿Qué es la realidad?, ¿Percibimos todxs la misma realidad?; desde éste enfoque no hay una realidad objetiva independiente al observador; sino que hay tantas realidades como personas hay en el mundo. Y el significado es lo que nos da un sentido de continuidad a nuestra vida, no es una correspondencia lógica entre las palabras y las cosas del mundo, sino que es el sentirnos siempre nosotrxs mismxs en todos los años de nuestra existencia. Para el posracionalismo es muy importante saber cómo ocurre el sentido de continuidad y coherencia, es decir, si es algo que nos llega desde afuera o si es algo construido en nuestra mente. (Guidano, 1991).

Cada mente construye su sentido de pertenencia y de continuidad, y es algo que ocurre siempre en la vivencia que tienen las personas sin necesidad de reflexionar (Maturana, 1984).

Esta nueva epistemología plantea un cambio de la noción de observador-observado, que implica que no hay ninguna realidad hecha en sí misma fuera de nosotrxs, que la realidad que nosotrxs percibimos como realidad objetiva y tridimensional es co-extensiva con nuestra experiencia y no es separada de ella; es decir no hay informaciones fuera de la mente, sino que solamente hay perturbaciones.

Cualquier observación, lejos de ser "externa" y "objetiva", es **autorreferencial**, es decir siempre se refleja a sí misma. No significa que la realidad externa no exista, que uno va caminando por la calle y no ve los autos o la gente caminar, sino que la realidad forma parte integrante del observador que la "observa" y la "construye". Toda experiencia es singular, individual y la misma es fuente de información. Cada observación determina lo observado y toda observación nos da mucha información sobre el aparato perceptivo del observador más que sobre la realidad "objetiva" externa.

Vemos las cosas en realidad no como son, sino que vemos las cosas como somos y tiene todo un sentido dentro de nosotrxs mismxs que se mantiene en el tiempo. El punto en cuestión es reconstruir como nosotrxs le damos sentido y coherencia a las perturbaciones exteriores. Cuando se asume el enfoque de la mente como "***constructora de significados***" cambian muchas cosas, entre ellas que se asume una epistemología evolutiva. Tenemos que explicarnos como se llega a percibir las cosas como las vemos y cómo llegamos a vivir como vivimos, en síntesis, cómo se va desarrollando la persona a lo largo de todo su ciclo vital.

Los seres humanos vivimos en un mundo intersubjetivo. En el proceso de conocer, cualquier cosa que se refiere a lxs miembros del grupo es conocimiento de nosotrxs mismxs y cualquier conocimiento de mi msmx es también información sobre las otras personas, es decir, en cada momento que se está en una coordinación continua y consensual, la posición de un compañerx nos da nuestra ubicación y viceversa. En este marco se toma como objeto privilegiado de estudio a la naturaleza y estructura de la experiencia humana que es fundamentalmente intersubjetiva y donde se desarrollan procesos de apego que fueron descriptos por Jhon Bowlby (1907 – 1990).

Guidano (1991) plantea que la experiencia humana ocurre simultáneamente en dos niveles, es por eso que se refiere a las *"**dos dimensiones de la experiencia humana**"*. El nivel de la experiencia inmediata (YO) y el nivel de la explicación (MI).

- Nivel de la Experiencia Inmediata (EI): También conocido como (YO) o nivel tácito/implícito; es un continuo fluir de sensaciones, es algo que ocurre en sí mismo, no necesita de la intencionalidad, ni del pensamiento, ni de la razón, es algo que va en paralelo a la propia existencia, va con unx, con la vivencia sin que una persona lo quiera, sin que la persona lo decida. Es el nivel emocional, de las sensaciones, de las percepciones interoceptivas, de lo que "se siente", el nivel de la inmediatez. El proceso gráficamente tomaría esta forma:

Continúo fluir de sensaciones

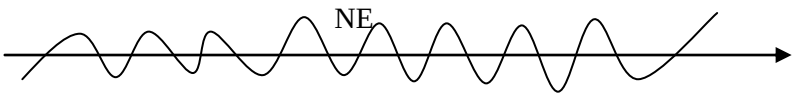
- Nivel de la Explicación (NE): Es el nivel con el cual una persona hace consistente la EI, es la manera en la cual se conceptualiza y ordena la EI o se pone en temas, la persona la puede narrar, poner en palabras. Este nivel aparece con la emergencia del lenguaje. El lenguaje es un sistema de vocalización, señalización e intercambio de símbolos. Con la aparición del lenguaje existe un nuevo nivel de ordenamiento autorreferencial, en concordancia con reglas léxicas y semánticas que permiten la reestructuración de la experiencia inmediata en término de proposiciones. El proceso tomaría esta forma:

Es un nivel desvinculado de la inmediatez de la experiencia, en el que es posible valorar la experiencia inmediata según categorías definidas como verdadero-falso, lindo-feo, ilusión-percepción, correcto-erróneo, capaz-incapaz, fuerte, débil, etc.; son categorías que aparecen con el pensamiento conceptual y que permiten hacer de filtro para poder empezar a valorar y clasificar la experiencia inmediata. El lenguaje nace a lo largo de la evolución como sistema de clasificación y reclasificación. (Guidano, 1999).

En síntesis, la afectividad vivida en la inmediatez (vivencia) se convierte en información que puede ser conceptualizada y destacada en el sentido que es separada del acontecimiento original que la produjo. De esta manera en los temas se puede apreciar el inicio, desarrollo y la conclusión, con lo

cual una persona puede ordenar los acontecimientos que caracterizan la vida, pudiendo transformarse en estructuras informativas estables. El lenguaje y la conciencia temáticos, que emergen evolutivamente, le dan otra característica básica a la experiencia humana que es fundamental, y es la capacidad de ordenar contenido informativo de la experiencia en secuencias (inicio, desarrollo, fin), y esto se llama ***estructura narrativa de la experiencia humana.***

Guidano (1999) manifiesta que el NE es un proceso por el cual toma la EI y la reconstruye permanentemente, entonces esto crea una discrepancia y es el origen permanente de la tensión.



EI

La experiencia inmediata siempre está a un paso delante de la propia capacidad para explicarla y explicármela. En cada momento las personas se explican lo que sienten, pero lo que se siente siempre va por delante de la explicación que se alcanza y esto tiene una consecuencia, cada persona percibe mucho más de lo que pueda llegar a darse cuenta de manera consciente, uno nunca tiene la posibilidad de tener un acceso total a toda la EI. La explicación es una reconstrucción, es una manera de darle consistencia a la EI. En otras palabras, en cada momento tenemos un sentido de nosotrxs mismxs y también una imagen consciente mediante la cual nos explicamos lo que sentimos, lo que nos pasa y esto se hace expresando maneras de ser, gustos etcétera. Lo que ocurre generalmente a lo largo de la vida es que cada persona debe

adaptar, corregir la imagen consciente de si mismx en correspondencia con el fluir de la EI, de alguna manera es "arreglarse la cara" en la cual se busca adaptar la Imagen con el sentido de si mismx.

Guidano (1991) explica que esta actividad de hacer consistente la imagen de unx mismx con el "sentido" o el sentir se denomina **autoconciencia.** Cada proceso de autoconciencia es un proceso de adaptación, en este proceso no se está intentando ser verdaderamente, la intención es aplanar discrepancias, poner afuera emociones, sensaciones etc. que son perturbadoras y que no pertenecen a la imagen consciente de unx mismo. Cada proceso de autoconciencia es un proceso autorreferencial. La persona intenta confirmar la imagen consciente de sí mismx con lo que "siente". No es un proceso donde existe objetividad como si unx se viera desde afuera, no está esta posibilidad en las personas.

No hay diferencia entre autoconsciencia y autoengaño. Autoengaño significa "modificar" la EI de mi mismx de manera que sea consistente con la imagen que cada persona se construye. En palabras de Guidano:

"Cada vez que tengo que referirme a mí mismo buscaré aplanar contradicciones, sino puedo arreglar discrepancias las ignoro, las dejo fuera de la conciencia, y esto es lo que tenemos que hacer para sobrevivir. Es una operación normal al servicio del mantenimiento de la coherencia de la identidad sistémica. Es un modo adaptativo". (Guidano, 1991, p54).

Muchas veces lo que sucede es que las personas quieren arreglar la experiencia inmediata para adaptarla, borrando experiencias o negando. En esta estructura puede darse lugar a la emergencia de los procesos psicopatológicos. Cuando en el intento

de confirmar la imagen que me he creado de mí mismo con la EI, tengo que borrar, eliminar, negar la EI verdadera que estoy experimentando. Como no se puede escapar de la EI, cuando esta se niega lo que se consigue es que lo que se vive o se siente, lo comenzamos a vivir como extraño; no lo dejamos de vivir o sentir, sino que lo comenzamos a vivir como si no perteneciera a nuestra realidad, como si algo nos afectase desde afuera y ésta es la característica que tienen todos los síntomas, los síntomas son vividos con sentido de "extrañeza", y pueden emerger frente a altos o bajos niveles de autoengaño.

Patrones de apego

Guidano toma de base para el desarrollo de su teoría conceptos de diversos autores; entre ellos les da una importancia central a los procesos de apego para analizar cómo se dan los vínculos tempranos entre lx niñx y las figuras significativas (padre, madre, cuidadores, etc.) en la configuración del significado de si mismx.

Tres textos muy significativos y de mucha vigencia en la actualidad sobre los procesos de apego son los libros de John Bowlby.

1- "El vínculo afectivo" (1969), donde desarrolla la teoría del apego y da las bases que le dan sustento a esta teoría.

2- "La separación afectiva" (1973), en este libro explica la función que tiene el apego en las personas, como base segura y su función protectora, el desapego o la distancia genera angustia y la modalidad de la relación cobra diferentes matices.

3- "La pérdida afectiva" (1980), en esta obra desarrolla todo lo que pasa en los duelos tanto normales como patológicos en niñxs y adultxs. Enfatiza que existen diferentes etapas que hay que atravesar y que el estancamiento en algunas de ellas en el tiempo da lugar a procesos psicopatológicos.

Su trabajo de investigación se centra en la convicción de que lxs niñxs necesitan una relación cercana y continuada con un cuidador/a para poder desarrollarse emocionalmente en forma saludable. En este sentido la teoría del apego considera como un componente básico de la naturaleza humana la tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con lxs cuidadores. El "apego seguro" se da cuando el niñx confía en que sus padres/cuidadores/cuidadoras serán accesibles, sensibles y colaboradores si él o ella se encuentran en una situación adversa o atemorizante. Con esta seguridad y confianza podrá explorar el mundo. (Bowlby, 1980).

Mary Ainsworth (1913 – 1999) fue una gran discípula de Bowlby, realizó estudios sobre las diferentes pautas de apego de una persona que se desarrollan durante los primeros años de vida. Su gran aporte reside en la calidad del apego e identificó tres formas diferentes del apego:

- Apego seguro: Antes mencionado, lx niñx confía en que sus padres serán accesibles, sensibles y colaboradores con él si se encuentra en una situación atemorizante.
- Apego ansioso resistente (o coercitivo): Lx niñx siente inseguridad con respecto a si su progenitor será accesible o sensible o lo ayudará cuando lo necesite ante situaciones críticas. Hay una tendencia a una separación ansiosa caracterizada por la incertidumbre, es propenso al aferramiento y se muestra ansiosx ante la exploración del mundo. Lxs progenitorxs se muestran accesibles y colaboradorxs en algunas ocasiones, pero no en otras, lxs que cuidan no son previsibles en su acceso.

- Apego ansioso elusivo (o evitativo): Lxs niñxs no confían en que cuando busquen cuidados recibirán una respuesta de contención y refugio emocional, sino por el contrario, espera sern "rechazadxs". Dado que lxs cuidadorxs no son accesibles, le niñx evita cualquier contacto con lxs mismxs para no sentirse nuevamente rechazado, intenta vivir su vida sin el amor y apoyo de ellxs, volverse autosuficiente.

El modelo de si mismx que lx niñx construye está basado en la experiencia que tiene en las interacciones cotidianas con sus cuidadorxs y refleja las imágenes que los mismos tienen de el/ella/ellx y, se las comunican por el modo en que lx tratan y lo que dicen, básicamente la forma de vincularse.

La estructura y calidad de estos primeros procesos están estrechamente relacionadas con la experiencia que tienen lxs niñxs de la accesibilidad de lxs que cuidan, en respuesta a su necesidad de proximidad y contacto.

El apego puede presentar otras modalidades que están referidas a distintas dificultades para lograr un "apego seguro", y que están caracterizadas por Guidano en los patrones de reciprocidad temprana vinculadas con las distintas organizaciones de significado personal.

Organizaciones de significado personal propuestas por Guidano

Como ya se mencionó la experiencia de cada persona no se considera como impersonal sino en términos de su significado para el individuo que la vive. Desde esta perspectiva la explicación de los trastornos clínicos cambia inevitablemente, su génesis hay que buscarla en la historia de las transformaciones de la identidad narrativa que la persona ha sido capaz de articular en el curso del desarrollo del ciclo de la vida.

Guidano (1994) define la organización de significado personal (en adelante OSP) como “un proceso ordenador unitario” (p.54), en el que se busca la continuidad y la coherencia interna en la especificidad de las propiedades formales estructurales de su procesamiento del conocimiento (es decir, en la flexibilidad, la generatividad y el nivel de abstracción). Son un ordenamiento de la propia experiencia inmediata (yo) que se caracteriza por ser personal y única manera de agrupar y combinar (en término de procesos) las tonalidades emocionales básicas, más un sistema explicativo (mi) que, en permanente relación con el anterior, intenta hacer consistente esa experiencia en torno a una imagen consciente de si mismx que otorgue un significado viable, (en término de la propia coherencia sistémica) a la propia experiencia.

Las OSP son llaves o instrumentos del terapeuta para comprender desde que lugar la persona significa las experiencias o “lee la vida”, no tienen entidades físicas concretas, no son ontológicamente reales. Se pueden encontrar recurrencias en las formas como una persona se explica sus experiencias, dándose un significado que le permita desarrollar una autoimagen consciente que implique un sentido de viabilidad y continuidad histórica.

La experiencia humana es una construcción intersubjetiva y personal; el orden que se reconoce en esa experiencia no corresponde a una realidad objetiva, sino que el mismo es viable para cada persona

Características de las organizaciones de significado personal:

- Cada OSP sigue un camino evolutivo específico que puede ser comprendido a partir del apego.

- Son procesos de ordenamiento y procesamiento que contemplan como se va desarrollando la persona a lo largo de su ciclo vital.
- No existen en sí mismas, son entidades, instrumentos, recursos del terapeuta que le permiten ordenar el relato de cada paciente, conceptualizar e intervenir estratégicamente.
- Normalidad, neurosis y psicosis no son estados separados. Son modos de procesamiento, formas de combinación y recombinación del significado personal que cualquiera de las organizaciones puede asumir.
- Lo que la persona transmite en el proceso terapéutico es su forma personal de hacerse consistente en términos de su propia coherencia sistémica, la experiencia que ha vivido y es en este aspecto constructivo en su faz sintáctica que nos interesa a los fines diagnósticos ya que es el que nos da la posibilidad de determinar el tipo de OSP de la persona, la cantidad y calidad del autoengaño con que opera y por lo tanto, su orden funcional actual.

Guidano (1991) en su experiencia clínica de más de 25 años, encuentra cuatro organizaciones de significado personal, pero considera que puede haber muchas más. También hace referencia a que no existen organizaciones puras, en una persona puede primar una forma de organizar la experiencia, pero puede tener matices o componentes de otra organización. Bajo ningún concepto se sostiene que estas organizaciones puedan explicar todos los fenómenos clínicos.

Las organizaciones que menciona el autor son

- OSP Depresiva

- ✓ OSP Fóbica.
- ✓ OSP D.A.P (Disturbios alimentarios psicógenos)
- ✓ OSP Obsesiva.

Organización de significado personal depresiva

Lo que caracteriza el desarrollo de ésta OSP es la elaboración en curso de un sentido de si mismx de soledad ligada a la pérdida, vinculado con la experiencia con sus vínculos significativos.

La tendencia de las relaciones de apego está marcada por una serie de acontecimientos cargados de afecto, que se prestan a ser percibidos por lx niña como perdidas, sean debidas a la pérdida real de un progenitor o fracasos repetidos en el desarrollo de un apego seguro, en virtud de la desatención y/o rechazo de progenitorxs que no cuidan (Guidano, et al, 1987).

Como estrategia defensiva con relación al rechazo lxs niñxs desarrollan un "apego evitativo", lo que evitan es el contacto con lxs cuidadorxs, ya que dicho contacto generaría angustia e ira.

Las situaciones más comunes donde se experimenta la pérdida son:

- Situaciones de pérdida real como fallecimientos o separación prolongada de cuidadorxs por amenazas de abandono, como por ejemplo cuando lxs cuidadorxs se encuentran muchas horas fuera de casa y no pueden estar con sus hijxs acompañandolxs en tareas de la escuela, cuidados esenciales, conectarse con ellxs desde lo lúdico, etc.
- Actitud de rechazo o indiferencia de lxs padres, en algunos casos lxs cuidadorxs toman una actitud distante, rechazante. En estos casos el sentido de pérdida está mucho más conectado a un sentido de ser pocx querible y poco "valiosx".

- Medio familiar exigente de responsabilidad y esfuerzo. El patrón característico por parte de lxs cuidadorxs es una actitud hacia lx hijx de un control sin afectividad sobre lx mismx.

El patrón de apego evitante es que lx niñx percibe esta actitud por ende el acceso emocional está bloqueado, no hay manera de acceder, no hay comprensión, no hay afecto, no hay contacto. En un primer momento aprende a evitarlxs físicamente, buscará lx niñx tener distancia y luego aprenderá a evitar emocionalmente sin involucrarse.

***-Organización del Yo*:** Las emociones que va experimentando la persona tienen que ver por un lado con la tristeza/ desamparo, caracterizada por una baja activación psicomotriz y la sensación de sentirse "solx" y por otro lado existe una activación emocional de ira/cólera dirigida hacia quienes cuidan ya que el acceso emocional se encuentra bloqueado, acá se da una hiperactivación fisiológica.

-Elaboración de la imagen consciente de si mismx (MI): A medida que van fluyendo las emociones la persona va construyendo una imagen de sí, en una OSP tiene de suma importancia cómo se efectúa la atribución causal, es decir si ubica en sí mismx la culpa de su soledad (atribución interna) o si bien lo hace en el mundo exterior (atribución externa). La mayoría de las personas con ésta OSP hacen una atribución causal interna, que les permite elaborar una imagen consciente de sí mismxs en términos negativos.

La estrategia utilizada por estas personas, más que luchar contra un mundo no confiable, es la de confiar solamente en ellxs mismxs como estrategia de control: característica que Bowlby llamó la autoconfianza compulsiva. La organización para sobrevivir es tratar de evitar nuevas experiencias de pérdidas. La

única manera de prevenirla es evitar apegarse, si una persona no se involucra no puede experimentar la pérdida, porque no se ata a nada, seguirá estando solx y sabe cómo hacerlo (autosuficiencia compulsiva) (Guidano, 1994).

Organización de significado personal fóbica

A diferencia de la organización depresiva donde existe una carencia afectiva en el vínculo, acá encontramos cuidadorxs o padres con una actitud hiperprotectora que interfieren y limitan hasta tal punto de bloquear la actitud exploradora del niñx, que es una actitud innata que le pertenece como especie. Lo que le pasa al niñx fóbicx es lo opuesto al niñx depresivx. Este tiene una separación demasiado precoz de lxs cuidadorxs, quienes no le dan sostén emocional y experimenta una separación muy precoz. Lx niñx fóbico está en una situación opuesta, nunca logra experimentar la separación.

Las situaciones más comunes con relación a la actitud de lxs cuidadores/padres/madres son: Limitación de la conducta exploratoria del niñx. Existe una inhibición indirecta (en la mayoría de las veces) de la conducta exploratoria. Poseen lxs cuidadorxs una actitud hiperprotectora concibiendo al mundo como un lugar peligroso, difícil de confiar y que cualquier cosa "terrible" puede llegar a pasar.

Aquí existe un excesivo vínculo: una madre/padre/cuidador demasiado preocupadx, excesivamente involucradx con la vida de su hijx, que no le deja explorar, que no le deja hacer nada por propia iniciativa, a tal punto que la experiencia básica del niñx se cristaliza en el "miedo". Como vemos, el miedo es la característica central en este tipo de organización. Todo lo que es nuevo es peligroso, y esto lo lleva -al

individuo portador de esta organización- a una percepción del mundo como peligroso, y a una percepción de sí mismx como alguien frágil en este mundo, el cual no se puede habitar sin una figura de protección. Lxs cuidadores se constituyen en una base de apego insegura.

Según Guidano (1994), la unidad organizacional del dominio emocional de un individuo de estas características se encuentra en un equilibrio dinámico estable entre dos polaridades emocionales: la necesidad de protección ante un mundo percibido como peligroso, y la necesidad de libertad e independencia en ese mismo mundo. El hallazgo más llamativo de esta clase de patrón organizacional es una marcada tendencia a responder en términos de miedo y ansiedad ante cualquier alteración en el balance de los vínculos afectivos, siendo construidos por el individuo en términos de pérdida de protección y/o pérdida de libertad e independencia. A diferencia de la organización depresiva, en esta organización la imagen consciente de sí mismo de un fóbico es positiva, producto de la actitud sobreprotectora de los padres. La estrategia usada por estxs individuos es la de agente controlador, tanto de sus propias activaciones emocionales como de los otros significativos.

-Organización del Yo: La emoción que caracteriza esta organización es el miedo/angustia difícilmente reconocida por la persona y colocándolas en el cuerpo. Una persona con esta organización difícilmente dirá "tengo angustia a que me dejes solx", sino que manifestará un dolor de estómago, de garganta, de espalda, etc.

-Elaboración de la imagen consciente de si mismx: Integra los aspectos discrepantes a partir del control. El control hace referencia a acceder o no cuando la persona lo quiera. Este control puede ser externo sobre el sentido de "si" o control externo sobre otrxs.

La forma que tiene la OSP fóbica de mantener constante la activación emocional, sin experimentar oscilaciones intensas, es ejerciendo el control, negando emociones y ubicándolas en el cuerpo.

Organización de significado personal dápica (desórdenes alimenticios psicógenos)

La característica más típica de las familias de los dápicos es la ambigüedad, importa más la imagen que los otros puedan tener de la familia y no lo que ocurre de verdad. Las familias concentran la atención en cumplir con una imagen de perfección, y no en las necesidades de sus hijxs.

Desde pequeños se prescriben y anticipan las emociones que tiene que sentir en cada circunstancia y si no lo siente se la redefinen. Esto es muy complicado porque lx niñx se da cuenta que no sabe los que siente, necesita a los demás para saberlo. Lo que caracteriza al dápico es el desarrollo de un sentido de sí mismo ambiguo, difuso. El sentido de sí mismo viene dado del exterior.

La identidad del dápico se construye con criterios externos. El sí mismo puede ser reconocido solo a través de los otros, la persona puede darse cuenta de quién es y de sus capacidades a través de como los otros se comportan con él.

El patrón de apego del niñx dápico es ambiguo e indefinido (patrón de apego evitante compulsivo complaciente), lx niñx mantiene un acceso emocional estable de sus padres en la medida que corresponde a sus expectativas, lo que le permite tener un sentido de ser querible. Cuando siente que no corresponde con la expectativa de los padres cambia su propia evaluación de su

sentido de ser querible. Lxs niñxs dápicos son niñxs "perfectos" (el niñx es la confirmación de que la familia es "perfecta"), pero esta es una perfección complaciente con relación a cumplir con las expectativas de lxs demás.

Durante la infancia los niñxs dápicos alcanzan un equilibrio de su sentido de si mismxs tomando como referencia emocional a uno de sus padres, esto les permite regular su sentido de sí mismxs correspondiendo momento a momento con esta figura de referencia, lo cual le permite reconocerse como una persona valiosa.

En la adolescencia con el desarrollo del pensamiento abstracto esta imagen empieza a relativizarse. Al cambiar la imagen absoluta del padre/madre cambia también la imagen que tenía de sí mismx, la cual dependía de la figura de referencia. El cambio de la imagen de la figura de referencia es vivido como una decepción. En otras palabras, cuando esta imagen absoluta de su padre/madre se pone en discusión, se relativiza el sentido de estabilidad del sí mismx que había alcanzado y tiene que lograr otra manera de obtener desde fuera una imagen estable y aceptable de si mismx.

La manera de mantener una imagen estable de sí mismx será siempre en correspondencia con los demás, con la confirmación que los otrxs le dan. El sentido de coherencia dápica que caracteriza el estilo afectivo es tener una persona de referencia e intentar tener el máximo de confirmación afectiva con el mínimo de exposición para evitar la decepción.

Desarrollo del sentido de sí mismo: La EI es continuamente oscilante, las tonalidades emocionales son poco diferenciadas, las emociones son globales, indefinidas. El dápico

nunca tiene la seguridad de lo que está sintiendo; siendo la culpa la que más se destaca y surge cuando no corresponde con las expectativas de los otros. El sentido de sí mismo es entonces inestable: un sentido de si mismx activo, valorizado se configura a partir de ser tenido en cuenta por los otros; un sentido de si mimsx pasivo desvalorizado surge cuando cambia el contexto y se siente pocx valiosx.

***Imagen consciente de sí mismo*:** El dápico estabiliza la imagen consciente de sí en términos de corresponder a las expectativas de los otros significativos. En la medida que corresponde y cumple con la expectativa del otrx se siente aceptable. Es estable por la confirmación del exterior. El juicio de los otros pasa a ser el argumento básico. La única manera de tener una imagen estable es tener la garantía de que el juicio de los otros es positivo.

Por lo tanto, si su sentido de sí depende del juicio positivo de los otros, para obtenerlo debería ser siempre perfecto, para ser evaluado positivamente. El problema es que la perfección del dápico no responde a un parámetro interno, sino externo, depende del contexto, tiene siempre que referirse y corresponder a la expectativa de una persona, pero al hacer eso tienen el temor de perder el sentido de sí mismo.

Organización de significado personal obsesivo

El comportamiento parental obsesivo se caracteriza por la simultaneidad de conductas antitéticas, la conducta parental asume las características de un vínculo de apego bifronte, ambivalente. La misma conducta o actitud del padre/madre puede significar que lo quiere o que lo odia.

El padre/madre del niñx obsesivo no tiene una tendencia natural hacia el hijx, sino que se la impone a si mismx y se esfuerza en lograrlo. Hay un predominio de formas verbales de comunicación, no hay comunicación emocional ni física. Son padres/madres hiperactivxs verbalmente, favoreciendo un ambiente que carece de calidez emocional. Se alienta poco al niñx a jugar, todo juego tiene que ser un juego útil, de aprendizaje.

Por otro lado, el medio familiar es rígido, demandante irracional de madurez. Desde el inicio de la infancia se le exige al niño que sea un adulto en miniatura. A la familia obsesiva le interesa el rigor moral y el esfuerzo, las cosas tienen que merecerse. Tienen una imagen del mundo que depende de reglas básicas absolutas, principios éticos y valores morales.

La experiencia inmediata de sí mismx en el niñx obsesivo es discrepante, porque la percepción de la actitud ambivalente de su padre/madre puede ser experienciada como "me quiere o me odia al mismo tiempo", provocando una ambivalencia en la valoración de sí mismx. En lx niñx se diferencia un sentido de sí mismo dicotómico, comienza a sentirse por opuestos que se excluyen; esta experiencia inmediata es muy perturbadora, dado que está articulada sobre una forma de activación emocional ambivalente que genera duda acerca de ser querido u odiado por sus cuidadores significativos. La ambivalencia que se percibe en los padres se traduce en una ambivalencia en sí mismo, por un lado, un sentido de sí que se percibe como querible y aceptable y por otro un sentido de sí que se percibe como no querible y aceptable.

Imagen consciente de sí mismx

Al tener un sentido de ambivalencia emocional, se esfuerzan por buscar una coherencia exclusivamente cognitiva. Logran alcanzar la unicidad en términos de razonamiento, de explicación, de consistencia lógica, eligiendo la parte positiva del

sí mismo como la verdadera. Excluyen de la conciencia toda activación emocional que pueda generar la duda de ser la parte de la polaridad negativa. Intentan a cada momento alcanzar la certeza de ser un sí mismo estable. La forma de lograr una imagen consciente de sí mismo es estructurarlo con consistencia lógica. Los obsesivos son especialistas en dividir la realidad en aspectos positivos y negativos siempre antitéticos para estar seguros a cada momento de estar eligiendo la parte positiva. Utilizan como estrategia la rumiación, dudan de todo para estar seguros de elegir la solución más justa.

Algunas áreas que son críticas en el obsesivo para mantener la certeza de corresponder a la polaridad positiva son la rabia, la agresividad y la sexualidad. Si estas emociones surgen en la conciencia ponen en discusión corresponder a la polaridad positiva. La rigidez del obsesivo incluye un particular control sobre las emociones. Las emociones vinculadas con estas áreas no pueden ser experimentadas. El obsesivo no puede atribuirse a sí mismo ningún sentido de rabia o agresividad o el placer sexual.

Método de autoobservación

El método básico usado por Guidano (1991) en todo el proceso tanto de evaluación como de intervención es la autoobservación, la misma consiste en trabajar siempre en **la interfaz** entre la experiencia inmediata y la explicación, es decir reconstruir lo que una persona siente y como se explica lo que siente. Lx consultante **es entrenado desde la primera entrevista en su propia autoobservación** lo cual facilita cambios en los puntos de vista de sí mismo fundados en la propia experiencia y no en fuentes externas de referencia. Al principio es conveniente trabajar con él, para que pueda diferenciar experiencia inmediata y explicación. Guidano explica que una manera simple de hacerlo es

que frente a una experiencia emocional se pueden hacer dos tipos de preguntas, el porqué de esa experiencia que nos da información sobre la forma en que la persona se autorrefiere y explica lo que ha sentido y el cómo de los que sintió (tonalidades afectivas básicas, sentimientos). En otras palabras "los hechos corresponden a la experiencia inmediata del cliente, (como en el caso de la experiencia del color), mientras que sus explicaciones, razonamientos son formas de autorreferir los hechos para hacerlos comprensibles (como en el caso de las ondas luminosas)". (Ruiz, 1995, p.30)

El objetivo es que el consultante aumente la "conciencia de sí mismo", es decir la conciencia del modo en el cual la persona funciona al ordenar la experiencia, poner en secuencia eventos significativos, y explicarlos. Es el conocimiento, entonces, de las propias reglas de funcionamiento.

La estrategia central utilizada por Guidano es **la moviola**, a través de la cual se despliega la metodología autoobservacional. Cualquier problema presentado por el consultante puede reformularse en términos de los eventos que lo produjeron y a los cuales se refiere. La técnica consiste en investigar los eventos que desencadenan o mantienen el problema. Los eventos son reconstruidos de manera secuencial, escena por escena (como si fueran parte de un guión de una película) usando un lenguaje cinematográfico. Se focaliza en una determinada escena (evento crítico) la cual es analizada en detalle. La misma escena puede ser vista desde dos puntos de vista: el punto de vista subjetivo y el punto de vista objetivo. En el punto de vista subjetivo se investiga cómo se vive la escena como protagonista (en primera persona) y desde el punto de vista objetivo, la escena es vista desde fuera como si fuera un espectador de la escena. La escena enriquecida se reinserta en la secuencia de escenas.

El objetivo es reconstruir lo que el consultante siente y cómo explica lo que siente. El consultante comienza a reconocer y autorreferirse más contenido de la experiencia inmediata.

Desde el enfoque posracionalista se entiende el cambio, como el resultado de una reorganización del significado personal. Se espera que el mismo alcance una mayor articulación armonía y flexibilidad.

Para Guidano el terapeuta tiene el ***rol de ser un perturbador emocional orientado estratégicamente.*** En este sentido perturbar significa utilizar indirectamente las emociones para desencadenar una reorganización del significado personal, el terapeuta provoca una activación emocional en lx consultante; estratégicamente quiere decir que el terapeuta usa una estrategia que deriva de saber cómo se organiza el sentido personal en el consultante.

La primera fuente de activación emocional es que el paciente se dé cuenta de sus reglas de funcionamiento. Para ello se necesita que el terapeuta lo guíe en descubrir gradualmente paso a paso a través de la autoobservación, focalizándolo en sus emociones, es decir, como son hechas, como se refieren a lo que está haciendo ahora y a su historia.

Una segunda fuente de perturbación emocional procede de la relación terapéutica, es una relación que lleva a un nivel de intimidad y confianza que se encuentra en pocas relaciones y por esto es fuente de dinámicas emocionales muy fuertes. No son los contenidos de las explicaciones del terapeuta lo que determina los cambios, sino que es el nivel de perturbación y activación emocional promovido por el terapeuta lo que puede gatillar una reestructuración-resignificación-reconstrucción en el paciente.

Cuando se logra la apropiación del proceso de construcción de significado y las acciones cambian cada persona es más protagonista en la construcción de su propia vida.

Para finalizar consideramos que una de las mayores contribuciones de Guidano consiste

en sentar las bases de un modelo con una aproximación terapéutica que recupera la emotividad y la subjetividad como tema central e hilo conductor siempre de la mano de una profunda búsqueda de coherencia epistemológica.

Referencias Bibliográficas

Balbi, J (2004). *La mente narrativa. Hacia una concepción posracionalista de la identidad personal.* Bs As: Paidós.

Guidano,V. (1991). El Sí Mismo en Proceso. Bs.As.: Paidós.

Mahoney, M (2003) *Psicoterapia constructiva. Una guía práctica.* Barcelona: Paidós

Maturana, H. y Varela, F. (1990) *El Árbol del Conocimiento: las bases biológicas del conocimiento humano.* Madrid, Debate

Morin, E. (1994) Epistemología de la complejidad; en Schnitman, D. F. (ed.) Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad, Barcelona, Paidós, 421-42.

O'Donohue, W. (1998). Conditioning and third-generation behavior therapy. En W.O'Donohue (Ed.), Learning and Behavior Therapy. Boston: Allyn & Bacon.

O'Donohue, W. (2009). A brief history of cognitive behavior therapy: Are theretroubles ahead? En W. O'Donohue y J.E. Fisher (Eds.), General principles andempirically supported techniques of cognitive behavior therapy. NJ: John Wiley &Sons.

Prigogine, I. (1988) ¿Tan sólo una ilusión?: Una exploración del caos al orden, Barcelona, Tusquets, 2.ª ed

Quiñones, Alvaro (2001). *El modelo cognitivo Postracionalista. Hacia una reconceptualización teórica y crítica.*

Ruiz, A. (1995). Desarrollo de la terapia cognitiva post-racionalista. Chile: Ed. Instituto de Terapia Cognitiva

Breve introducción a la Terapia de Aceptación y Compromiso

Javier Ricardo Abraham[1]

El presente capítulo tiene como objetivo presentar una breve síntesis del modelo de la Terapia de Aceptación y Compromiso y servir de guía para quién desee introducirse en las muy completas y útiles obras que existen actualmente sobre esta forma de practicar psicoterapia.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) forma parte de las Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC) contemporáneas. Es bastante probable que quién lea estas líneas conozca o tome conocimiento a la brevedad sobre la existencia de las denominadas "terapias de tercera generación" o "terapias de tercera ola". La terminología supone que han existido tres momentos diferenciados en el desarrollo de la psicoterapia que actualmente se denomina de tipo cognitiva-conductual. ACT es considerado un modelo dentro de las terapias de tercera generación.

[1] Fundación Foro. Correo electrónico: javier_abraham@live.com.ar

Algo de historia

La forma de segmentar los eventos ocurridos en el campo de la terapia cognitiva-conductual en tres momentos es una idea promovida -entre otros autores- por Steven Hayes, uno de los creadores de la terapia ACT.

Estas etapas o momentos diferenciables serían las siguientes:

Un primer momento ubicado temporalmente entre 1950 y 1960: diversas investigaciones y desarrollos forman parte de este primer momento, entre los cuáles se destacan Ivan Pavlov, Edward Thorndike, John Watson, Mary Cover Jones y Hobart Mowrer entre otros, siendo Burrhus Frederic Skinner la figura más sobresaliente. Esta etapa se caracteriza por la investigación sobre principios de la conducta en animales y humanos, así como la búsqueda de intervenciones asentadas en dichas investigaciones. Los principios del condicionamiento clásico y operante fundaron las bases de intervenciones tales como la desensibilización sistemática, la exposición, un tratamiento para la depresión, y diversas formas de ayudar a personas con dificultades en el desarrollo. Frente a las limitaciones de estos desarrollos para abordar la cognición humana -sumado a la aparición de nuevos modelos para comprenderla y abordarla- es que las teorías conductuales comienzan a ser relegadas.

Un segundo momento toma impulso a partir de los grandes avances de la ciencia computacional, cuando la mente humana comenzó a ser considerada metafóricamente como una compleja computadora. Dentro de este impulso diversos terapeutas desarrollan modelos que abordan el aspecto menos trabajado por la terapia conductual, los pensamientos. Los exponentes principales de esta segunda generación son Albert Ellis y Aaron Beck. Sus tratamientos proponen la centralidad del apartado cognitivo como causa de disfunción o psicopatología –distintos

tipos de falla en el razonamiento- y presentan herramientas destinadas a modificar las cogniciones problemáticas. Las estrategias conductuales no se desestimaron, sino que muchas fueron incorporadas de forma accesoria a los tratamientos de tinte cognitivo. Se observa que en este periodo no existe una clara producción de intervenciones clínicas derivadas de forma directa desde la investigación sobre cognición humana, a diferencia de lo ocurrido con las intervenciones de la primera generación. El modelo general comienza a denominarse Terapia Cognitiva-Conductual (TCC), y a través de múltiples estudios se establece entre los 70 y los 90 como un tipo de tratamiento eficaz y de primera elección para una infinidad de problemáticas humanas.

Un tercer momento se inicia alrededor de 1990 cuando en el amplio caudal de información ofrecida por los estudios controlados surgen algunos resultados no esperados. Tal vez el ejemplo más citado sea el estudio de desmantelamiento de la TCC en el tratamiento de la depresión realizado por Jacobson en 1996. Este estudio controlado llegó a la conclusión de que los componentes conductuales –sin necesidad del uso de intervenciones de modificación de los pensamientos- generaban los mismos resultados que el paquete completo de abordaje TCC. En el caso particular de la depresión, la atención regresó paulatinamente hacia el tipo de abordaje nacido en la primera generación de terapias conductuales; la programación de actividades de dominio y agrado. Se observó una recuperación paulatina y gradual del uso e investigación de estrategias conductuales. De forma paralela, el interés de la comunidad científica comenzó a concentrarse en modelos que proponían establecer una relación diferente con los contenidos mentales a través de la práctica de Mindfulness. Quién lidera ese avance es Jon Kabat-Zinn en Estados Unidos. Los tratamientos que emergen en este período se destacan por un viraje de estrategias relacionadas a analizar racionalmente los pensamientos hacia intervenciones para observar –sin reaccionar- nuestra relación con

los pensamientos y otros contenidos internos experimentados. Estas prácticas permitirían dejar en un segundo plano el intento de controlar los fenómenos internos de la experiencia humana, así como reducir una buena parte del malestar y utilizar la energía o capacidad liberada para realizar acciones positivas destinadas a aumentar el bienestar vital de la persona. Los tratamientos llamados de tercera generación tienden a incorporar la perspectiva conductual y las prácticas de conciencia plena.

Es necesario resaltar que existen diversos cuestionamientos a esta forma de describir el desarrollo histórico de la psicoterapia cognitiva-conductual. Una de las críticas señala que quién realiza y promueve esta revisión histórica es el desarrollador de uno de los modelos en cuestión. Por otro lado, los términos "olas" y "generaciones" podrían ser pasajeros y perder su utilidad explicativa. Si bien se continúan utilizando, comienzan a emerger nuevas formas de pensar la evolución y actualidad de las terapias cognitivo-conductuales.

Psicoterapias de Tercera Generación

No existe un único factor en común que ayude a unificar estos modelos, pero la mayoría de ellos coinciden con las demás en al menos uno o más de los siguientes aspectos:

- Búsqueda de soporte empírico, a través de la investigación y estudios controlados
- Énfasis en el análisis del contexto en el que ocurren los fenómenos psicológicos
- Énfasis en la conducta, y en comprender su función dentro de su contexto particular
- Guiadas por principios más que por protocolos
- Menos centradas en la psicopatología, las etiquetas diagnósticas y en la reducción sintomática, y mayor orientación hacia los valores y la construcción de una vida plena y rica

- Incorporación de estrategias de aceptación y mindfulness
- Además de focalizar sobre el consultante, también se atiende la relación terapéutica y a la propia persona del terapeuta
- Inclinación hacia estrategias terapéuticas experienciales por sobre las directivas y didácticas

Los elementos mencionados no abarcan todas las características que corresponden a este conjunto de psicoterapias. Además, existen otros aspectos a tener en cuenta. Por ejemplo, la mayoría de los desarrollos de estos modelos han ocurrido con poca distancia temporal entre sí, y en una misma zona geográfica –principalmente Estados Unidos-.

La siguiente es una lista de alguna de las psicoterapias consideradas de tercera generación. Las siglas están en inglés.

IBCT: Terapia Integrativa Conductual de Pareja

FAP: Psicoterapia Analítico-Funcional

DBT: Terapia Dialéctico-Comportamental

ACT: Terapia de Aceptación y Compromiso

BA: Activación Conductual para la Depresión

BATD: Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión

MBSR: Programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness

MBCT: Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness

MBRP: Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness

MCT: Terapia Meta-Cognitiva

Este conjunto de tratamientos ha tenido un crecimiento sostenido en las últimas cuatro décadas, incrementándose año a año el número de investigaciones y consecuentes artículos

científicos, así como la publicación de manuales de tratamiento. En muchos casos la forma de entrenamiento para los terapeutas consiste en jornadas o talleres prácticos dónde los terapeutas vivencian de forma individual o grupal muchas de las herramientas que luego serán adaptadas a cada consultante y situación. En América Latina representaron una novedad a partir del año 2000, impulsadas con la aparición de las primeras publicaciones científicas y libros de texto en castellano. En las últimas dos décadas algunos de los principales exponentes de estos modelos han visitado los países de la región, ofreciendo jornadas de entrenamiento y consolidando así un interés profesional que –consecuentemente- llevó a la aparición de opciones locales de entrenamiento teórico-práctico y de tratamiento para consultantes.

El desarrollo de la terapia de Aceptación y Compromiso

Antes de continuar puede resultar de utilidad realizar esta aclaración: sus creadores indican que "ACT" no debe pronunciarse como A-C-T sino como "ACT". Esta expresión remite a la palabra "acción" ya que en su esencia esta es una terapia conductual. Develemos de forma inicial qué significa que esta terapia sea "de Aceptación y Compromiso". Su nombre responde a que promueve exactamente lo que su nombre indica: Aceptación, de lo que está fuera del control personal –particularmente las experiencias del mundo interno del ser humano- y Compromiso con tomar acciones que enriquezcan la vida.

El primer artículo sobre ACT fue publicado por Hayes en 1984. En 1986 es realizada la primera investigación controlada, que indicaba que ACT era igual o superior que la Terapia Cognitiva Conductual tradicional para el tratamiento de la

depresión. Sin embargo, el primer manual en el que formalmente se detalla la teoría y su propuesta de tratamiento es publicado por Steven Hayes, Kirk Strosahl y Kelly Wilson en 1999. En ese lapso de aproximadamente trece años es que se elabora el marco filosófico y teórico del tratamiento. Profundizar en estos aspectos escapa a las posibilidades de este texto, por lo que se hará una breve mención.

Tomaremos para ello la imagen que propone Russ Harris de ACT como una casa o edificio (Harris, 2009) donde en el piso superior encontramos la Teoría de los Marcos Relacionales. En la planta baja encontramos el Análisis Conductual Aplicado, y la mansión se asienta sobre una filosofía particular; el Contextualismo Funcional.

El Contextualismo Funcional es una variante del Contextualismo. Su objetivo es la predicción y la influencia de eventos, con precisión, alcance y profundidad. En cuanto a su traducción práctica al universo de la psicoterapia ACT, ésta busca ser un modelo claro y específico –preciso- con posibilidad de ser aplicado a una multiplicidad de problemas humanos –alcance- y con resultados perdurables en el tiempo –profundidad-. En esta filosofía, las conductas no pueden ser pensadas y entendidas por fuera de su contexto particular e interesa su función e impacto dentro del mismo.

ACT es un tratamiento en esencia conductual, el Análisis Conductual Aplicado aporta una herramienta clave de trabajo: el Análisis Funcional de la Conducta. Lo que interesa al terapeuta es poder comprender *la función* que cumple una determinada conducta en determinado contexto. Este tipo de análisis se realiza tomando conocimiento de los antecedentes y las consecuencias de

una conducta. Con esta información es que se pueden plantear diversas intervenciones. Los terapeutas de ACT suelen realizar este procedimiento de un modo informal, a lo largo de una conversación clínica.

La Teoría de los Marcos Relacionales es el producto de investigaciones sobre el lenguaje humano. Considera que los humanos no adquirimos nuestra lengua y conocimiento sobre el mundo de un modo asociativo sino a través del establecimiento de relaciones. El conocimiento adquirido a través de establecer relaciones entre cosas forma redes complejas y extensas que parecen permitir a los humanos relacionar de alguna u otra forma cualquier conocimiento con cualquier otro. Esta sería la base de la creatividad y gran desarrollo humano, y al mismo tiempo lo que permite desarrollar una serie de problemáticas en el orden cognitivo. En la mente humana la idea más positiva o valorada puede ser relacionada con algo negativo en cualquier momento. Las relaciones pueden ser establecidas, pero no pueden ser eliminadas. Es en este plano donde existe un debate con el modelo de la Terapia Cognitiva: desde la mirada de la Teoría de los Marcos Relacionales los intentos de reducir, eliminar, o anular relaciones mentales no puede lograrse y en realidad deviene en un agregado que complejiza la red de relaciones.

Harris agrega que estos tres elementos del modelo pueden equipararse a los componentes del motor de un automóvil (Harris, 2009). Normalmente no es necesario conocer en profundidad la mecánica del motor para poder conducir un automóvil y sin embargo cuanto mayor sea nuestro conocimiento sobre el mismo, mejor utilizaremos el vehículo. Afortunadamente, en los últimos años ha crecido el volumen de textos explicativos que abordan de forma detallada y clara estos aspectos filosóficos y teóricos mencionados. Se alienta que las personas que se interesen en practicar ACT adquieran estos conocimientos.

Evidencia empírica

Desde la publicación del primer manual de tratamiento a la fecha se han realizado una cantidad creciente de estudios y se han publicado manuales con propuestas de tratamiento para diversas problemáticas. Entre 1986 y 2019 se han realizado más de 325 estudios controlados aleatorizados con resultados mayormente favorables para el modelo, y en ninguno de ellos se estableció alguna contraindicación o efecto iatrogénico (Hayes, 2019).

Un artículo del año 2020 (Gloster et al., 2020) arroja los resultados de una revisión de veinte metaanálisis que nuclean 133 estudios sobre ACT, con un total de 12.477 sujetos. Como resultado, se concluyó que ACT es un tratamiento eficaz para la ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias, el dolor crónico, los trastornos alimentarios y las situaciones de estrés, entre otras condiciones. ACT mostró ser -en términos generales- igual de eficaz que la TCC.

En la página web de la División 12 de la APA (American Psychological Association) se encuentra disponible información sobre la clasificación de la fortaleza de la evidencia para algunas de las condiciones abordadas por ACT. Se sugiere consultar ésta y otras guías de tratamientos eficaces para conocer los últimos estudios de eficacia con relación a psicoterapias y poder hacer un uso informado de ellas.

La práctica del modelo

Considere las siguientes preguntas: ¿Dejas o has dejado de hacer algo por el malestar que eso te podría provocar? En caso afirmativo, ¿Dejar eso, pudo haberte ofrecido también algo extra de malestar? ¿Cómo sería tu vida si el dolor psicológico desapareciera? ¿Harías cosas diferentes?

Estas son algunas de las preguntas que plantea ACT, y lo que se propone es acompañar a las personas en la construcción y

consolidación de una vida plena y con significado. Es precisamente en ese camino que las personas nos encontramos con problemas que generan malestar. Muchos de estos problemas son externos a nosotros y podemos aplicar todo tipo de estrategias para resolverlos. Los humanos al parecer somos especialmente exitosos en la resolución de problemas frente a otras especies del planeta. La dificultad para nuestra especie aparece cuando tipo de problema es interno; un pensamiento no deseado, una imagen molesta, sensaciones físicas o emociones indeseadas. La resolución de problemas no aplica allí, y sin embargo en muchos casos nos encontramos recurriendo a algún tipo de solución que funciona parcialmente o no reporta beneficio una y otra vez. Podemos tomar como ejemplo la experiencia del ataque de pánico, donde las personas suelen generar soluciones para evitar tenerlos; no pensar en algo que pueda desencadenarlo, evitar el tipo de estímulo o situación que lo evoque, distraerse, retirarse del lugar donde sea que aparezca. ACT señala que mucho del malestar que experimentamos tiene que ver con las formas con las que lidiamos con experiencias normales para el ser humano. Normal no es aquí sinónimo de deseable, sino que refiere a que es el tipo de experiencia que habitualmente tienen los humanos. El malestar se agrava y la vida comienza a verse más limitada cuando se hacen uso de estrategias infructuosas de forma repetida. En el caso de los ataques de pánico, con frecuencia ocurre que quién los experimenta se encuentra hipervigilante, aplicando los intentos de controlar la situación, y sin lograr modificar la experiencia del pánico.

Es allí donde ACT nos invita a trabajar para aceptar el dolor que inevitablemente forma parte de vivir siendo un ser humano. Encontraremos diversas experiencias de dolor y una parte de este no es evitable: la vida nos traerá desilusiones, rechazos, pérdidas, fracasos, enfermedades, envejecimiento. Además, nuestra mente puede traernos experiencias de malestar en

cualquier momento y lugar: recuerdos dolorosos, predicciones negativas, comparaciones, auto-juicios negativos. Ni aún en el mejor día de nuestra vida podríamos garantizar que no ocurran ese tipo de experiencias, esto tampoco es evitable. Se propone que la relación de los seres humanos con su mundo interno se ha tornado problemática; las teorías de la cultura, e incluso de la psicología han construido la noción que considera que la felicidad y el bienestar son lo esperable, y que lo que no genere –o interfiera- con este estado es algún tipo de obstáculo, un problema a ser resuelto, eventualmente psicopatológico. Las estrategias que aprendemos en la vida cotidiana para diversas situaciones tienen la forma de intentar no pensar, pensar en positivo, ser optimista, buscar algún tipo de alivio. Una forma de esta última estrategia es recurrir a la medicación.

ACT no es un modelo sea contrario a la búsqueda de bienestar o del uso de los recursos médicos existentes cuando éstos sean efectivos y no nocivos o infructuosos. Este modelo señala que la forma de pensar y afrontar experiencias que son parte inherente y no patológica de la realidad humana es en realidad "el problema". Los humanos intentan no entrar en contacto con ciertas experiencias internas, y en ese intento –que no puede funcionar- desarrollan un mayor sufrimiento. ¿Por qué se afirma que no puede funcionar? Diversos estudios, por ejemplo, los trabajos de Daniel Wegner sobre supresión del pensamiento (Wegner, 2011), han evidenciado lo que ocurre cuando los humanos intentan no experimentar pensamientos o sensaciones. Estos fenómenos internos se vuelven más salientes e incluso aumentan en intensidad y frecuencia. Tratando de quitar experiencias internas, es como estas permanecen. Una frase que se repite y se repite en los textos de ACT reza "en el mundo interno,

si no quieres tenerlo, entonces lo tienes". Adicionalmente, los intentos de solución fallidos tienen de repetirse, volviendo la conducta menos flexible, menos funcional y restringida. Si el tipo de "soluciones" mencionadas anteriormente sobre el ataque de pánico pueden servir de ejemplo, también pueden ser consideradas aquí las cosas que hace o piensa alguien con la finalidad de afrontar pensamientos recurrentes en lo que conocemos como Trastorno Obsesivo Compulsivo, o las conductas que atentan contra la integridad física o la vida, en personas con una experiencia emocional extrema. Si bien en cada caso debe realizarse una evaluación adecuada para entender exactamente cuál es la función que cumple determinada conducta, la evidencia indica que los humanos utilizamos diversas estrategias de evitación de la experiencia interna que simplemente no dan resultado.

La propuesta de ACT intenta promover una apertura o Flexibilidad Psicológica, que podría ser pensada como la contracara de la no aceptación del malestar inevitable. ACT buscar reducir una parte de la experiencia del sufrimiento humano a través de ciertos cambios. Señala seis procesos que corresponden a la Inflexibilidad Psicológica. En particular, los dos aspectos centrales corresponden a la tendencia a tomar a los pensamientos de forma literal y a las conductas rígidas de búsqueda de evitación de experiencias indeseables. Para los seis procesos que corresponden a la inflexibilidad, ACT plantea la posibilidad de desarrollar seis procesos que tienden hacia la flexibilidad.

Recordemos entonces que existe un nivel de malestar humano que no es evitable. Y existe sobre esto además, un sufrimiento esperable pero posible de ser incrementado o

aceptado. La inflexibilidad y las dificultades en la aceptación se relacionan con el malestar y el bienestar y el potencial humano se desarrollan con la capacidad de flexibilidad psicológica.

Veamos brevemente los seis aspectos que generan gran parte del malestar humano y las seis propuestas de ACT para trabajar con ellas. El modelo se denomina *Hexaflex*, y tiene un lugar central: funciona como el modelo de psicopatología de ACT, como modelo bienestar y como guía de la intervención psicoterapéutica. La conceptualización de un caso en ACT depende de la evaluación que realice el terapeuta desde las lentes del análisis conductual y de los seis elementos de la flexibilidad psicológica. La inflexibilidad en alguno de estos seis elementos puede comprometer la flexibilidad general de una persona.

La inflexibilidad psicológica consiste en:

Fusión Cognitiva: Nuestros pensamientos no son un problema en sí mismos, sino el asumir como verdad literal lo que nos dicen sobre el mundo, llevándonos a actuar determinados por ellos y consecuentemente dejando menos lugar para relacionarnos con las contingencias de nuestro entorno. Esto ocurre con poca o ninguna conciencia. Puede tomar diversas formas; evaluaciones, conclusiones, juicios, reglas.

Evitación Experiencial: intentos de evitar experimentar eventos privados –pensamientos, emociones, sensaciones físicas-. En este modelo, se considera que es nuestra mente quién nos indica que ésta es la solución para resolver una situación de ese tipo. La estrategia está destinada a fallar. Los humanos no podemos escapar de nuestra propia experiencia, y al intentarlo experimentamos aún más malestar. La sociedad promueve este tipo de conductas al alentar la búsqueda sostenida de la felicidad, la relajación, el intentar no pensar en ciertos temas, o señalar que el malestar es algo negativo que debe ser evitado o cambiado.

Apego al Yo-Concepto: Así se denominan a los contenidos verbales que los humanos utilizamos para describir y definir quiénes somos. Nuestro nombre y profesión, si "somos buenos" o "malos", "lindos" o "feos". Las descripciones sobre nosotros son útiles en múltiples situaciones. Por otro lado, la adherencia rígida –fusionada- a alguna de estas definiciones puede ser generador de inflexibilidad y de sufrimiento.

Predominio de un pasado conceptualizado y un futuro temido / Poco autoconocimiento: En la medida que los humanos nos enredamos con nuestros pensamientos, tomándolos de forma literal, perdemos contacto con lo que ocurre y con quienes somos en el aquí y ahora. Lo que creemos sobre el pasado y sobre el futuro toma mayor relevancia que las condiciones del presente e influye en la conducta.

Falta de claridad con relación a los valores personales: Muchas personas encuentran dificultades para identificar lo que desean para sus vidas. Se observa en diversas formas; falta de vitalidad o de intenciones, indiferencia hacia la propia vida, desesperanza, poca claridad con relación al sentido de las propias conductas. Las personas pueden expresar que no tienen valores o que no los desconocen.

Inacción, impulsividad, evitación: Encontramos problemas conductuales que se repiten. Conductas específicas que ocurren en demasía trayendo problemas y que la persona no logra controlar, o conductas específicas que ocurren menos de lo necesario y que la persona no logra activar.

La contracara de estos procesos es denominada Flexibilidad Psicológica:

El tratamiento que realiza ACT es un proceso no lineal y no protocolizado que lleva a las personas hacia el camino de una mayor flexibilidad general. La misma se caracteriza por seis

procesos que pueden pensarse como habilidades o capacidades: pueden aprenderse, entrenarse, expandirse en diferentes ámbitos de nuestra vida y convertirse en hábitos.

Defusión: habilidad de tomar conciencia de que estamos pensando, evitando así enredarnos con nuestros pensamientos o tomarlos como la verdad, aumentando la capacidad de decidir si queremos o no tomarlos en serio o actuar según lo que nos dictan. No se trata de discutir si los pensamientos son verdaderos o probables, se trata de reconocer a un pensamiento como un pensamiento, observar su contenido, tomar distancia de él y decidir qué hacer a continuación. Se trata de cambiar la relación con los contenidos mentales. Se realiza a través de ejercicios de ayudan a aumentar esta habilidad; un ejemplo de ello es ponerle "nombre" a la mente, asumir que no es nuestra amiga ni nuestra enemiga y darle gracias por los pensamientos que nos presenta.

Aceptación: La propuesta de ACT frente a la Evitación Experiencial son las habilidades de Aceptación. La aceptación no es equivalente a la resignación; es una conducta voluntaria, activa y consciente que consiste en reconocer y estar en contacto con la realidad del momento presente, incluyendo los eventos privados no deseados que puedan ocurrir, sin intentar de modificar su contenido o frecuencia. Los consultantes aprenden -a través de diversos ejercicios que el terapeuta promueve- a estar en contacto con emociones intensas, pensamientos indeseados, sensaciones físicas sin reaccionar.

Yo Contexto: Es la propuesta para evocar un punto de vista en el cual la persona es consciente de su flujo de experiencias sin apego a ninguna de ellas. Se trabaja a través de ejercicios de mindfulness, metáforas y ejercicios que contactan con la experiencia de un yo trascendente, que es diferente y más grande que todas las experiencias que se perciben. Este yo es el contenedor y observador de todas esas experiencias.

Estar presente: La Aceptación y la Defusión ayudan a ubicarnos en el momento presente, notando nuestras conductas internas y externas y cómo estas funcionan en nuestro contexto. Entre los diversos ejercicios posibles, los terapeutas pueden llevar la atención a las emociones ocurriendo en tiempo real a lo largo de la entrevista. Se pueden realizar ejercicios de reconocer cuando nuestros pensamientos se sumergen en los recuerdos o comienzan a trabajar en resolver problemas futuros, y elegir enfocarnos en lo que ocurre en el presente.

Claridad en los Valores: La clarificación de los valores ocupa un lugar central en la conceptualización de caso y en el trabajo en ACT. Facilita la Acción Comprometida, ya que el conocimiento de los propios valores ofrece un contexto posible para permitirse experimentar pensamientos, emociones y sensaciones que generen malestar. Esta búsqueda toma diversas formas; una conversación explícita preguntando a la persona las cosas que valora en la vida, el uso de cuestionarios o a través de una escucha atenta para extraerlos del relato del consultante.

Acción Comprometida: Se alienta la acción hacia los valores libremente elegidos. En este punto ACT puede incorporar dentro de sí mismo todo tipo de procedimientos conductuales tales como exposición, entrenamiento en algún tipo de habilidad específica, establecimiento de objetivos y pasos. El paso de la acción es de vital importancia; si conocer los valores equivale a mirar y conocer un mapa, la acción comprometida equivale a dar los pasos necesarios para transitar el camino elegido.

Comentarios finales

Como hemos mencionado, ACT no es un protocolo de tratamiento, aunque pueden construirse protocolos para situaciones particulares. El uso de los principios de ACT es flexible y no lineal. En la sesión –y en su vida- el terapeuta se esfuerza por utilizar las mismas habilidades de la flexibilidad

psicológica para promoverla en quién consulta. Particularmente, el terapeuta utiliza habilidades de Mindfulness para permanecer presente -aquí y ahora- y responder de forma efectiva y consistente con el modelo. Debe estar especialmente consciente de la aparición de diversas barreras para el progreso –entre ellas los seis componentes de la inflexibilidad psicológica- y promover la identificación y el trabajo sobre ellas a través de ejemplos, ejercicios, metáforas o cuentos, dando menor prioridad al uso de estrategias de psicoeducación y resolución de problemas. ACT puede incorporar la psicoeducación y estrategias estructuradas o directivas basadas en la evidencia si fuera algo efectivo y al servicio del aumento de la flexibilidad del consultante.

Las aplicaciones de ACT exceden los problemas trabajados clásicamente por la psicología y la psiquiatría, y es actualmente utilizada como una herramienta para potencial el bienestar y la salud humana en ámbitos deportivos, educativos, laborales y de la salud física entre otros.

Resulta de vital importancia que quienes se aproximen y apliquen el modelo de ACT conozcan los fundamentos que lo sostienen, comprendan las intervenciones y estén al tanto de las últimas evidencias sobre la pertinencia de su aplicación en cada situación. Una excelente alternativa es consultar la página web oficial de la ACBS siglas en inglés para Asociación para la Ciencia Contextual-Conductual: https://contextualscience.org/. Allí pueden encontrarse reseñas de libros, los últimos artículos de investigación en ACT, RFT y Contextualismo Funcional, además de recursos gratuitos para la práctica clínica.

Referencias Bibliográficas

Bach, P. A., & Moran, D. J. (2008). *ACT in practice: Case conceptualization in acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.

Gloster, A. & Walder, N. & Levin, M. & Twohig, M. & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science, 18*, 181-192. 10.1016/j.jcbs.2020.09.009.

Harris, R. (2009). *ACT Made Simple: An Easy-To-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger.

Hayes, S. & Strosahl, K. (2004) *A pratical Guide to Acceptance and Commietment Therapy*. Springer.

Hayes, S. & Strosahl, K. & Wilson, K. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. The Guilford Press.

Hayes, S. (2020). *Una mente liberada. La guía esencial de la terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Paidós.

Wegner D. (2011) Setting free the bears: escape from thought suppression. *American Psychologist, 66*(8),671-680. doi: 10.1037/a0024985.

Zettle, R. & Hayes, S. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *The Analysis of verbal behavior, 4*, 30-38. doi: 10.1007/BF03392813.

Introducción a la psicoterapia guestáltica y sus posibilidades de integración con otras escuelas terapéuticas

Patricia Tartacovsky[1]

Consideraciones preliminares

Presentaremos aquí una breve introducción a la Terapia Gestalt[2], sus orígenes, algunos de los conceptos básicos de su teoría y una manera funcional de integrarla con otras escuelas de psicoterapia.

Desde la perspectiva de la Psicoterapia Guestáltica, no es posible considerar la terapia, ni el Self, sin concebirlos como una serie de procesos de integración, asimilación y actualización. De esta misma forma pensamos el aprendizaje, el crecimiento y, en síntesis, la vida. Todo es proceso y todo proceso lleva a una integración.

También podríamos dar vuelta esta afirmación y pensarla al modo inverso, todo es aprendizaje, todo es crecimiento y cada proceso e integración es aprendizaje y crecimiento. Parece ser un

[1] Psicoterapeuta Integrativa Cognitivo-Guestáltica. Correo electrónico: ptartacovsky@yahoo.com

[2] Otro modo de llamar a la Psicoterapia Guestáltica, más relacionado con sus versiones originales tanto en inglés como en alemán: Gestalt Therapy o Gestalttherapie.

movimiento reversible. En cualquier caso, es movimiento. Y así como es imposible no comunicarse[3], parece ser imposible no moverse.

1. Orígenes de la Psicoterapia Guestáltica

Friedrich Perls y Lore Posner, psiquiatra y psicóloga, respectivamente, ambos con formación en Psicología de la Gestalt[4], Psicoanálisis y Filosofía Existencialista, además de artistas aficionados[5], fueron gestando este modelo a lo largo de la primera mitad del siglo XX, entre Alemania, Sudáfrica y Estados Unidos, aunque en principio dentro del propio psicoanálisis al que adscribían.

Finalmente, en 1951, junto con Paul Goodman[6] y Ralph Hefferline, Perls publica el texto que da inicio formal a la Terapia Gestalt, haciendo uso de su nombre propio por primera vez.

Al año siguiente se funda el primer Instituto Guestáltico en la ciudad de Nueva York[7], aunque posteriormente el grupo

[3] Primer axioma de la comunicación propuesto por P. Watzlawick, J. Beavin y D. Jackson.
[4] Psicología de la Gestalt, traducida habitualmente como Psicología de la Forma, reúne los estudios de los investigadores que trabajaron sobre la percepción (M. Wertheimer, W. Kohler y K. Koffka), la rehabilitación neuropsicológica (K. Goldstein), la psicología social (K. Lewin) y otras áreas del campo de la psicología, postulando principios conocidos como Leyes de la Gestalt: totalidad, pregnancia, figura-fondo, cierre, etc. La Terapia Gestalt toma parte de su nombre, así como algunas de sus concepciones.
[5] Fritz Perls estudió teatro con M. Reinhardt, entre otros, y Lore Posner, danza, con J. Dalcroze.
[6] P. Goodman fue sociólogo y educador de orientación pragmatista, con importante activismo en la contracultura estadounidense de los años siguientes.
[7] Además de F. Perls, L. Posner, P. Goodman y R. Hefferline, el grupo original estaba integrado por I. Fromm, P. Weisz, E. Shapiro y S. Eastman.

original se bifurcaría en Gestalt del Este y del Oeste[8], manteniendo una impronta más teórica la primera y más experimental la segunda.

Vemos en el Gráfico 1 los recorridos e influencias que han nutrido las vivencias y aprendizajes de Perls y Posner, asimilados en esta nueva configuración llamada Terapia Gestalt.

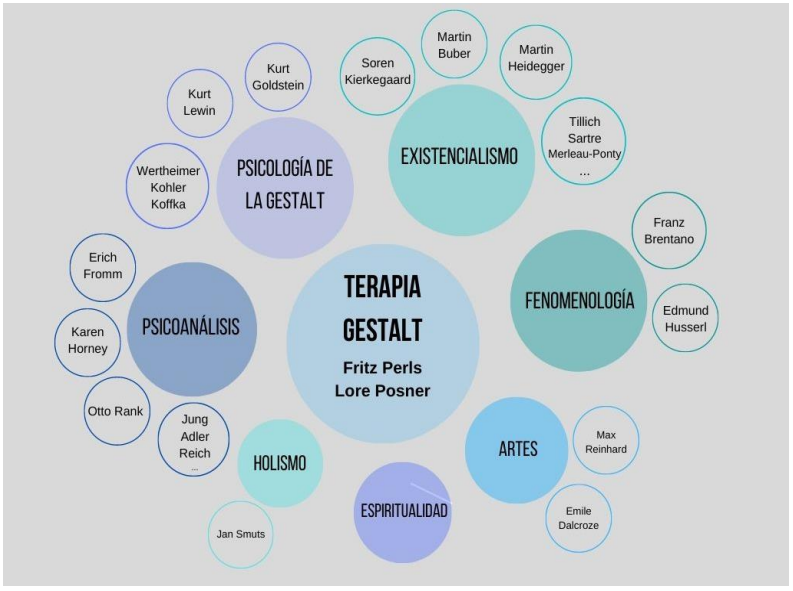


Gráfico 1. *Orígenes e influencias que confluyen en la Terapia Gestalt.*

2. Introducción a la Psicoterapia Guestáltica

La Terapia Gestalt es considerada una psicología humanista, en tanto comparte su perspectiva respecto de la persona, la salud y la psicoterapia.

[8]Principalmente en California, a partir de los años 60.

Gestalt es un término alemán que significa configuración, estructura o forma. La primera de estas acepciones sería la más pertinente a la Terapia Gestalt.

Para la Terapia Gestalt, el ser humano es una configuración única y particular, una totalidad en sí misma[9]. Esta totalidad forma parte, a su vez, de determinados contextos, con los que mantiene una permanente relación de influencia recíproca a lo largo de su existencia.

2.1. Tríada Guestáltica, Autenticidad y Campo

Para explicar la Terapia Gestalt, vamos a empezar por describir tres de sus conceptos fundamentales: Presencia, Consciencia y Responsabilidad. Esta tríada constituye lo que algunos autores consideran la "actitud guestáltica"[10] y que, en términos más coloquiales, suele expresarse como *aquí y ahora*, *darse cuenta*, y *hacerse cargo*.

Estar *aquí y ahora*, implica desarrollar un compromiso con la atención a uno mismo y a la realidad circundante. Este modo de estar presente da lugar al *darse cuenta*[11], es decir, ser consciente de las propias emociones, sensaciones, pensamientos, conductas y necesidades, así como de las características y posibilidades en la interacción con el contexto. Estando presente y consciente, la persona puede *hacerse cargo* de sí misma, siendo responsable de y para tomar sus decisiones.

La terapia con enfoque guestáltico busca atraer la atención al presente, conocer el modo en que aquello que sucedió o sucede

[9] Estos conceptos provienen tanto de la Psicología de la Gestalt como del Holismo, desarrollado por Jan Smuts.
[10] Propuesta por C. Naranjo.
[11] Originalmente en inglés: *awareness*, traducido habitualmente como darse cuenta, ser consciente o percatarse.

en otro tiempo y/o lugar afecta la realidad actual de la persona. Del mismo modo, las intervenciones del terapeuta resitúan la experiencia en el *aquí y ahora* del campo terapéutico[12].

El estar consciente o tomar consciencia, puede referirse a dos tipos procesos. Por un lado, se trata del estar atento a modo de observador, acto que se genera de manera voluntaria y en un continuo de tiempo. Por otro, alude a la comprensión integral súbita e involuntaria se emerge espontáneamente al descubrir algo nuevo o desde una perspectiva novedosa[13].

Además de la tríada expuesta, es necesario agregar el concepto de Autenticidad[14] a fin de encuadrar a los anteriores en la perspectiva existencialista que les da sentido. Nos referimos de esta manera a la congruencia de sentimientos, pensamientos y actos de la persona, que resultan de la autoaceptación y validación.

Para la Terapia Gestalt, el cambio sobreviene, no cuando la persona pretende ser quien no es, sino, por el contrario, cuanto más auténticamente es sí misma[15]. Desde esta perspectiva, la plenitud de la vivencia de sí mismo sólo puede darse en una existencia auténtica.

El concepto de Campo[16] al que hemos aludido, se refiere a la interrelación del organismo con su entorno. La persona no es un ente aislado sino un ser en relación con su entorno, esto incluye sus vínculos, su tiempo, su espacio, su historia, etc. El Ser siempre

[12] Campo cocreado por terapeuta y consultante.
[13] Esta última acepción suele ser considerada, en otros términos y culturas, como *insight* (no meramente intelectual) o *satori*.
[14] Concepto de existencia auténtica, planteado inicialmente por S. Kierkegaard y desarrollado, posterior y exhaustivamente, por M. Heidegger.
[15]Teoría Paradójica del Cambio, planteada por A. Beisser.
[16] Teoría del Campo propuesta por K. Lewin.

es en contexto[17]. El proceso terapéutico, a su vez, transcurre en el campo cocreado por terapeuta y consultante, a través de su interrelación y su trabajo conjunto.

En el Gráfico 2, vemos la interrelación de estos conceptos iniciales.

Gráfico 2. *Interrelación de la tríada guestáltica, la autenticidad y el campo.*

2.2. Relación Dialógica, Observación Fenomenológica y Experimentación

La relación de terapeuta y consultante es una relación dialógica[18]. La relación guestáltica no es un intercambio meramente profesional o intelectual, sino un encuentro humano en el que el terapeuta se implica en el proceso del consultante, intentando comprenderlo desde su cosmovisión.[19]

Cada proceso terapéutico requiere consideraciones particulares relacionadas con la problemática específica que la

[17] J. Ortega y Gasset lo expresó claramente en Meditaciones del Quijote: "Yo soy yo y mi circunstancia y si no la salvo a ella no me salvo yo".
[18] Desarrollada por M. Buber, especialmente en su libro Yo y Tú.
[19] El término alemán para este concepto es W*eltaunschauung*.

persona requiera trabajar, así como sus características de personalidad, su situación actual y su historia, así como serán específicas también las circunstancias del terapeuta y del proceso en sí mismo, en todas sus variables.

La observación que el terapeuta realiza de la situación planteada por el consultante es fenomenológica, en tanto no se pretende una improbable objetividad sino el acto de ser consciente de sus propios esquemas, creencias, teorías e hipótesis y de revisar su pertinencia, o no, a los fines específicos de esa configuración terapéutica.

La Terapia Gestalt da un lugar fundamental a la experimentación, por lo que los procedimientos terapéuticos de los que se vale son mayoritariamente experienciales. En este sentido, cada experiencia requiere ser vivenciada por el consultante en su proceso de apropiación de sí mismo, desarrollado a través de los sucesivos momentos dialécticos que expondremos en el próximo apartado.

2.3. Proceso Dialéctico, Asimilación y Actualización

La Terapia Gestalt es, en sí misma, un proceso dialéctico que se desarrolla a través de la continua síntesis de aspectos contrapuestos, como lo son el campo de organismo y entorno, la integración de cogniciones y emociones, de observación consciente y exploración experiencial, descubrimiento y asimilación, etc.

Asimismo, la integración de las polaridades presentadas por el consultante constituye una de las principales intervenciones que se realiza en el proceso terapéutico de enfoque guestáltico. Con estos procedimientos se aspira a lograr nuevas síntesis de

opuestos dialécticos, ya sean características complementarias, aspectos propios no conocidos o rechazados[20] o bien se trate de momentos de un continuo.

Tanto una como otra evolucionan a partir de la integración de aparentes opuestos en nuevas configuraciones que resuelven la contradicción y pueden, a su vez, convertirse en punto de partida de otras nuevas integraciones[21].

En el Grafico 3 podemos apreciar visualmente la integración de polaridades a modo de síntesis dialéctica.

Gráfico 3. *Proceso dialéctico de integración de polaridades.*

En el proceso terapéutico, a los momentos de integración de polaridades, le siguen los de asimilación y actualización. Es necesario que esa nueva síntesis lograda sea asimilada en el contexto de las circunstancias que originaron el antagonismo y actualizada en la propia concepción consciente de sí mismo del consultante.

[20] Aspectos de la personalidad en sombra, desde la perspectiva la de la psicología analítica de C.G. Jung.
[21] Proceso dialéctico en el sentido de J.G. Fichte o de G.W.F. Hegel, así como desde la perspectiva del desarrollo de totalidades holísticas de J. Smuts.

Desde esta perspectiva, los procesos a través de los que se desarrolla la persona o los distintos modos de abordaje de las problemáticas humanas no serían lineales ni circulares, sino una síntesis integradora de ambos, en donde cada transcurrir por estos tres momentos deviene en un nuevo giro superador, a modo de espiral ascendente.

Gráfico 4. *Proceso de desarrollo a modo de espiral ascendente.*

3. Integración de la Psicoterapia Guestáltica con otras Escuelas Terapéuticas

Podemos pensar en la Terapia Gestalt como una integración de las experiencias, prácticas, vivencias, conocimientos y pensamientos de sus fundadores, probablemente al igual que la creación de cualquier otra escuela de terapia, o de conocimiento o práctica de cualquier tipo.

La Terapia Gestáltica ha sido integrada, a su vez, de variadas formas y con diversas escuelas de psicoterapia, como es el caso de las terapias cognitivas, conductuales, sistémicas y

dinámicas[22] y ha sido adaptada de manera integrativa con otras disciplinas para su aplicación en diferentes cuadros u objetivos específicos como adicciones, traumas o enfermedades en fase terminal, entre otras.

Como hemos mencionado, tanto si hablamos de escuelas terapéuticas como si nos referimos al propio proceso terapéutico y, más específicamente, a la integración de aspectos de la personalidad, la integración genera siempre una nueva configuración que, en concordancia con el principio general de la Gestalt, es más que la suma de sus partes.

El proceso dialéctico al que nos referimos en el apartado anterior también podría ser pensado como una integración de conjuntos, en la que un tercer sistema incluiría las intersecciones con los dos anteriores, contando además con las características propias del nuevo sistema emergente.

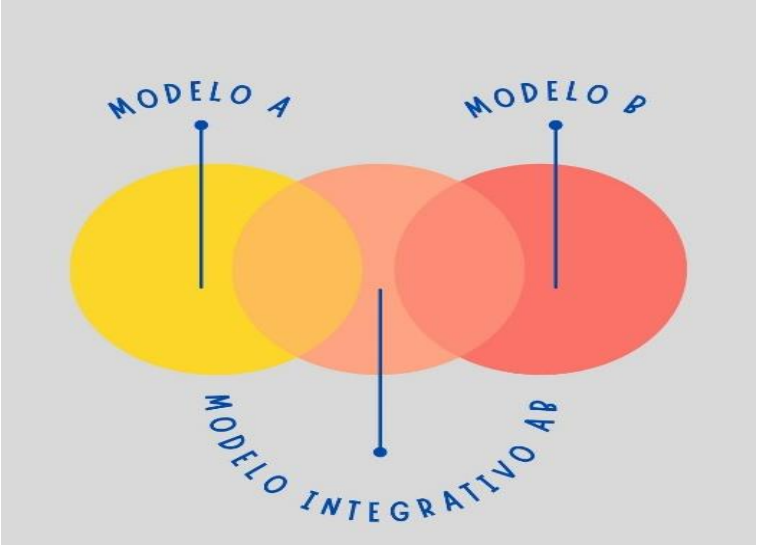


Gráfico 5. *Integración de dos modelos terapéuticos.*

[22] Ver Gestalt de vanguardia, compilación de C. Naranjo.

Este modo de considerarlo estaría limitado en el sentido de no incluir la intersección de ambos modelos anteriores entre sí y, por lo tanto, no representa cabalmente un proceso de integración. No obstante, podemos contar con su simplicidad y facilidad de comprensión, por lo que la tomaremos temporalmente como un posible modo de visualizar estos conceptos, teniendo siempre presente que toda representación, ya sea gráfica como teórica, no es más que una hipótesis, una propuesta, un modelo que sirve para pensar, pero que no es la realidad[23], aunque perseveremos en intentar aproximarnos lo más posible.

Cada nueva corriente psicológica declaradamente integrativa elige características para preservar y aspectos para desdeñar de cada uno de los predecesores que pretende integrar en su propuesta. Habitualmente llamamos a las características seleccionadas "cualidades", o "aspectos funcionales" y es por ello por lo que se los integra al nuevo modelo, aunque esta apreciación es siempre relativa a la perspectiva desde donde se la considere.

La integración en psicoterapia responde, en la mayoría de los casos, a la intención de lograr un modelo más comprehensivo y/o más actualizado que aquellos de los cuales que se partió.

La integración en psicoterapia permite contar con mayor amplitud de observación y flexibilidad de recursos, favoreciendo un acercamiento más certero a las necesidades, posibilidades, circunstancias, contextos y demás particularidades de los consultantes.

A fin de salvaguardar su consistencia, en los casos en que se integran más de dos modelos terapéuticos, es conveniente que estos procesos se lleven a cabo de manera gradual.

[23] Recordemos la metáfora de A. Korzybski" El mapa no es el territorio".

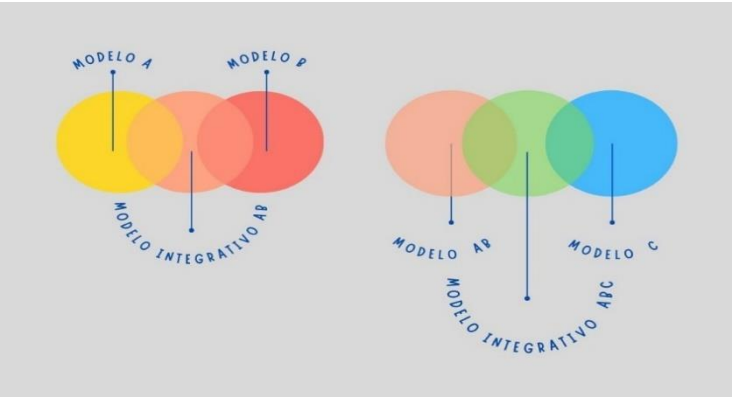


Gráfico 6. *Integración de un tercer enfoque al modelo integrativo previo.*

La integración en psicoterapia será consistente en la medida en que cumpla con una serie de requisitos básicos, que podríamos sintetizar de la siguiente manera: la coherencia de los modelos originales en sus concepciones fundamentales sobre la persona, la salud, la función del terapeuta, entre otras; la congruencia entre los postulados de las distintas perspectivas teóricas y la correspondencia de las herramientas propuestas para las intervenciones terapéuticas con las variables de todos los agentes del proceso.

CONSISTENCIA DE LOS MODELOS INTEGRATIVOS

COHERENCIA	CONGRUENCIA	CORRESPONDENCIA
Con las concepciones fundamentales de persona, salud, función del terapeuta y otras	Entre los supuestos planteados por las distintas escuelas terapéuticas	De las intervenciones con las variables de todos los agentes del proceso

Gráfico 7. *Parámetros de consistencia de los modelos integrativos.*

Como ejemplo de este procedimiento y, nuevamente, de manera muy simplificada, podemos pensar una posible integración del enfoque cognitivo-conductual, el cual presenta ya su propia integración previa, y el gestáltico, que posteriormente se actualizaría con la integración de un tercer modelo que, en este caso, sería el EMDR.

Podemos graficarlo como una espiral ascendente, al igual que hicimos al pensar en los procesos de desarrollo dialéctico de totalidades, o volver a pensarlo como pares de conjuntos que se integran creando uno nuevo, o bien intentar la integración de ambas modalidades, lo cual se vería del siguiente modo.

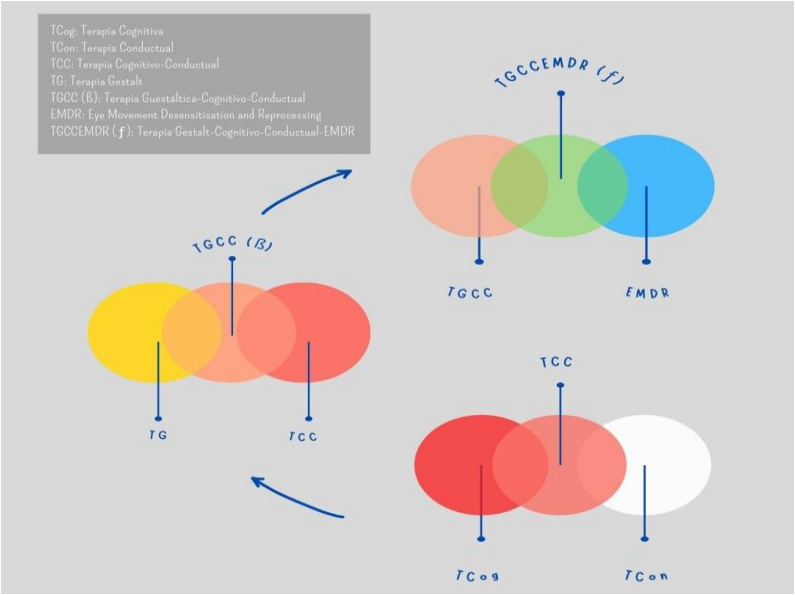


Gráfico 8. *Integración sucesiva de escuelas terapéuticas en nuevos modelos integrativos.*

Hemos nombrado cada modelo integrativo con las iniciales de las escuelas en las que se ha originado, siguiendo el

patrón del primero (TCC) y favoreciendo el reconocimiento de las fuentes, aunque consideramos más apropiado, desde la perspectiva guestáltica, que cada nueva configuración sea considerada como tal, motivo por el cual hemos adicionado los símbolos ß y *f* a cada integración posterior.

El modelo integrativo expuesto no es más que uno de tantos factibles, requeriría un ensayo completo su descripción y justificación, por lo que se presenta aquí, de manera esquemática, al sólo efecto de ejemplificar el procedimiento de integración de escuelas terapéuticas y sus posibilidades, desde la perspectiva guestáltica.

Consideraciones finales

Han quedado fuera de este texto grandes cantidades de ideas, explicaciones, desarrollos, referencias, ejemplos y diagramas. No queda más que aceptar que la realidad tiene sus límites y que en cada momento y circunstancia, realizamos los ajustes creativos[24] necesarios para adaptarnos.

A modo de síntesis final de esta compacta exposición, repetiremos lo expuesto de manera connotada y denotada a lo largo de la misma: todo es proceso, todo es aprendizaje, todo es integración.

Se ha dicho que existen tantas formas de hacer gestalt como gestaltistas trabajando.[25] Probablemente esto sea aplicable a todos los enfoques en psicoterapia, teniendo en cuenta el estilo

[24] Un "ajuste creativo", a diferencia de un "ajuste conservador", es la mejor adaptación posible aquí y ahora, manteniendo el equilibrio funcional de la interrelación organismo-entorno, considerando todas las variables conocidas del campo.
[25] Atribuido a Lore Posner.

personal de cada terapeuta, su contexto, su historia, sus conocimientos y experiencias de vida. Este escrito es, por tanto, también una perspectiva, la integración de un recorrido propio.

Referencias Bibliográficas

Ceballos, D. (2016). Healing de Split: sobre el concepto de integración en la terapia Gestalt. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria.* 2016, 12 (1), 69-76.

Fagan, J. y Shepherd, I. L. (comp.) (2005). *Teoría y técnica de la Psicoterapia Guestáltica*. Amorrortu editores.

Gaete, J., Aristegui, R., Krause, M. (2017). Cuatro prácticas conversacionales para propiciar un cambio de foto terapéutico. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 26* (2), 220-231.

Muller Granzotto M.J. y R.L. (2009). *Fenomenología y Terapia Gestalt*. Editorial Cuatro Vientos.

Naranjo, C. (Ed.) (2004). *Gestalt de vanguardia*. Editorial Lumen.

Naranjo, C. (2006). *La vieja y novísima Gestalt*. Editorial Cuatro Vientos.

Palma, B., y Cosmelli, D. (2008). Aportes de la Psicología y las Neurociencias al concepto del "Insight": la necesidad de un marco integrativo de estudio y desarrollo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 3 (2), 14-27. Universidad de La Frontera.

Peñarubia, F. (2004). *Terapia Gestalt.* Alianza Editorial.

Persls, F. (1999). *El enfoque gestáltico y testimonios de terapia*. Editorial Cuatro Vientos.

Perls, F. (1998). *Sueños y existencia*. Editorial Cuatro Vientos.

Perls, F., Hefferline, R. y Goodman, P. (2002). *Terapia Gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Sociedad de Cultura Valle-Inclán.

Polster, E. y Polster M. (2001). *Terapia guestáltica.* Amorrortu editores.

Sanchez, F. (2008). *Terapia gestalt: una guía de trabajo*. Rigden Edit.

Woldt, A. y Toman, S. (comp.) (2008). *Terapia Gestalt. Historia, teoría y práctica*. Manual Moderno.

Yontef, G. (2009). *Proceso y diálogo en psicoterapia gestáltica.* Editorial Cuatro Vientos.

Zinker, J. (2003). *El proceso creativo en la terapia guestáltica*. Editorial Paidos.

Miradas locales y situadas de las Prácticas Narrativas desde una perspectiva de género

María Julia Zúñiga Licarze[1] y María Belén Mondini Bordín[2]

Una introducción a dos voces

Refiere David Epston en el texto titulado "Re-imaginar la terapia narrativa: una ecología de la magia y el misterio para el Pensador independiente en los tiempos de yerra" (2018) que Michael White, en el período anterior de su fallecimiento, estaba pensando en por qué las y los terapeutas sonaban/soñaban como él, en lugar de soñar/sonar como ellas/os mismas/os…

Es así como queremos desarrollar el presente texto, aventurándonos a hablar desde nuestros contextos vitales, como mujeres latinoamericanas, argentinas, provenientes de dos pueblos de la Provincia de Mendoza, blancas, adultas, terapeutas recibidas de una Universidad de Psicología Privada, madres en familias nucleares, entre tantas otras que podríamos mencionar…

[1] Universidad del Aconcagua. Correo electrónico: mjzuniga.psi@gmail.com
[2] Universidad de Mendoza. Correo electrónico: belen.mondini@um.edu.ar

La elección de las Prácticas Narrativas dentro del Modelo Sistémico-Complejo…

Empezamos contándoles que lo que sigue son una serie de contenidos asociados a muchas preguntas, que no precisamos dar respuesta aquí. Nos gusta la idea de estas preguntas generadoras de más preguntas, más que aquellas formuladas con la intención de producir una respuesta. Pensamos además que las buenas preguntas tienen múltiples respuestas posibles, permiten formular alternativas liberadoras y también que algunas preguntas son más poderosas que las respuestas en sí mismas.

Creemos que son más importantes en nuestros tránsitos por la vida aquellos puntos suspensivos que dan cuenta de la complejidad de nuestra existencia, que otros puntos finales que cierran posibilidades, fundamentalmente cuando de afirmaciones opresoras se trata...

Por lo que verán mucho de estos puntos: …

Consideramos de suma importancia poder visibilizar desde dónde hablamos cuando hablamos. En esa línea, al asumirnos como terapeutas narrativas, queremos generar una claridad y un sentido al siguiente recorrido… ¿Qué implica para nosotras? En primer lugar, que aceptamos las premisas básicas, sustento ético, político, estético, poético de su praxis… Podríamos mencionar un segundo, un tercero y así, mas pensamos que ese "espíritu narrativo" es el marco de los marcos en nuestras particulares formas de pensar/experimentar el sistema terapéutico.

Desde lo sistémico-cibernético no es posible separar nuestra epistemología, nuestros paradigmas y las teorías que "tomamos" para comprender, de las prácticas. Simplemente guían nuestras prácticas, o mejor, se entrelazan complejamente con y en ellas.

En el ámbito clínico, la manera de trabajar desde lo narrativo se relaciona fundamentalmente con conversaciones en las que aparecen en un lugar de privilegio las historias que quienes nos consultan refieren como autores/as de sus propias vidas. Aquí es donde nuestras preguntas cobran una especial importancia, provenientes de una genuina **curiosidad** y respeto por las atribuciones y significados que quienes consultan ofrecen en sus historias de sí mismos/as, de sus vidas y sus problemas.

Mediante las mismas los/as terapeutas intencionamos contribuir a la co-creación de una o varias "contra-historia/s" (Epston y Carlson, 2018) en la que imaginar es de suma importancia. Historias que iluminan y al hacerlo despiertan escenarios más bellos, dignificantes y ricos, poniendo en primera plana todo aquello de bueno que ha quedado "hundido", "atrapado", "asfixiado" por la historia del problema.

Existen, al decir de Epston y Carlson (2018) preguntas con "duende"… Aquellas que les permiten a las personas dar un giro algo así como "mágico" en sus vidas. Estos giros que se dan dentro y también fuera del ámbito terapéutico, son comparables con los "saltos cuánticos" en física, en tanto a cambio estructural, profundo, que puede producirse ahí, en un momento, en donde la re significación es de suma importancia, diría Bateson (1988): es porque creemos, que vemos. No sucede al revés. ¿Qué pasa entonces cuando las personas comienzan a ver(se) y a creer en estas renovadas historias?

Contamos como seres humanos con la posibilidad de re-significar hasta los cimientos más profundos del ser, como lo son nuestras identidades.

Una posible historia del "marco" Narrativo en terapia

Los 2 varones que desarrollan el Modelo Narrativo, el Australiano Michael White y el canadiense de nacimiento y posterior Neozelandés David Epston, toman a algunos varones más como sustento epistemológico: el francés Michel Foucault, el argelino Jacques Derrida, el inglés Gregory Bateson y el norteamericano Jerome Brunner (considérese no casual el calificativo de varón).

Actualmente y cada vez con más fuerza, las prácticas narrativas se toman de la mano con epistemologías o cosmovisiones llamadas Pos-estructuralistas, Posmodernas y/o Socio-construccionistas (con diferencias entre sí pero que comparten ciertas premisas).

De la última, el exponente principal es el varón norteamericano Kenneth Gergen. Nos detendremos unos párrafos para contar su mirada.

K. Gergen (2007) (así como el biólogo y epistemólogo chileno Humberto Maturana, fallecido hace unos días) plantea que el lenguaje es inherentemente un producto del intercambio humano y que el lenguaje viable depende de una coordinación común, por lo que siempre se trata de un evento relacional. Que tenga sentido (o sea definido como racional) es una forma de participación comunal. Conocemos como terapeutas cuáles son las consecuencias de que algo sólo tenga sentido para una sola persona, de hecho, tenemos etiquetas diagnósticas al respecto.

Esta visión nos invita a concebirnos como seres fundamentalmente interdependientes. El lenguaje adquiere significados dentro de formas continuas de interacción, que Wittgenstein (1957, citado en Gergen, 2007) denominó "juegos del lenguaje" (siga tomándose nota de que se trata de otro varón).

Desde esta perspectiva "ser objetivo" por ejemplo, es jugar con las reglas de una tradición específica de prácticas sociales, donde algunas personas son colocadas en un lugar de neutralidad y además en una posición de complementariedad superior al resto, dado que de la mano de la misma se encuentran las supuestas verdades.

El lenguaje es constitutivo del mundo, generando y sosteniendo ciertas formas de práctica cultural, tiene un aspecto pragmático, performativo, por lo que las palabras que utilizamos son constituyentes activas del mundo de relaciones en el que vivimos. A su vez, puede ser tratado como poseedor de una realidad independiente de él mismo. Las naturalizaciones, son ese tan conocido: "así son las cosas". El subtexto diría algo así como: "dado a que estas son las categorías que tenemos para definirlas". Un buen ejemplo es la construcción del género y la sexualidad humana, como funcionando en binomios: hombre-macho-masculino, mujer-hembra-femenina, hetero-homosexual… Y empieza el caos cuando queremos correrno de estas categorías cerradas preestablecidas. ¡Nos faltan palabras!

Las consecuencias pragmáticas son independientes del lenguaje también. En este sentido, uno/a puede dar tanta importancia al término *fuego*, que tiene su observable directo en dimensiones espaciotemporales específicas, como al término *infierno* (que no posee dicho observable, o al menos desde algunos paradigmas), fundamentado en otro lenguaje pero que en esencia **tiene el mismo poder pragmático**, derivado en gran parte **por prácticas comunes de aprobación social**. Por ejemplo, la violación de las reglas de expresión social (ponerme feliz ante la muerte de un ser querido de un amigo) puede generar el fin de esa amistad (Gergen, 2007).

"Es en el compromiso ilimitado con una forma particular de definir "lo real" que nos convertimos en sordos, que los diálogos cesan y que descendemos hacia el fin del significado."

(Gergen, 2007, p. 102). Siempre que en el sentido anterior "somos sordos/as y ciegos/as", estas sorderas y cegueras implican a otros/as. Son otros/as (sus costumbres, sus creencias, sus hábitos, sus conductas y más importante aún: su ser) los/as que son negados/as, discriminados/as, estigmatizados/as, excluidos/as. Es en este sentido, que el lenguaje también conlleva efectos colonizadores: vemos, oímos y empoderamos a unos/as, en detrimento de otros/as.

Al existir "jerarquías de racionalidad" dentro de la cultura, aquellas personas y grupos consideradas más racionales, se encuentran en posición complementaria superior respecto del resto. En este sentido los y las profesionales de la salud mental somos instrumentos de generación y mantenimiento de estas estructuras de poder y dominación (entre otros ámbitos de las ciencias).

Los/las construccionistas sostienen que la responsabilidad es una tecnología para sujetar a los yoes al discurso social (Agudelo Bedoya y Estrada Arango, 2012). Un símil a las maniobras de inducción de culpa que utilizan las familias para mantener a sus miembros sosteniendo el *statu quo*.

Siendo nuestras estructuras "mentales" similares a la de los contextos en los cuales crecemos ¿Cuánto seremos capaces de deconstruir? O dicho de otro modo ¿Hasta qué punto llegarán nuestras libertades en medio de dichos condicionantes? Siempre queda un resto de dependencia o, en palabras de Edgar Morin (un varón más), posesión. Aquí nos queda como alternativa ver que hay mucho que no vemos, y mucho que no veremos.

Estamos inmersos/as en los juegos del lenguaje que al mismo tiempo están inmersos en los juegos de la vida, y es a través de estos juegos en múltiples niveles de abstracción que las palabras adquieren significado. Cuando hablamos, participamos de danzas culturales y es por y a través de éstas que adquieren su utilidad. La complejidad de las danzas es inagotable.

Una historia (locución) es una acción con efectos. Contiene propósitos e intenciones (acto ilocutivo) por lo que actúa creando, sosteniendo o alterando mundos de relaciones sociales (acto perlocutivo) ¿Qué formas de acción promueven las historias en diferentes situaciones y qué tipos de danzas generan, facilitan o sostienen? ¿Cuáles prohíben? Son las evaluaciones más importantes en la consideración de las narrativas sean científicas o no, realizadas por consultantes o terapeutas, por políticos o economistas y por cualquier persona. Esto implica considerar la circulación del poder en las narrativas del lenguaje.

Las Prácticas Narrativas ponen el foco en las historias que cuentan (en nuestra presencia) las personas que consultan, priorizando la propia autoría de las mismas desde una simetría relacional básica con la que se establecen encuentros colaborativos, basados en el intercambio y la conversación.

Volvamos a algunas bases epistemológicas del modelo.

De Gregory Bateson, toman la consideración de todo conocimiento como acto interpretativo… No es posible la neutralidad, siguiendo la máxima de Alfred Korzyvsky: *"El mapa no es el territorio"*. Es desde ese lugar que Bateson refiere que todos/as tenemos una epistemología, y que aquellas personas que sostienen que no es de esta manera, poseen una muy mala. Implicando que su verdad es la única verdad (así como hacían los positivistas modernos y muchas/os continúan haciendo en la actualidad). Las interpretaciones de los acontecimientos vitales se generan en el particular encaje entre la persona y su contexto, a lo que Bateson denominó "deuteroaprendizaje". Las personas aprendemos a aprender, aprendemos cuáles son las posibilidades dentro de los múltiples contextos que habitamos. También en su concepto esquismogénesis es que habla de cómo las normas de conducta individual son resultado de patrones interaccionales acumulados en los intercambios entre personas (1935). A su vez,

Bateson (1998) con su concepción de información como la "noticia de una diferencia", introduce la dimensión temporal, como una manera de percibir acontecimientos en el tiempo (cambios) tan importante para la construcción de narrativas.

De Michel Foucault la noción del poder en sus efectos positivos, constitutivos. El poder asociado a verdades normalizadoras que configuran nuestras vidas y nuestras relaciones, a las que se les asigna el estatus de verdad, generando cuerpos, acciones, vidas, individualidades que reproducen este poder (su satus quo) como agentes de control del mismo: poder de los/as "expertos/as". Foucault manifiesta que el "poder de los/as expertos/as" perpetúa el mantenimiento de las historias dominantes. Así, se observa una gran repercusión en el componente político que Michael White explicita en las prácticas psicológicas, que hasta el momento (y en muchas ocasiones en la actualidad) en las demás escuelas se apoyaba en el conocimiento como fuente de poder.

Los relatos acerca de quiénes somos se encuentran entrelazados con estos entramados definitorios, ideas construidas a las que les asignamos un estatus de verdad, verdades "normalizadoras". De esta manera el poder subyuga, somete y domina las individualidades que pasan a ser "cuerpos dóciles" participando como vehículos del mismo. (White y Epston, 1993)

De Jerome Brunner tomamos que no sólo las personas son creadoras de narrativas, sino que las narrativas también crean a las personas (2000). Para él, como seres humanos, somos relatoras/es de la experiencia y desde esos relatos le damos sentido a todo lo que vivimos, vamos significando todo lo que sucede a nuestras vidas. Así, los relatos serían distintos de los argumentos, éstos

últimos se basan en el criterio de verdad, una lógica formal empirista, en cambio los relatos se asocian a la semejanza con la vida, generando verosimilitud, son coherentes al secuenciarse temporalmente en pasado-presente-futuro.

En relación a la propuesta de Jacques Derrida, Michael White (1993) trabajó con la Analogía del texto, refiriendo que, así como los textos, las historias poseen varios significados y por ende, diferentes caminos/alternativas/interpretaciones posibles. Así, nunca una lectura podrá ser en sí misma la interpretación de todo el texto, de la misma manera en que nuestras historias no terminan de dar cuenta de la vasta ecología de significados vitales. Las historias que contamos entonces necesariamente han de dejar significados "por fuera" (significados subyugados). Nuestras lecturas de textos (y de la vida también) se relacionan con momentos vitales, con las palabras, las oraciones, las frases en las que ponemos el acento. La historia puede crecer infinitamente… Se privilegian significados diferentes en diferentes momentos y también pueden existir significados contradictorios.

Así como cada nueva lectura de un texto puede ofrecer la oportunidad de una renovada interpretación (puntuando los sucesos de una manera diferente, destacando elementos que antes se encontraban ocultos o solapados y resaltando otros), es posible dar lugar a las re-escrituras de la vida abriendo un abanico de posibilidades más satisfactorias, liberadoras y saludables. Desde esta perspectiva siempre algo permanece no contado, dado que es imposible abarcar "el todo" en las multihistorias humanas, pensamos que tal vez no existe tal cosa como un todo.

Al narrar, editamos, como recurso saludable… No sería posible recuperar en cada momento todos los eventos de la vida. En estos necesarios recortes es importante que no primen historias opresoras, puestas en el lugar de verdades absolutas.

Por último, y a sabiendas de que ni siquiera estamos cerca de agotar las bases de esta práctica exquisita, nos venimos más cerquita, por acá por Argentina, para mencionar a Carlos Sluzki (sí sí, se trata de otro varón) quien refiere que para darle sentido a nuestras vidas las personas necesitamos organizar nuestras experiencias, secuenciándolas temporalmente con el objetivo de construir un relato coherente de nosotras mismas y del mundo que nos rodea.

Sluzki (2006) define el sistema narrativo como un sistema constituido por personajes (los/as actores y actrices, los/as participantes), acciones (los eventos que tienen lugar) y escenario (el contexto espacio-temporal), entramados en un tejido que las mantiene: la trama que establece la lógica o la coherencia de la historia. Ésta genera (y es mantenida por) ciertos sostenes éticos, a saber, los corolarios morales, que son acuerdos consensuados acera de cuáles actos y cuáles personajes son virtuosos y cuáles no, qué es aceptable y qué no lo es. La trama también contiene corolarios de comportamiento, es decir, genera y justifica que es lo que se hace o se deja de hacer como consecuencia de la historia. Dichos corolarios agregan coherencia a la trama y excluyen tramas alternativas. El "paquete" (personajes-escenarios-acciones-trama-corolarios) constituye el sistema "historia", inmerso a su vez en las galaxias de narrativas socioculturales y las que provienen de las leyendas o tradiciones familiares y de la red social personal. Como en todo sistema, pensamos que cada uno de estos aspectos de la narrativa afecta y se ve afectado por los otros.

A "vuelo de pájaro". Las creencias que sustentan nuestras prácticas

El problema es el problema. La persona NO es el problema y el problema NO ES la persona. Afirmación que suele darse por sabida, mas muchas veces se trabaja como si problema y persona fueran lo mismo, la misma entidad unificada.

¿Cómo acompañamos a las personas en sus procesos de cambio? ¿Qué caminos son posibles recorrer cuando asumimos que problema y persona son diferentes? ¿Cuáles son posibles cuando las asumimos como una unidad? Separar no implica no ver las pautas que conectan una y otro… No se trata de quitar

responsabilidad tampoco. Sí conlleva el poder ayudarle a la persona a verse desde un renovado lugar, de posicionarse en su "relación con" el problema.

Las personas son expertas en su propia vida el saber, las creencias, costumbres locales, comunales, barriales asociadas a los múltiples contextos vitales de las personas que consultan son tan legítimas como las nuestras. Nosotras somos expertas en generar conversaciones que les ayuden a abrir caminos más felices, no nos apropiamos de las historias de quienes nos consultan, no las teñimos de ciencia psicológica… Las conversaciones pueden presentarse de diferentes maneras, así las directoras de Encuentros Prácticas Narrativas (Mónica, Susana y Viviana) las definen como recursos dinámicos que podemos utilizar en nuestro trabajo: junto a las conversaciones de externalización, podemos tener conversaciones de re-autoría, de re-membranza, de lo ausente pero implícito, de andamiaje… Estos mapas definidos por Michael White (2007/2016), entre otros posibles.

Pero es importante recalcar que estos "mapas" de ninguna manera han de establecerse como guías explícitas con pasos rígidos, ni como maneras de hacer como recetas pre-establecidas, sino que lo que prepondera será la complejidad, incertidumbre, espontaneidad y unicidad de cada encuentro.

Las multihistorias posibles como hacedoras de vida e identidades

Los significados, las historias que nos son contadas y que nos contamos a nosotras/os mismas/os emergen en y por las relaciones, por las pautas de relación cultural y de un contexto socio-histórico-político-económico específico, por la que no las entendemos como fenómenos dados o naturales. En este sentido las palabras no son inocentes, sino "portadoras" de intereses y

diferencias de poder, y nosotras como profesionales de la salud mental, tampoco somos inocentes al utilizar ciertas palabras, expresiones, dichos, metáforas, narraciones, siendo responsables de presentificar de un modo muy concreto los poderes que conllevan. Aun el poder que circula implícito y solapado genera una fuerza "constructora de vida", fuerza que ayudamos a mantener cuando les damos uso.

Sostenemos que el poder se concentra en lo que ha sido llamado Historia Oficial (o relato dominante al decir de Foucault), con todos los peligros que este tipo de historias conllevan, fundamentalmente lo peligroso de la "Historia Única" en palabras de la escritora feminista africana Chimamanda Adichie.

La Historia (esa formulada en singular) se presenta como el universo de posibilidades, no uno, sino "*el*" (único posible), y dada la maravillosa ecología humana en la que vivimos, podemos pensar que todo universo de significado presentado como verdad absoluta, como única posible y legítima, genera poderosos efectos opresores, marginalizantes, estigmatizantes y "quitadores de vida y bienestar", es decir, de salud.

Están formulados al decir de la terapeuta colombiana, migrante norteamericana marcela polanco, desde cosmovisiones que se pretenden generalizar, posmodernas y neocapitalistas, neoliberales… que establecen una matriz, en la que para quienes cumplen las condiciones existe la posibilidad de "inclusión" (paradojalmente la inclusión es una palabra que conserva el status quo de la matriz).

(Hacemos un paréntesis para contar que la minúscula del nombre es por respeto a la forma en que ella misma decide

escribirlo. Según sus palabras, si escribimos sol, cielo y agua con minúscula, por qué escribir el nombre "propio" con mayúscula (es que así nos han enseñado, ¿No?).)

Así la autora refirió en un Seminario internacional (2020): *"Me hicieron mujer para poder discriminarme en relación a los hombres. Yo no soy de color, me "colorearon" porque hay intereses económicos, políticos, sociales para los que estas categorías nacieron y se sostienen".* Creemos que todas estas categorías del lenguaje son culturales, no biológicas: lo humano, lo no humano, la mente, las relaciones, los colores, las funciones cognitivas, la personalidad y el cielo (por lo menos, aquel que nos es posible conocer).

Existen lógicas de diferenciación de estatus y poder: la raza, el género por dar algunos ejemplos, son organizaciones relacionales ficticias, inventadas por la Modernidad. Una que divide el mundo. La misma lógica por la que nos enseñaron a decir que habitamos aquí en el "tercer mundo". Lógica eurocentrista y legitimadora de saberes que provienen de allá y no de por aquí (recuerden el género y procedencia de los pensadores que desarrollan el modelo). Que define un centro y por consecuencia establece también periferias. Que define la civilización y entonces la incivilización como contrapartida… Y en la misma lógica que la ciencia psicológica define la salud, con su metodología para curar. En palabras de marcela: *"Tengo licencia de acceso a esta metodología para curar a estas personas que primero nuestra profesión volvió enfermas para intervenir sobre ellas"* (2020).

Prestar especial atención al sistema narrativo de la persona que nos consulta, que en su intercambio con el nuestro puede generar un plus, un "algo más", un más allá… Alternativas

enriquecidas, en tanto nos dejan con opciones (a quienes nos consultan y a nosotras/os como terapeutas). La persona, la pareja, la familia como autoras principales de sus vidas…

¿Qué historias están disponibles para ser contadas por y para nosotras/os? ¿Cuáles han sido facilitadas en nuestras experiencias vitales? ¿Mi familia, mi barrio, mi comunidad, la sociedad de la que formo parte? ¿Sería "la misma" si no hubiera crecido en calles de tierra, con ese canal en el que jugábamos incansablemente con mi grupo de amigas, autodenominadas "las guerreras"? (Virna, hermana del alma y colega me hizo notar que nunca fuimos "princesas", lo cual, he de reconocer que me enorgulleció bastante).

Ahí las socioconstrucciones funcionan como pilares fundamentales sobre los cuales se erige nada más y nada menos que aquello que se nos "aparece" cómo nuestras identidades…

En nuestro ser multihistoriados-multihistoriadas es que podemos "elegir" (dentro de los condicionamientos) nuestra identidad preferida, si es que somos posibilitado/as para eso. Cuán grande es el abanico de posibilidades para cada quien, difiere según los privilegios vitales. Privilegio haber nacido y habitado en familias amorosas, por ejemplo, privilegio de haber tenido cubiertas nuestras necesidades básicas, privilegio de que algunas personas nos miraran, nos reconocieran y acompañaran con amor… Y cuántos más podrían formar parte de esta lista.

Es así, en ese encaje que pensamos la vida humana. Nuestra salud y nuestros particulares modos de "locura" tendrán íntima relación con nuestros múltiples contextos. Lo que llamamos patología tiene presencia sólo en coherencia con estos sistemas, sistemas narrativos.

Y los nombres/categorías del lenguaje, de lo considerado como patológico tienen efectos pragmáticos concretos. Se hacen literalmente carne y cuerpo, conducta y relaciones... vida y realidades.

Los problemas que tenemos como personas son tales en tanto significados en un contexto espacio/temporal específico, ejemplos por doquier… El género constituye un excelente ejemplo para nosotras.

Será tal vez porque sabemos de qué se trata *haber crecido como* y *estar siendo* mujeres… Sabemos de mujeres que nos rodean con las que compartimos las mismas problemáticas… Porque escuchamos en nuestras consultas a mujeres que sufren, por las mismas razones que vimos sufrir a nuestras madres, abuelas, ancestras y a nuestras coetáneas. Será desde ahí que podemos hermanadas generar comprensiones que trascienden las individualidades, dando cuenta de las mismas, pero no siendo devoradas por la historia individualizadora y culpabilizadora, la del ideal de belleza, la de la madre culposa, la madre-trabajadora agotada, la mujer que se califica de "sumisa" inmersa en una pareja con violencia de género, la dietante, la que no encuentra manera para aumentar su deseo sexual, la que invierte mucho dinero en lookearse, mas no encuentra qué ponerse antes de salir, la que teme ir sola por la calle, la que come y vomita, la que tiene una o más historias de acoso sexual…

No necesitamos libros, ni artículos científicos, ni estadísticas para dar cuenta de esto… Hay ahí un saber hecho cuerpo…

El bosque frondoso de la vida empieza a ser talado, coartado… La maravillosa biodiversidad se va perdiendo. La luz

es puesta en aquellas cosas que no son, que no pudieron ser, que siempre funcionaron mal… Que traumatizaron… Cosas malas, feas, problemáticas, tóxicas que las personas dicen hacer y (peor aún) SER, en ocasiones acompañadas de un/a profesional de la salud que confirma, que acentúa esos aspectos.

La palabra va enquistándose en ese ser, en esa identidad… Y la persona (que como dijimos anteriormente nunca es el problema) pasa a convertirse en lo problemático.

Pensamos que deconstruir las historias opresoras es una tarea fundamental en nuestras prácticas. ¿Cómo hacemos? Existen muchas respuestas e idealmente este cómo estará guiado por cada contexto. Nuestra propuesta es **empezar a pluralizar**... Conocer las etiquetas, mas no trabajar con ellas. No trabajamos con "depresiones", "esquizofrenias" ni "pánicos". Trabajamos colaborativamente con personas que han sido definidas (y algunas que se autodefinen también) con estos nombres que les dejan asediadas, en una pobreza de posibilidades, ralas de alternativas…

Des-enquistar lo problemático de las personas es resultado desde nuestra mirada, de un trabajo colaborativo profundo… Muchas veces son quienes nos consultan los/as que nos enseñan a hacerlo también, cuando somos testigos de esas vidas de resiliencia…

Creemos firmemente en el poder de las palabras. Tomamos las formas en las que las personas relatan y es desde sus propias palabras que les hablamos.

Desarrollamos la habilidad de acompañar a las personas a "rescatar" historias luminosas, honorables, dignas. Todas las personas tenemos de esas también... Aún en las circunstancias

más difíciles… Nos animamos a invitar a nuestro amor y cariño a las sesiones, y también a nuestra indignación cuando estamos siendo testigos de historias de injusticia…

Nos hacemos el regalo de estar ahí en nuestra más profunda humanidad, en esta "presencia radical" (Sheila McNamee, 2015) con plena curiosidad y apertura a lo que se vaya generando ahí mismo…

En conclusión, este recorrido es un recorte posible. Que no tuvo como objetivo "la táctica", "la técnica", "la herramienta", "la maniobra"… Creemos que tales artilugios no honran el espíritu de las Prácticas Narrativas.

El acento permanece en el ser, más de la mano de la sanación que de la cura. Creemos que nuestra identidad profesional preferida es aquella que nos posibilita sanarnos, aprender, compartir, poniendo en el intercambio los saberes de quienes nos consultan en primera plana del escenario terapéutico.

Honrar sus vidas requiere escuchar amorosamente, invitando al sentir a la escena, animándonos a ser personas multiecologizadas (que estamos siendo ahí, aun cuando queremos negarlo).

¿Se les ocurren otras maneras de honrar las vidas de quienes nos consultan?

Esa es nuestra esperanza…

Aproximaciones teóricas de y para narrativas feministas

Diversos recorridos personales, profesionales, han propiciado nuestro encuentro, dos mujeres que, desde distintos espacios geográficos de la provincia de Mendoza, desde el Este urbano y el Valle de Uco rural, comparten sus miradas feministas,

sus idiosincrasias coloreadas por microculturas, atravesadas por macrocontextos. Queremos presentarnos así, partiendo desde nuestras posibilidades de lecturas, con la clara conciencia del respeto por cuántas otras realidades de vida nos permitirán aprender, en cada encuentro terapéutico.

Como un abrazo que contiene a las prácticas narrativas, aquellas que compartimos con diplomandos y diplomandas en las clases, es que escribimos este artículo. Intentamos que contenga, sustente desde la ética responsable los contenidos teórico-prácticos, las consideraciones socio-culturales que se realizan enmarcados en posicionamientos políticos. Contamos con nuestros posicionamientos que necesitan ser reconocidos, para acercarnos a conocer los de otros y otras. Desde esta autoconciencia política, se sostendrán nuestros sistemas de creencias, transmitiremos nuestros saberes, llevaremos adelante nuestras prácticas profesionales.

En cada encuentro terapéutico se desarrollan y reconstruyen historias, narraciones vivenciadas, diversas y particularísimas. En esas particularidades, las de quienes nos comparten y las nuestras, se cuelan regularidades que responden a discursos socio-culturales, políticos, definidos por autores y autoras como dominantes. La oportunidad comprometida de ser conscientes de ello facilita la práctica narrativa, desde esos lugares la propuesta relacional se sustenta, asumimos nuestros modos de conocer, construir y deconstruir realidades.

Entre los caminos propuestos para las terapias narrativas se encuentran la oportunidad de visibilizar, repensar y cuestionar en las historias aspectos que nos presionan a las personas, intentando acercar alternativas. Miradas facilitadoras de bienestar, otras maneras de decir, que acompañen maneras de vivir y

concebir realidades diversas. Se trata de reencontrarnos con las habilidades, recursos que se encuentran en las mismas vivencias historizadas de personas, de familias, de grupos, de ancestros y ancestras.

Una atenta y respetuosa curiosidad nos guía en la escucha, en la formulación de preguntas, para conocer los relatos de quienes son protagonistas del encuentro y nos autorizan a relacionarnos con sus vidas singulares, construidas en ecología de múltiples dimensiones. Así nuestra práctica tiene sentido, aprendimos de la teoría del modelo a ser co-protagonistas de las narraciones en terapia.

Hay que considerar que son las personas consultantes, expertas sobre las circunstancias de sus vidas nos corre del paradigma de déficit, de las prácticas que las consideran pacientes a la espera de soluciones, que contienen algo que no anda bien y necesitan de terapeutas que saben más de sus vidas que ellos/as mismos/as.

Terapeutas que, encarnando saberes desde lugares de poder, construidos en la academia, toman las palabras de otros/as (escritas desde la ciencia), para definir lo que las personas presentan como dificultad. Para el modelo narrativo y la epistemología que lo sustenta no se trata de un único saber, proveniente de espacios privilegiados, porque ello demarca complementariedades opresoras, que menoscaban otros saberes. La apertura a saberes horizontales, simétricos, compartidos y elegidos, representan su valor en tanto y en cuanto resultan así para los/as protagonistas de sus historias.

Maisel, Epston y Borden (2004, citado en Ingamells, s.f.) referirán que son las personas que atraviesen el problema quienes tienen un conocimiento más íntimo del mismo, que ha sido mencionado como *local*, *autóctono* o como *experiencia cercana.*

Es el poder de las palabras que forman nuestro mundo, las que nos acompañan a crear o recrear los momentos, lo vivido, lo que vendrá. Los relatos que nos acercan las familias, las personas delimitan o definen modos de vivir, de sentir, de hacer, de esperar, de significar sucesos transcurridos, esperanzas, desilusiones, expectativas.

Pensamos, como antes referíamos, que el desarrollo de este escrito funciona como marco para las prácticas narrativas o como una metamirada que invite al ejercicio reflexivo y frecuente de los discursos dominantes que nos interpelan.

El cuestionamiento de las creencias que informan nuestras prácticas es una forma de propiciar la crítica, en ello considerar las influencias de las relaciones de género dominantes como también las relaciones de raza, clase, sexualidad, cultura, moldeando nuestras vidas e influenciando en nuestro rol de terapeutas, en lo que vemos, preguntamos, seleccionamos, priorizamos (Russell y Carey, 2003). Asimismo, tener presente que la forma de vida del/la terapeuta puede ser considerablemente diferente a las vidas de quienes consultan, especialmente cuando se trabaja con personas de culturas o clases sociales diferentes, o en cualquier otra circunstancia. La posibilidad de proponer y contar con la retroalimentación de consultantes sobre lo construido, lo compartido, conversado en el espacio terapéutico sobre sus vidas, nos permite asumir y reconocer la naturaleza política del trabajo que entiende cómo la neutralidad no es posible en ninguna interacción.

Nos ocuparemos de transitar, cuestionando, los discursos dominantes sobre el género, invitándoles a revisar las influencias del patriarcado como narrativa histórica opresora, presente en los

relatos saturados y sufrientes de las personas. Elegir las preguntas terapéuticas que permiten hacer visibles las prácticas y tácticas de este discurso subyugante permite, poner afuera de la persona significados asumidos como propios que hacen daño a sus vidas, construir nuevas alternativas a partir de descripciones sustentadas en valores y creencias apreciadas por la persona, dando forma a diferentes entramados para su historia, y sus acciones futuras.

Les daremos la mano en el recorrido a autoras que desde estudios feministas nos iluminan sobre aspectos que necesitan ser contemplados en las prácticas narrativas. Tendrán un lugar especial para nosotras en este artículo desarrollos que nos interpelan en redefiniciones constantes e inacabadas sobre nuestras vidas y sobre nuestros posicionamientos.

Nos preguntamos, la posibilidad de tomar la palabra para relatar lo vivido, ¿será para todas posible, o lo habrá sido? Hay variadas circunstancias cómo nos lo relata Rosana Rodríguez (2013) en que la posibilidad de asumir la palabra no ha sido posible para mujeres. Se trata de diversos acontecimientos traumáticos, experiencias corporales que mujeres vivencian a lo largo de su desarrollo vital, que responden a mecanismos de sujeción, control y supresión, de los cuerpos; de aspectos físicos, ya sea de sexualidad, vestimenta, apariencia, comportamiento, fuerza, salud, reproducción, expresión y movimiento. Estos dispositivos de dominación que desde nociones patriarcales implican a nuestros cuerpos, pensamientos, estados de ánimo, habilitados a ser narrados en la conversación terapéutica traen sentido a las experiencias vividas. Ese conocimiento personal y situado, a partir del cual las alternativas o excepciones de instancias emancipadoras dan forma a prospectivas que subvierten órdenes hegemónicos.

Las prácticas narrativas conscientes y críticas habilitan espacios de encuentros para renarrar esas experiencias de resistencias que no fueron contempladas, que no pudieron ser reconocidas, pensadas y expresadas o que fueron traducidas por espacios de colonización discursiva (Mohanty, 2002) que intentaron borrar diferencias, imponer categorías únicas. Al respecto de los desarrollos de la autora mencionada sólo haremos un breve recorte. Resaltamos de su trabajo, el tener presente realidades diferenciadas que necesitan ser escuchadas. Ella menciona cómo el discurso y la práctica política del "feminismo occidental" pueden hacer consideraciones homogéneas que, de forma hegemónica, una vez más, no den espacios para reconocer otras culturas, maneras, intereses, necesidades y categorías de análisis propias para las "feministas del tercer mundo". Invitamos a los y las lectoras que se acerquen a conocer sobre las nociones planteadas por la autora, ellas permiten un nuevo salto de nivel lógico, pensando las interrelaciones complejas de los poderes políticos y económicos con los feminismos.

Entre los discursos dominantes, queremos recordar las circunstancias históricas de colonización de los pueblos latinoamericanos, la dominación que forzó la invisibilidad de lo original y propio de los pueblos originarios que habitaban estos territorios. Más adelante en la voz de Lorena Cabnal ampliaremos la mirada sobre el feminismo comunitario.

Retomar, reconocer esos saberes ancestrales es un paradigma otro, uno que valida, estima el conocimiento situado y corporizado, que permite la mirada de una sujeta con historia, atravesada por relaciones de poder, con un cuerpo que resiste la dependencia.

Algunas consideraciones pensando en las historizaciones de mujeres

Dirá a Ricoeur (1983, citado en Rodríguez, 2013) que la reconstrucción histórica de los sectores subalternos estará signada por la política, recuerdo, memoria, resaltando la incidencia del presente en la narración del pasado, pues es la hegemonía del presente se impone en el relato. Los sustentos teóricos del enfoque sistémico nos han permitido pensar la interrelación dinámica-constante entre sistemas, en este sentido en la intimidad del espacio clínico se construyen relatos que claramente pensados con perspectiva de género involucran las nociones referidas por autores/as sobre lugares subalternos, desfavorecidos en términos de poder. En los mismos términos que los relatos dominantes invisibilizan otros, las oportunidades de que las alternativas vividas y sentidas sean expresadas en historias implican posiciones políticas diversas.

Las experiencias forzadas al silencio, cuando son relatadas, implican maneras de transformación del mundo personal y social comprometidas con la justicia, la autonomía y la libertad. Cuando en el relato de una mujer se encuentran: palabras que dimensionan situaciones cotidianas de desprecio, descalificación y sujeción en relación a su modos de relacionarse con otros/as; la crítica constante que la ha oprimido en sus tránsitos y decisiones, presente en la reconstrucción angustiante de cada evento y momento significado desde esos relatos; al mismo tiempo se generan oportunidades de otros modos, a partir de otras relaciones, personas y propios recursos, que presentan a "la elección" como posible.

En nuestras posibilidades de convocar a la narración de las circunstancias vividas, nos encontramos con los límites de la memoria que de la mano de las habilitaciones culturales y políticas darán lugar a una determinada reconstrucción incompleta, fragmentaria y posiblemente sesgada (Rodríguez, 2013). Ser conscientes de ello para pensarnos, asumiendo que también en la tarea de abrir los caminos con nuestras propuestas y preguntas, sucede lo posible en ese momento; para las personas que consultan y para nosotras atravesadas también por habilitaciones culturales y políticas presentes.

Recordemos que entre los objetivos de este artículo está, dar un marco significativo a las prácticas narrativas compartidas en las clases, por ello nos parece importante compartirles nuestra visión sobre cómo el modelo narrativo, dentro de las terapias sistémicas, nos acompaña a la pregunta constante y consciente sobre nuestras prácticas.

Las prácticas revisadas, sentipensadas, cuando nos iniciamos en estudios de género que en algunos espacios continúan siendo desconocidos, nos acercan dimensiones diferentes que queremos poder transitarlas y nombrarlas. Se encontrarán con nociones diversas, propuestas desde otras disciplinas como la sociología, la antropología, la filosofía y desde saberes comunitarios que nos ayudan a interrogarnos en marcos más amplios.

Los autoras y autores consultadas/os refieren experiencias diferenciales de las mujeres en relación a sus cuerpos, dominados y oprimidos, hablados por distintos saberes, expuestos a sistemas de dominación patriarcales (Spivak, 1988 citado en Rodríguez,

2013), que operan suprimiendo las palabras de las mujeres de sus propias experiencias, incluso de aquellas tan propias como el embarazo, el aborto, parto o la lactancia. Desde lugares subalternos los cuerpos o las cuerpas de las mujeres quedan sumidos en relatos otros. Fuerzas estructurales configuran dificultades para considerarse valiosas, para aceptarse, querer sus cuerpos, librarse de las violencias. Nos llaman la atención, sobre la necesaria revisión crítica de las narraciones de las mujeres sobre sus vidas, los significados impregnados por relatos dominantes y estructurales; experiencias que deben ser validadas y analizadas desnaturalizando las relaciones de poder.

¿Qué lugares de relato son posibles para las mujeres? ¿Cuáles? ¿Cuánto de sus experiencias y elecciones son realizadas en un marco de libertad y autonomía? Recordamos lo propio y lo escuchado en numerosas conversaciones terapéuticas sobre elegir, cuando las opciones se encuentran cercenadas por poderes influenciando en distintos niveles. Por ejemplo, elegir la maternidad o no, numerosos planteos, culpas, reproches, opiniones, expectativas, mandatos, sentencias, deseos de otros/as, leyes, nuevos derechos sancionados y la posibilidad de ser garantizados.

La cuestión relevante, dirá Rosana Rodríguez (2013), consiste en precisar los límites o las condiciones históricas desventajosas para insertar nuestras voces, nuestras experiencias, nuestra historia. La posibilidad de que las voces de las mujeres irrumpan en los silencios resquebrajando los discursos dominantes y las instituciones que las sostienen. Nuevamente el espacio de nuestro rol como terapeutas saliendo de ingenuidades, convoca, al compromiso respetuoso con la salud, la construcción de relatos

críticos y habilitadores de nuevas miradas, de experiencias que puedan ser nominadas, que puedan ser admitidas y salir de complicidades que no deberían desde la ética pasar inadvertidas.

La externalización se vale como práctica, de la consideración de los aspectos políticos y sociales, para ello hemos transitado hasta aquí acompañadas de otras voces, dimensiones estructurales específicamente patriarcales que sujetan las realidades sociales, políticas, culturales y personales. Externalizando ampliamos el marco de las experiencias que nos comparten las personas en el espacio terapéutico, exploramos cómo los problemas han sido moldeados por relaciones de poder, entendemos de mecanismos de dominación que nos imponen únicas maneras, espacios ralos de significados.

Tanto la psicología como la terapia han permitido que cuestiones sociales acaben localizadas dentro las personas, la consideración de aspectos políticos que han tenido que ver en la formación de las identidades, hacen viable menos autoinculpación, nuevas formas de entender la vida con conciencia de las influencias de la historia y la cultura. Serán entonces consideradas las conversaciones externalizadoras como pequeñas acciones políticas (Carey y Russell, 2004).

Estas pequeñas acciones permiten deconstruir verdades, en las que se esconden normas invisibles que constriñen a definiciones limitadas de la identidad, recuperar el relato a través de preguntas que invitan a nuevas miradas sitúan en el centro de la conversación al conocimiento de quien consulta y en los alrededores a los/as profesionales (Ingamells, s.f.). Para ello, Epston pregunta "¿podrías por favor ayudarme a entender…?" y "¿podrías por favor enseñarme…?". Igualmente invitan a la

narrativa descentranda del problema, a la conversación para contra-historiar preguntando simplemente: "¿Podrías contarme una historia…"

La terapia narrativa no cree en un "self completo" que necesite ser integrado, sino en que nuestras identidades están hechas de muchas historias que están constantemente cambiando (Carey y Russell, 2004). A través de otras propuestas en la terapia se intentará hacer más amplias y detalladas las descripciones alternativas de las personas, por ejemplo, identificando acontecimientos extraordinarios, con conversaciones de remembranza, acercando testigos/as externos/as, con el uso de cartas terapéuticas, los documentos y los rituales y celebraciones. Estas nuevas maneras de narrar permiten iniciar cambios significativos en sus vidas.

Carey & Russell (2003) han estado interesadas en maneras de transitar las prácticas narrativas vinculando la vida de las mujeres alrededor de temas compartidos, por ejemplo, usando grupos de testigos/as externos/as, donde el compromiso de las audiencias acompaña a autentificar las historias preferidas, una propuesta de validación que acerca a las consultantes con el colectivo de mujeres. Así también refieren la facilitación para pensar en el uso de campañas de escritura de cartas, el desarrollo de organizaciones o grupos que pueden reunirse a partir de aspectos comunes en sus historias.

Shona Russell plantea, el desafío que significa para mujeres feministas australianas de raza blanca, emprender la reflexión personal y profesional para reconocer la importancia de la raza y la cultura, en nuestras vidas y el trabajo. Habla de poner en relieve, la pertenencia a una raza con privilegios y cómo desde ese lugar poder reparar historias en su país, refiriéndose al despojo y colonización de indígenas en esa tierra. Continúa enunciando

sobre la necesidad de involucrarse con la historia, que también abarca las políticas gubernamentales de asimilación y la separación de los niñas/os de las familias aborígenes. Y también incluye la Política de una Australia Blanca pues deliberadamente se pensaba que este país era el "enclave blanco" dentro de Asia. Su interés por estas historias se asienta en que, aún en la actualidad esas influencias dan forma a las relaciones entre mujeres blancas, mujeres aborígenes y mujeres de Asia.

Traslademos esas reflexiones a nuestros territorios latinoamericanos en la voz de Lorena Cabnal (2019):

Traer a dialogar el relato de la violencia me convoca, en primera instancia, a hablar desde dos lugares de enunciación: desde mi territorio-cuerpo como mujer indígena maya xinca y desde mi identidad política como feminista comunitaria. Hablo también desde una territorialidad histórica significada: la tierra donde nací, Iximulew —llamada Guatemala en castellano colonial—, en el corazón de Abya Yala, en América Central. En ese sentido voy a relatar —desde estos lugares de enunciación— las reflexiones que acompañan mi experiencia cotidiana y en las que me apoyo para enfrentar las múltiples formas de violencia con las que convivo. También comparto mis interpretaciones en tanto que feminista comunitaria territorial, desde la experiencia en Guatemala, como un aporte epistémico de las mujeres originarias a las interpretaciones plurales de las violencias contra los cuerpos y la tierra. Entonces, hablar como mujer indígena y desde mi mundo indígena es un acto de despatriarcalización y descolonización que interpela las representaciones que se hacen de mis opresiones o emancipaciones por parte de otros feminismos o de las ciencias sociales y la academia (p.113).

En su presentación, Cabnal da cuenta de múltiples espacios opresores y de indecibilidad para las mujeres indígenas, sobre las dimensiones violentas y cotidianas que transitan, desde los territorios-cuerpos dominados, esclavizados, invadidos; como

así también de la tierra donde habitan, colonizados, hablados en otra lengua, renombrados. Para continuar con el desarrollo de su relato avanza para enunciar como el entronque entre el "patriarcado ancestral originario" y el "patriarcado colonial", (como ella los designa) establecen un nuevo orden simbólico de propiedad sobre los cuerpos de las mujeres indígenas a partir de la concepción de un modelo económico de propiedad impuesto por los colonos tanto en los cuerpos como en la tierra. Volveremos sobre sus palabras, consideramos que sólo las palabras de la autora destacan genuinamente lo vivido, lo experienciado en su territorio-cuerpo:

"la violencia sexual masiva dirigida contra nuestras ancestras y abuelas y el nacimiento de hijos e hijas llamados "bastardos", —quienes en gran parte, con su herencia generacional, configurarán el mestizaje de hoy—terminan convirtiéndose también en formas ancestrales de violencia ejercidas desde el poder y la misoginia sobre los cuerpos" (Cabnal, 2019, p.114)

Encontrarnos con los saberes de mujeres, de diversos espacios, recuperadoras de sus propias historias nos parece valiosísimo. Nos despierta, nos reclama estar atentas en nuestra tarea para acompañar, sentipensando responsablemente, la historización de lugares opresores, las narrativas personales y las de los pueblos que reclaman su lugar. Cuando no vemos, nuestras prácticas terapéuticas y los posicionamientos asumidos, pueden normalizar e incluso reforzar ciertas formas de comportamiento que son parte de discursos dominantes (Nylund y Nylund, 2003 citado en Rojas- Madrigal, 2020) y violentos.

Invitaremos en cada recorrido narrativo al respetuoso encuentro con otras y otros, que definan sus propias maneras de vivir y de relatarse sus vidas.

Referencias bibliográficas

Adichie, C. N. (2018). *El peligro de la historia única*. Literatura Random House.

Bateson, G. (1979/2015). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu ediciones.

Bateson, G. (1972/1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: LOHLÉ-LUMEN.

Cabnal, Lorena (2019). El relato de las violencias desde mi territorio cuerpo-tierra. En Leyva Solano, X. y Icaza, R. (coords.) *En tiempos de muerte: cuerpos, rebeldías, resistencias.* Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; San Cristóbal de Las Casas, Chiapas: Cooperativa Editorial Retos; La Haya, Países Bajos: Institute of Social Studies.

Encuentros Prácticas Narrativas (abril-diciembre 2020). Diplomado Internacional en Prácticas Narrativas Contemporáneas.

Epston, D. (2018). Re-imaginar la terapia narrativa: una ecología de la magia y el misterio para el pensador independiente en los tiempos de yerra. Recuperado de https://pranaschile.org/wp-content/uploads/2019/02/san-diego-plenary-address-spanish.pdf

Epston, D. y Carlson, T. (junio, 2018). *Nuevos desarrollos en la terapia narrativa*. Seminario Internacional organizado por Encuentros Prácticas Narrativas. Buenos aires, Argentina.

Foucault, M. (1979). Las relaciones de poder penetran en los cuerpos. En J. Varela y F. Álvarez-Uría (trad. y comp.), *Microfísica del Poder* (pp. 153-162). Madrid: Las ediciones de la piqueta. Recuperado de https://eva.fcs.edu.uy/pluginfile.php/116669/mod_resource/content/0/Mod2%20obligatorio1%20Foucault%201978%20Nietzsche%2C%20la%20genealog%C3%ADa%2C%20la%20historia%20MICROF%C3%8DSICA%20DEL%20PODER%20%281-14%29.pdf

Gergen, K. (2007). *Construccionismo social, aportes para el debate y la práctica*. En A. M. Estrada Mesa y S. Diazgranados Ferráns (Comp.). Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología. Bogotá: Ediciones Uniandes.

Ingamells, K. (s.f.) Aprendiendo a contra-historiar en Terapia Narrativa (con David Epston y Wilbur el Guerrero) Práctica Privada, Auckland, Nueva Zelanda. Recuperado de: https://es.scribd.com/document/447948857/Aprendiendo-a-contra-historiar-en-terapias-narrativas-2-docx

McNamee, Sh. (2015). Presencia Radical: alternativas para el estado terapéutico. *European Journal of Psychotherapy and Counseling*, 17:4, 373-383.

Maturana, H. (1990). Lenguaje, emociones y ética en el quehacer político. En H. Maturana *Emociones y lenguaje en educación y política* (pp. 39-88). España: DOLMEN.

Mohanty, Ch. (2008). Bajo los ojos de occidente. Academia Feminista y discurso colonial. En Suárez Navaz, L. y Hernández. A. (eds.) D*escolonizando el Feminismo: Teorías y Prácticas desde los Márgenes,* Madrid:. Cátedra. Recuperado de: https://www.feministas.org/IMG/pdf/articulo_libro_descolonizando_el_feminismo-.pdf

Morin, E. (1990) Introducción al pensamiento complejo. Recuperado de http://cursoenlineasincostoedgarmorin.org/images/descargables/Morin_Introduccion_al_pensamiento_complejo.pdf

Morin, E. (2004). La epistemología de la complejidad. Gazeta de Antropología, 2 (20). Recuperado de http://www.ugr.es/~pwlac/G20_02Edgar_Morin.html

Rodríguez, R. (2013). El poder del testimonio, experiencias de mujeres. Revista Estudos Feministas, 21(3),1149-1169. ISSN: 0104-026X. Recuperado de: httpswww.redalyc.org/articulo.oa?id=38129769021

Rojas-Madrigal, Carolina (2020). Terapia narrativa y perspectiva feminista: acertado encuentro para la atención de familias. *Trabajo Social* 22 (2): 73-93. Bogotá: Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia. doi: https://doi.org/10.15446/ts.v22n2.82082

Russell, S. y Carey M. (2003) Feminismo, terapia e ideas narrativas: Explorando algunas preguntas que no son tan comunes al abordar este tema. Recuperado de https://narrativepractices.com.au/attach/pdf/Feminismo.terapia.e.ideas.narrativas.pdf

Russell, S. y Carey, M. (comp.) (2004) *Externalización preguntas más frecuentes*. EnRussell Capítulo 1 de S). Narrative therapy: responding to your questions. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work 2.* Adelaide: Dulwich Centre Publications.

Sluzki, C. (2006). Victimización, recuperación y las historias "con mejor forma". *Sistemas Familiares,* 22 (1-2), 5-20.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos.* Barcelona: PAIDOS.

White, M. (2007/2016). *Mapas de la práctica narrativa*. Chile: PRANAS.

Parte 3: La Psicoterapia Integrativa en distintas situaciones de abordaje

Introducción a la Psicología de la Infertilidad y Reproducción Asistida. Pensando desde la perspectiva del estrés. PsicoInmunoNeuroEndocrinología (PINE)

Ana Mazzoni[1]

Históricamente la infertilidad ha sido parte de la vida del ser humano; es tan vieja como la existencia misma. Es muy importante saber y tener en cuenta que nuestra especie es muy deficiente en términos reproductivos. La mujer tiene una tasa de fertilidad, por ciclo, de un 20 % aproximadamente, cuando es menor de 35 años.

En este capítulo se intentará dar una aproximación a la problemática de la infertilidad y al advenimiento de la reproducción asistida, cuya repercusión no sólo ha resultado beneficiosa para las parejas heterosexuales infértiles; sino también para la conformación de otros tipos de familia, que no son las convencionales. Se abre el abanico y se revolucionan los conceptos de familia; padre, madre, hermanos, creando nuevos vínculos familiares y parentales.

[1] Universidad de Mendoza . Correo electrónico: ana.mazzoni@um.edu.ar

Se habla de un nuevo paradigma que llegó para quedarse y transformar, tan rápido como el avance de la ciencia y la tecnología lo permitan y los cambios socio-culturales acompañen. Es decir, las nuevas modalidades de "ser en el mundo" de las personas en su diversidad sumado a la revolución feminista.

Durante este capítulo, se comenzará abordando la infertilidad como problemática para la pareja heterosexual para luego hacer foco en el impacto del estrés en la vida de las personas durante la infertilidad o como consecuencia de ésta. Intentando dar cuenta de las diferentes asociaciones entra estas dos variables: reproducción y estrés.

Introducción a la psicología de la infertilidad (en parejas heterosexuales)

Actualmente, según la Organización mundial de la Salud (OMS, 2020) un 15 % de la población tiene problemas reproductivos. Y este porcentaje parece ir en aumento. Esto se debe, en parte, a la postergación de la maternidad, cambios en los hábitos de vida como consumo de tabaco y alcohol, edad paterna avanzada, cambios en las conductas sexuales (más relaciones sexuales esporádicas acompañada de escaso uso de preservativo, por lo tanto, mayor incidencia de enfermedades de transmisión sexual), entre otras causas.

En términos biológicos las personas, según su sexo, tienen diferencias significativas. Las mujeres por un lado tienen una vida reproductiva más corta. Esto se debe a que ellas ponen el cuerpo con los embarazos para la reproducción, por lo tanto, la inteligencia biológica les da menos tiempo de vida fértil (para no exponer su vida). Los hombres en cambio tienen un poco más de tiempo, pero también tienen un reloj biológico.

Tanto hombres como mujeres se ven afectados por factores como el estrés de la cotidianeidad posmoderna, hábitos de vida poco saludables y muchos otros (como factores ambientales que se desconocen en su mayoría) que hacen que encontremos una población joven menos fértil. Se cree que hay una disminución de la calidad y cantidad de los gametos por estos motivos. Y es por ello, que la mayoría de las investigaciones hoy van en esta dirección (Checa, Manau y Martínez, 2012)

Biológicamente hablando se ha determinado edades de corte. Para la mujer sería aproximadamente los 35 años, ya que a partir de esa edad cae estrepitosamente la curva de fertilidad y sube abruptamente las tasas de aborto espontaneo. Y en los hombres se piensa que aproximadamente esta línea podría trazarse a los 45 años (Lai et al., 2018) ya que a partir de esa edad disminuye la calidad de los espermatozoides, pero faltan estudios al respecto. Antes los andrólogos hablaban de una edad de corte de 55 años.

Definición de infertilidad

Se definirá infertilidad desde el punto de vista médico y psicológico de manera separada, con fines didácticos. En la literatura anglosajona, se utilizan los términos infertilidad y esterilidad indistintamente. En Europa se emplean estos términos de forma diferenciada, considerando a la esterilidad como la dificultad para conseguir un embarazo, tras un año de relaciones sexuales sin método de protección y definiendo la infertilidad, como la imposibilidad de llevar un embarazo a término.

Infertilidad, desde lo médico, es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) como una enfermedad del sistema reproductivo masculino o femenino caracterizada por la imposibilidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales de manera regular, sin utilizar métodos anticonceptivos. La infertilidad primaria es la incapacidad de embarazarse, mientras que la infertilidad secundaria es la incapacidad de tener un embarazo después de una concepción exitosa previa.

También la OMS aclara que la infertilidad puede atribuirse a factores masculinos, factores femeninos o una combinación de ambos factores, o bien puede ser inexplicable (ESCA, esterilidad sin causa aparente).

En términos psicológicos hay diferentes definiciones que a los fines de la integración son parciales o deficientes. Por eso, en función de la experiencia y de la teoría de la psicología integrativa, se puede definir para esta autora de la siguiente manera: "es una **crisis inesperada** (que afecta al ciclo vital) **poniendo en juego, en mayor o menor medida, el guión personal** y tiene como consecuencias **alteraciones** en las áreas **emocional, cognitiva y conductual e implica múltiples pérdidas o duelos".**

Es una crisis inesperada porque la mayoría de las personas supone fertilidad, las personas se preguntan cuándo pero no, si podrán o no. Para Fernández-Álvarez (1997) en la infertilidad, el sufrimiento deriva de la evaluación que hacen las personas de la infertilidad. Tener hijos implica una expectativa muy poderosa, en general, dentro del guión personal. En función de lo que plantea este autor la identidad se pone en juego en la infertilidad debido a

que tener un hijo tiene que ver con la estructura de significados de perdurabilidad que se estructura en la vida adulta y que tiene que ver con el legado que dejamos en este mundo. Esta estructura surge de la constatación de la irremediabilidad de la muerte, lo que implica elaboración de la conciencia de muerte. Es decir, de alguna manera tener un hijo es morir un poco también.

Refiere Fernández-Alvarez, que tener un hijo implica trascender nuestra existencia, dejar algo en este mundo antes de morir. Puede ser un hijo de carne y hueso o un hijo simbólico. Sin embargo, tener un hijo o hija no es para todas las personas una manera de trascender la experiencia. Para otras puede tener que ver con satisfacer necesidades básicas.

La infertilidad genera alteraciones en las áreas emocionales, cognitivas y conductuales. A éstas se las puede pensar de la siguiente manera.

Algunas de las posibles consecuencias de la infertilidad son (Urdapilleta, 2012):

- Ansiedad (estrés crónico)
- Depresión
- Sentimientos de fracaso personal y culpa
- Montaña rusa emocional
- Disfunciones sexuales y de pareja
- Se ponen en juego las estrategias de afrontamiento. Sienten que no poseen los recursos para enfrentar la situación. “No lo puedo soportar”
- Aislamiento social (por opiniones de otros y extrema sensibilidad a los embarazos y todo lo que tenga que ver con niños)
- Devaluación del autoconcepto

- Baja autoestima

E implica múltiples duelos, en su mayoría invisibles:

- Duelo por pérdida de control sobre la vida misma (cuerpo, tiempo, planes, trabajos, deseos, etc.)
- Pérdida de continuidad del Guión Personal (depende de la flexibilidad del Guión)
- Pérdida del hijo genético (donación o adopción)
- Pérdida por la posibilidad de gestar y parir (gestación subrogada o adopción)
- Deterioro de la autoestima
- Pérdida de la sexualidad, como la persona la vivía con anterioridad
- Entre otras posibles pérdidas, dependiendo de la persona o pareja

Moreno-Rosset (2009), refiere que la infertilidad es una pérdida causante de estrés y también un estresor de sobrecarga crónica. Es una pérdida porque se pierde algo que existía de manera invisible, que tiene que ver con el deseo de tener un hijo en la planificación de la vida. Esta pérdida representa una pena profunda y onda que requiere de un proceso emocional de duelo. Vicenta Giménez (2019) explica de una manera muy palpable en la clínica las particularidades de las etapas del duelo en la infertilidad.

Vicenta Giménez, explica las características de estos duelos, haciendo referencia a las emociones implicadas en la infertilidad (basadas en la evidencia) y las relaciona con las etapas descritas por Kubler-Ross de duelo: negación, ira negociación, depresión y aceptación. El duelo se realiza por la fertilidad perdida y/o la posibilidad de tener un hijo de manera espontánea, también

puede suceder que se tenga que recurrir a gametos donados, entonces la pérdida es por el hijo genético y la continuidad genética, entre otras como ya se ha descrito.

Giménez toma de Syme (1997) las fases en el proceso de pérdida ante el diagnóstico de infertilidad.

1. Paralización: Shock. Las personas creen que debe ser un error.
2. Anhelo: aumenta el deseo y se comparan con los demás, allí se produce una sensación de quedar excluidos de la sociedad sintiendo envidia, rabia, estigmatización social, enfado, vergüenza, pena, culpa. Generalmente las personas se aíslan de la sociedad fértil, lo cual es complicado por la carga de publicidad con el uso del recurso del concepto familia, hijos, bebés. Sumando a la típica pregunta por el trabajo, casamiento e hijos de la gente en general.
3. Desorganización y desesperación: se buscan culpables de la infertilidad y generalmente se sienten responsables o castigados por sus hábitos sexuales anteriores. Las reacciones de esta etapa van desde la negación (ej. pedir segundas opiniones), la negociación (promesas a Dios), ansiedad, depresión, autoinculpación, proyección de la culpa en la pareja, desesperanza, sensación de pérdida de control sobre sus vidas y soledad ante la incomprensión de los demás.
4. Reorganización: esta etapa es muy variable según el proceso de la pareja. Aquí pueden decidir si van a llevar una vida sin hijos o si van a hacer otro tratamiento, reproduciéndose las etapas de nuevo si fracasan en la reorganización.

Giménez, relaciona las etapas y las fases antes mencionadas con las emociones más frecuentes, que encontró Oddens (1999) quedando así la relación:

- Negación: se produce una paralización con shock (62%), incredulidad (96%), cuestionamiento, gran sorpresa (75%).
- Ira: se relaciona con la etapa de anhelo y se pueden advertir reminiscencia, miedo y culpa. Emociones como la injustica (87%), sentirse herido (84%), rabia (73%).
- Negociación y depresión: negociación y desesperación (ansiedad, miedo, soledad, aislamiento, desesperanza, impotencia, desesperación y depresión). Según Oddens sentirse deprimido (77%), vergüenza 77%, aislamiento social (50%), sentimientos de inadecuación (44%), pena (37%)
- Aceptación: implicaría la reorganización, con emociones de alivio y aceptación

Es necesario pasar por todas las etapas del duelo para que esta crisis se transforme en una oportunidad. Se puede crecer después de pasar por estas experiencias tan dolorosas. Aprender de cada emoción hasta que se produzca la superación de las etapas y de los múltiples duelos.

Lo importante es que el paciente vea que va a salir resiliente y diferente de la infertilidad, que depende de ellos mismos cómo será la transformación, con hijos de carne y hueso o sin ellos. El locus de control vuelve a ser interno, en este sentido, aunque lograr tener un hijo sigue siendo incontrolable. Es un proceso muy difícil y extenso y en la mayoría de los casos es un estresor que genera sobrecarga crónica.

Existen **modelos de consejos psicológicos para las etapas** que describe Read (1985, citado en Moreno-Rosset, 2009):

Negación y aislamiento: lo recomendado es la escucha activa, prestar atención, comprensión empática, junto con la aceptación no crítica (reflejar los sentimientos del paciente, resumir). Ayudar al paciente a ser específico. La idea es explorar el problema, reconociendo la realidad de la situación y de la perdida.

Cólera, enfado y búsqueda de culpables: mostrarse como terapeutas muy empáticos. Dar información de las posibilidades reales y ver las diferentes soluciones ante la infertilidad, compartir sentimientos de ayuda o experiencias (autorrevelación).

Negociación: apuntar a una nueva comprensión del problema y buscar estrategias de afrontamiento activas. Al ponerse en marcha las estrategias creadas para la resolución del problema, las emociones se transforman en confianza, esperanza y optimismo. Usar pensamiento creativo y lluvia de ideas. Planear y evaluar costos-beneficios de los tratamientos.

Para la etapa de **depresión o desesperanza** se aconseja normalizar los sentimientos de dicha etapa. Y así lograr la aceptación.

Entender los tratamientos como **proceso** no como resultado es clave para ayudar a las personas en esta gran crisis inesperada. Pero es fundamental para ello tener en cuenta las variables temporales que se tejen y entretejen en la infertilidad en particular y en la reproducción asistida en general. Y los diferentes niveles de análisis necesarios a tener en cuenta en el diseño de tratamiento.

Variables temporales que atraviesan la infertilidad y la reproducción asistida

La infertilidad está atravesada por muchas variables que complejizan su abordaje psicológico ya que se deben hacer continuamente análisis en diferentes niveles y tener en cuenta diferentes tiempos, como así también las variadas fuentes de estrés.

Tiempos a tener en cuenta:

- **Tiempos biológicos**: tienen que ver con el reloj biológico de cada uno, reserva ovárica que va disminuyendo, por ejemplo. También pueden ser tiempos biológicos para que actúen determinados tratamientos como las vitaminas que se usan para mejorar la calidad espermática. Entre muchos otros.
- **Tiempos psicológicos (de cada persona)**: cada persona tiene timing internos para cada parte de los procesos. Por ejemplo, cada uno tiene un tiempo para darse cuenta si realmente tiene el deseo de hijo y quiere llevarlo a cabo, algunos se sienten condicionados por las expectativas de rol. Y después deben decidir si lo tendrán en solitario o en pareja. De ser en pareja ya se suma un tiempo más, que es el tiempo de la pareja misma.
- **Tiempos relacionales (de la pareja)**: A modo de ejemplo, a veces las parejas se conforman sin hablar explícitamente del tema hijos y cuando surge la propuesta concreta de una de las partes, el otro empieza a hacerse el planteo. Son otros tiempos, nuevos tiempos, los tiempos relacionales.

- **Tiempos legales**: por ejemplo, para realizar amparos a las prepagas cuando no cubre los tratamientos, autorizaciones legales para gestación por sustitución (GS en adelante), tiempos de espera entre tratamientos (3 meses en Argentina), etc.
- **Tiempos del sistema de salud**: en los países donde hay Ley de cobertura como en la Argentina estos tiempos entran en juego, ya sea en la salud privado o pública. Actualmente en la Argentina, por ejemplo, las prepagas u obras sociales, ponen algunas dificultades para cubrir los tratamientos. Y aparecen los tiempos para autorizar dichos tratamientos (por ejemplo, piden estudios determinados para su autorización, que muchas veces son obsoletos, tiempos de auditoria médica, etc.)
- **Tiempos económicos**: en los países donde no hay ley de cobertura esta variable es de mucho peso, alargando los tiempos (para recaudar el dinero), generando muchísimo estrés, además de ser variables fundamentales para la toma de decisiones. En la Argentina, actualmente, aparece como una decisión de cuánto gastar en la prepaga u obra social que contratan para hacer los tratamientos. Otro ejemplo, es el de las donaciones de identidad abierta que deben ser abonadas de manera particular por el beneficiario. Estos tiempos son decisivos, aún de manera más grotesca, para los más vulnerables (para las personas de más bajos recursos económicos) en el sistema de salud pública se manejan otros tiempos y distancias, Lo público aún no está preparado para cubrir la demanda de las personas que no tienen un sistema de seguro de salud privado.

- **Tiempos médicos:** turnos a largo plazo de médicos, tiempos para la realización de estudios o análisis concretos, tiempos de espera que el médico requiere para hacer el tratamiento en alguna clínica, entre otras posibilidades.
- **Tiempos socioculturales:** parafraseando a Foucault, éste es un tiempo que tiene que ver con la voluntad de verdad. Foucault decía que la verdad no era de la realidad, ni de Dios, sino de la historia y de quienes tienen el poder. Generalmente los que tienen esa voluntad son los más numerosos y los más poderosos. Este tiempo se lo puede pensar como la voluntad sociocultural de ver determinadas cuestiones de la realidad y legitimarlas, teniendo en cuenta el contexto histórico. Por ejemplo, existieron tiempos para que se reconozca el matrimonio igualitario en Argentina, tiempos para que se aprueba la Ley de cobertura, entre otros ejemplos. Son tiempos que se requieren para que se legitimen realidades (muchas veces a nivel legal) y por lo tanto no se vulneren los derechos humanos.

Todos los tiempos son interdependientes. Se afectan unos a otros como variables de peso que complejizan la toma de decisiones y las maneras de afrontar los diferentes aspectos de la problemática, en un determinado momento histórico socio cultural.

Por lo tanto, en función de todos estos tiempos se abren **diferentes niveles de análisis** en infertilidad y en la reproducción asistida en general, que se entrecruzan y muchas veces se contraponen obstaculizándose unas a otras como factores que coalicionan generándose un aumento exponencial del estrés, en detrimento de la calidad de vida de las personas en todas las áreas.

Niveles de análisis que hay que tener en cuenta en estos pacientes:

- Biológico
- Psicológicos individual y relacional
- Social
- Laboral
- Legal
- Ético
- Religioso o Espiritual

Es importante hacer todos los análisis pertinentes antes de hacer intervenciones terapéuticas porque deben ser tenidas en cuenta. Sino se cae en errores terapéuticos por desconocer parte de lo que atraviesa a la persona y/o a la pareja. Por ello es muy importante el entrenamiento en clínicas de fertilidad, aunque después se trabaje en el consultorio privado. Es fundamental saber qué va a hacer cada profesional involucrado y cuál va a ser su mirada. Lo ideal es trabajar en equipos interdisciplinarios pero cada día es más difícil que funcionen de esta manera.

Algunas fuentes de estrés, que se derivan de lo descripto, son:

- Por la **pérdida** en si misma (y las múltiples perdidas que implica)
- Por la invasión al **cuerpo propio**. Puesta en juego del cuerpo (desde el punto de vista PINE). O conciencia de esa invasión al cuerpo de la pareja
- Por la **cronicidad** de la infertilidad

- Por el impacto que genera en el **entorno social y familiar** (dificultades para acompañar, comprender, no lastimar). En general se **minimiza la importancia y gravedad** de la temática (las personas opinan como si supieran de la infertilidad, dan consejo sin que se los pidan, preguntan invasivamente sin darse cuenta) o muestran su lástima a las personas afectadas (la lástima, lastima a la persona infértil)
- Por el impacto en la **pareja y en la sexualidad**
- Por la limitación o afrontamiento **económico**
- Por los **dilemas** bioéticos, morales, espirituales o religiosos
- Por los **obstáculos de los vacíos legales** u otros temas legales
- Y muchos más que deben especificarse según el caso

Rol del Psicólogo

El rol de psicólogo en la reproducción asistida es muy amplio y variado, pero sobre todo es un rol dinámico, es decir, va cambiando conforme avanzan las leyes, la ciencia, la tecnología. Como en otras especialidades se puede ejercer la psicología de la infertilidad en diferentes campos de acción. A saber, **docencia e investigación**, trabajo **clínico**, se puede abordar la comunidad de infértiles, como comunidad vulnerable (**psicología comunitaria**) y hacer prevención y promoción de la salud mental, desde lo **jurídico** presentados informes como aptos o pericias de partes cuando se interviene en autorizaciones judiciales para tratamientos donde no están claras las filiaciones. Y como otra opción podría ser desde la **psicología laboral** trabajando con las distintas adversidades que transita el equipo médico en las clínicas de reproducción u hospitales.

Se puede trabajar en los sectores públicos, privados y en el tercer sector (fundaciones, asociaciones, ONG.). Y depende del sector cómo se va construyendo el rol del psicólogo también según la época. Antes del 2013 cuando no había Ley de cobertura, en la Argentina, para los tratamientos; el psicólogo sólo se podía despeñar en el sector privado y en algunas fundaciones o asociaciones que empezaron a surgir (en función de reivindicar los derechos reproductivos y dar marco a sus prácticas). Hoy, luego de la sanción de la Ley, ya se amplió a lo público, pero es un proceso que va a paso lento, a pesar de los esfuerzos por garantizar la cobertura a los que no tienen prepagas u obras sociales.

Desde lo privado que es donde más se ha ejercido la profesión se puede decir que el rol del psicólogo es y ha sido de evaluador, psicoterapeuta, psicoeducador, consultor (counseling de apoyo o consulta única), docente, investigador, supervisor o co-visor (Covington and Burns, 2006).

Los tipos de abordajes (Urdapilleta, 2012) son básicamente:

- Psicoterapia (individual, pareja, grupal)
- Counseling (infertilidad en general, consultas psico-educacionales, temas específicos)
- Talleres (programas mente-cuerpo, reuniones sobre temas específicos)
- Grupos de Apoyo (pacientes más coordinador entrenado)

El psicólogo para desempeñarse correctamente en esta área debe contar con conocimientos actualizados no solo de los aspectos psicosociales que le competen directamente, sino de todo

lo medico (enfermedades, tratamientos, medicaciones y efectos de las mismas, alternativas), legal e incluso aspectos procesuales. Para poder acompañar y guiar correctamente.

Estrés e infertilidad. ¿La infertilidad tiene causa psicógena?

En el devenir de la ciencia médica y psicológica ha surgido esta pregunta. Y todavía algunos psicólogos creen que esto es posible. En la década de los 80´ cuando aún la medicina reproductiva estaba en sus inicios se pensaba que los ESCA (Esterilidad Sin Causa Aparente) eran producida por una causa psicógena o idiopática. Con el avance de las nuevas tecnologías y métodos diagnósticos el número de ESCA disminuyó drásticamente, refutando la teoría de que la infertilidad podía tener causas psicológicas inconscientes. Paralelamente en la década de los 70´ se empezó a investigar la relación entre ESTRÉS e INFERTILIDAD. Un grupo de ellos hallaron que el estrés era una consecuencia de la infertilidad que debía ser tratada para mejorar la calidad de vida pero que no revertía el diagnostico de infertilidad. Con lo que la teoría psicógena quedó obsoleta (Giménez, 2012).

La relación entre estrés e infertilidad es muy controversial. Lo que se sabe es que el estrés es una consecuencia que deriva de la infertilidad y de sus tratamientos, motivo por el cual muchos pacientes abandonan los tratamientos médicos, siendo la primera causa de abandono de los tratamientos reproductivos. Alice Domar (1993) y sus colaboradores son los que encabezan las investigaciones que van de a poco afirmando la relación entre estrés e infertilidad.

Esta investigadora dio cuenta hace muchos años de que el impacto emocional del diagnóstico de infertilidad es muy semejante al impacto que genera el diagnóstico de cáncer o enfermedad grave. Por lo tanto, muchas veces al trabajar con esta temática aparecen temas relacionados a la muerte, con una alta carga emocional de angustia, miedo, dolor, enojo, rabia, ira, desesperanza y pérdida de sentido.

Cuando se trabaja en infertilidad, se elaboran múltiples duelos, incluso llevando a un cambio impensado por el consultante, al cambio de sentido en la vida.

El estrés, entendido desde la PINE, puede desencadenar en el organismo muchas consecuencias posibles que perjudican la calidad de vida de las personas y de las parejas. Es por ello que se recomienda acompañamiento psicológico en los tratamientos. Pero, en términos generales, las parejas y sobre todo las mujeres piden ayuda psicoterapéutica cuando llevan mucho tiempo de búsqueda, agotadas por la invasión a sus cuerpos y a sus mentes e incluso a su relación de pareja sobre todo por el desgaste y bombardeo médico al área sexual.

También existen otros motivos por los cuales llegan los pacientes a la consulta psicológica, como, por ejemplo, asesoramiento para ovodonación, preservación de embriones, toma de decisiones del destino de embriones criopreservados, etc. Todos estos motivos generan un alto estrés porque conllevan una complejidad importante y sobre todo porque se pone en juego la persona como ser integral, como ser humano biopsicosocial y espiritual. Quedan sobre la mesa los valores de cada uno, los de la pareja, las creencias religiosas, la ética, la moral, la identidad, la

autoestima, el autoconcepto, los mecanismos de afrontamiento, las defensas, las fantasías y todo cuanto se quiera agregar. Todos tenemos una ideología desde la cual miramos al mundo y esta, también, se ve en jaque en la infertilidad.

En la clínica se puede observar que muchas mujeres se sienten estresadas porque perciben que la infertilidad cuestiona su identidad como mujeres (mito: mujer = madre) en primera instancia, en cambio, los hombres sienten que está más en juego la relación de pareja (Urdapilleta, 2012). Claro que no es así en todos los casos. Es por esto, probablemente, que las mujeres consultan a los psicólogos más frecuentemente y sobre todo porque los tratamientos recaen en el cuerpo de la mujer en gran medida (aunque el factor de infertilidad sea únicamente masculino). Por supuesto teniendo en cuenta el hecho de que las mujeres son más consumidoras de psicoterapia que los hombres en términos generales.

Muchos médicos derivan a psicoterapia porque el distrés es la principal causa de abandono de los tratamientos. Por lo tanto, se observa mucho más que en otras áreas de la medicina, la derivación al psicólogo. También desde la SAMER (Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva) se aconseja que las parejas o personas que tengan que recurrir a material genético de terceras personas sean asesoradas por psicólogos. Este es otro de los motivos por los cuales también las consultas a veces son más por derivación médica que por demanda espontánea en un principio.

Las personas se estresan mucho en el área social, familiar y laboral. Porque de la infertilidad pareciera que todos saben. Paradójicamente, la gente en vez de callar y escuchar a estas

personas que están pasando por algo tan doloroso, opinan de manera errática. "Todos" conocen un caso donde la persona se "relajó" y se quedó embarazada, "todos" saben a qué medico deben ir, a cuál no, dicen las muchas veces frases tan desacertadas como dolorosas con las mejores intenciones de generar un beneficio y bienestar a la persona. Pero lo que generalmente sucede es que las personas se sienten frustradas, enojadas y se terminan aislando de todos. No se sienten entendidas y se perciben, efectivamente, muy solas. Razón por la cual los terapeutas en esta área primero deben revisar sus prejuicios, las frases fáciles y comunes porque no debe replicar lo que la persona vive en su entorno.

Pero entonces, qué se sabe hoy en día de la relación entre estrés e infertilidad. En términos de causa-efecto como se piensa popularmente, no está demostrada esta relación. Lo que hoy se puede decir es que la infertilidad es policausal o multifactorial. Estos factores son muchos y el estrés podría o no contribuir a alguno de estos factores. Por ejemplo, el estrés puede producir cambios en los ciclos menstruales y eso afectar de alguna manera a la infertilidad, subiendo la prolactina que es una de las hormonas que suben con el distrés. Pero es muy importante recalcar que el estrés no causa infertilidad. Quizás podría estar contribuyendo a uno de los muchos factores que están obstaculizando la reproducción.

Cómo se trabaja con el estrés en reproducción asistida

Los psicólogos en esta área deben centrarse en el estrés consecuencia de la infertilidad y los tratamientos de reproducción asistida. Sólo se debería trabajar con el estrés en estos términos de

consecuencias o secuelas de la infertilidad y sus tratamientos. Debe tenerse mucho cuidado, porque si bien muchos pacientes prefieren pensar que su infertilidad es producto del estrés y así sienten que lo pueden controlar reduciéndolo; la mayoría se siente culpable de solo pensar que por el estrés ("que deberían controlar" según ellos) pueden estar generando este sufrimiento a ellos mismos y a la pareja. No se puede afirmar que el estrés pueda generar infertilidad, por lo tanto, abordar el estrés como consecuencia y explicarle al paciente lo importante que es su calidad de vida durante los tratamientos y el después de ellos. Y en caso de embarazo, la repercusión que puede tener el estrés crónico en la gestación, en el vínculo materno fetal, materno filial y en el maternaje.

Cómo toda enfermedad crónica o problemática a largo plazo, si el estrés sigue avanzando y se cronifica puede generar trastornos ansiosos y depresivos. Lo ideal no es esperar a que estos aparezcan sino reducirlos y que las personas tengan herramientas para reducir los niveles de estrés y poder pensar las situaciones de tal manera que no lo perciban como un peligro sino más bien como desafío. Finalmente: "la vida es aquello que te va sucediendo, mientras insistes en hacer planes" como decía John Lennon.

¿Qué es el estrés desde la perspectiva PINE? ¿Cuál es su relación con la reproducción?

Hans Selye (1907-1982) citado en Bonet (2011) define al estrés como síndrome general de adaptación, que es producido por diversos agentes nocivos, desarrollando una respuesta no específica. Se desarrolla en tres estadios. Primero hay una reacción de alarma donde se liberan las catecolaminas, glucocorticoides, para mantener la homeostasis; luego una fase de resistencia donde el organismo sigue activado para adaptarse de manera óptima y

sostenida. Y la tercera fase aparece cuando el estrés continúa y el organismo se sobrecarga, el sistema se agota, es la etapa dañina. A nivel conductual el estrés produce tres posibles reacciones, a saber, el ataque, la fuga o la parálisis.

Es decir, que el estrés, es una respuesta del organismo frente a la percepción de amenaza o peligro. Por ejemplo, si un ladrón apunta con un arma de fuego en la cabeza a un ser humano se activa el estrés adaptativo. El sistema como una unicidad integrada se activa y se produce una reacción de todo el organismo para sobrevivir. Por eso, es una respuesta general de adaptación. Siguiendo con el ejemplo en el sistema ser humano (organismo) se van a activar, en principio, dos ejes para que esa persona pueda sobrevivir a dicha situación. Por un lado, se activa el eje adrenal del sistema endocrino y por el otro el sistema nervioso simpático.

En el ejemplo que se mencionó, como en cualquier otra percepción de peligro o amenaza, el sistema nervioso autónomo activa al sistema nervioso simpático, este segrega las famosas catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) para que la persona responda de manera rápida y, por lo tanto, van a aumentar las palpitaciones (aumento de la frecuencia cardiaca, arterial y respiratoria), tendrá mayor irrigación sanguínea a los músculos para correr, así sea para atacar o huir. Se produce una transpiración más abundante de lo común, como así también se dilatan las pupilas, entre otras reacciones. Todo su organismo se prepara para responder inmediatamente a la situación percibida como peligrosa. Su sistema mental no hará discriminaciones finas que le lleven largo tiempo de procesamiento ya que necesita reaccionar de manera imperiosa, su vida está en juego.

Por el otro lado se produce una activación hormonal. Dentro del sistema endocrino, que tiene tres ejes principales que trabajan de manera interdependiente (como lo hace todo el organismo, incluyendo la mente), se activará el eje adrenal (HPA

o HHA). Eje hipotálamo - pituitaria o hipófisis - glándulas suprarrenales. Al activarse este eje las glándulas suprarrenales liberarán cortisol entre otras hormonas que incrementarán el metabolismo. El cortisol permite al organismo tener más combustible disponible para utilizar en dicha situación. Pero esta respuesta es un poco más lenta que la activación del sistema nervioso autónomo. Aunque será con ambas con las que responda y sobreviva.

Pensando en el ejemplo, este hombre en cuestión, estresado por el ladrón, percibió peligro y se produjo todo esto en su interior para que pueda sobrevivir al ladrón. Si la historia continuara imaginariamente podría suceder que este sujeto perciba, en segunda instancia, que el ladrón está distraído, ya que mira para otro lado, por ejemplo, y huya, escondiéndose en un lugar que cree, en fracción de milisegundos, es seguro. Lo que sucede es que el señor o señora logra escapar, pero en realidad lo hace porque llega la policía. Luego de un rato siente cómo todo su cuerpo tirita y aunque se encuentra exaltado empieza a sentirse seguro. Ya pudiendo pensar, al hablar con la policía no puede explicar cómo decidió salir corriendo, lo que lo llevó a tomar esa decisión, más allá de la mera percepción de que el ladrón girara un poco la cabeza. Él o ella relata que no puede creer que haya salido huyendo en ese momento, si lo piensa en frío, se tendría que haber quedado quieto/a; porque de no haber llegado la policía, quizás, el ladrón lo mataba de un tiro. Esta reacción que esta persona no reconoce como propia es su cerebro emocional que está tomando el mando de su todo cuerpo.

El sistema está hecho para responder rápidamente y las funciones superiores que son propias de la corteza cerebral, son lentas, por eso el organismo en estos momentos reacciona con lo más primitivo que tiene, el sistema límbico, especialmente la amígdala.

Cuando una persona no puede reproducirse, esto es vivido como amenazante para la vida de esa persona, porque se pone en juego su guion personal, sus deseos más profundos, su sentido de vida. Mucho más en una sociedad donde la vida es pensada en familia.

El cerebro emocional no diferencia bien entre las distintas situaciones. Por ejemplo, no discrimina adecuadamente entre un ladrón que apunta con un arma, un león que quiere atacar, con la posibilidad de que lo despidan del trabajo o la dificultad de reproducirse. Por eso es que surgen los fenómenos ansiosos, ya que las personas perciben posibles peligros futuros y el sistema reacciona como si fuera inminente y certero. Es decir que lo que desencadena la reacción del estrés no es el estímulo en sí mismo sino la percepción del sujeto.

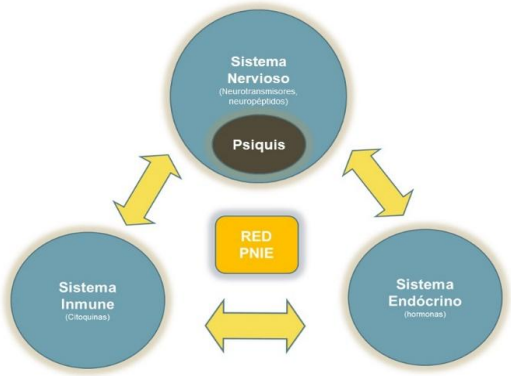
La infertilidad activa estos sistemas de manera crónica y por lo tanto todo el organismo sufre las consecuencias perdiendo calidad de vida de manera global y produciéndose un grado de sufrimiento altísimo.

Para pensar el tema de la fertilidad y estrés se recomienda hacerlo desde la perspectiva PINE.

El estrés como consecuencia de la infertilidad es un obstáculo para la reproducción, pero principalmente es un obstáculo para la vida en general. Y como psicólogos es importante trabajar con él.

La PINE (Bonet, 2011) es una especialidad que da cuenta de cómo los sistemas funcionan de manera relacionada y se regulan entre sí. Esto incluye a la mente como sistema que puede influenciar o participar en el funcionamiento somático. La PINE implica la relación entre mente, cerebro y cuerpo. En esta relación es donde se establece la enfermedad, las enfermedades afectan las tres cosas y la enfermedad está en la relación. Y este suprasistema o metasistema (compuesto por el sistema nervioso, psíquico o

mente, endocrino e inmune) funciona como red funcional o network en relación a todo el organismo. Esto es así porque estos 4 sistemas o subsistemas son los de mayor relación en el organismo.



Este cambio de paradigma que es la PINE implica la superación del dualismo cartesiano mente cuerpo. Y dejar de pensar en causas unidireccionales y lineales. La enfermedad está en la relación, este concepto ya cambia la manera de pensar la psicología y la medicina como ciencias separadas. No se puede entender una sin la otra. No es psicológico o físico una enfermedad, esta manera de pensar ya fue trascendida. No es cuestión de buscar causas, sino entender cómo los múltiples factores interrelacionados e interdependientes afectan al organismo de tal manera que enferma u obstaculiza una función, como la reproducción.

Desde este punto de vista se entiende que la infertilidad está en la relación entre los sistemas. Y los psicólogos se deben encargar de la mente, reduciendo el estrés, entre muchas otras maneras de intervenir, pero principalmente deben tener este criterio PINE como base de sus intervenciones. Es decir, el

problema está en el sistema pareja en la relación entre dos sistemas, dos PINEs. Entendiendo que la comprensión global e integrada es la manera de apuntar adecuadamente para ayudar a los consultantes o pacientes.

Otra cuestión importante es que no existen enfermedades benignas, porque la mente no interpreta como benigna ninguna enfermedad. Y este concepto lleva a subestimar enfermedades como la endometriosis o la infertilidad, acarreando mayor dolor para las personas que lo padecen.

Volviendo al tema del estrés desde la PINE. Se puede definir también al estrés (haciendo referencia siempre al distrés como sinónimo de estrés) como un proceso que comienza con la percepción de amenaza pero que justamente es la evaluación de peligro lo que determina la activación del organismo (no el estímulo). Es decir, como se piensa desde la psicología cognitiva, es la interpretación que se hace del estímulo y no el estímulo en sí, lo que determina que se toque el botón de alarma en el organismo en este caso. Aunque en el ejemplo del ladrón casi todas las personas lo interpretan como peligroso, no es tan así con otros estímulos. Pero los procesos de estrés requieren una reevaluación constante.

Según Lazarus y Folkman (1984, citado en Moscoso, 2009) es la evaluación cognitiva la que inicia el proceso del estrés y la que determina las consecuencias que un acontecimiento tiene sobre un individuo.

Pero en realidad las consecuencias no están determinadas sólo por la evaluación, sino por todo el organismo, desde los genes, pasando por la personalidad de base, hasta la red social que la persona tenga, en cuanto a calidad y cantidad.

Siguiendo a estos autores la evaluación cognitiva es el juicio acerca del daño que pueda producir un evento. Y se divide

en evaluación primaria y secundaria. La primaria es la respuesta a la pregunta: ¿qué está en juego?, y la respuesta que la persona se puede dar es que es irrelevante (neutra), benigna (desafío) o maligna (daño o pérdida). La secundaria es la respuesta a la pregunta: ¿puedo hacer algo al respecto?, es decir, cuento con recursos para hacerle frente a la situación. Desde allí se producen reevaluaciones continuas que van a determinar la continuidad y la intensidad de la respuesta. Si la interpretación sigue siendo negativa continua el flujo hacia el sistema nervioso autonómicos y hacia el eje HPA.

Las evaluaciones cognitivas van a estar condicionadas por factores genéticos, la personalidad de base, por las experiencias vividas por ese individuo desde el útero hasta el día de hoy. Es decir, va a estar condicionado por su genética y epigenética en interjuego constante.

Pero para entender al estrés que viven las personas con problemas de fertilidad, que general duran años es necesario introducir dos conceptos claves. Ellos son la alostasis y la carga alostática. La alostasis parece ser un concepto similar al de homeostasis, pero en la alostasis se pone el énfasis en el proceso de adaptación. Con la homeóstasis, el mecanismo de retroalimentación busca reducir la variabilidad y mantener la constancia en el sistema. En la alóstasis, la variabilidad es favorable porque significa que el ambiente interno tiene la capacidad de adaptarse a varios ambientes y desafíos ambientales. De esta manera el cuerpo mismo regula los procesos fisiológicos en el tiempo, respondiendo anticipadamente a las amenazas en función de la adaptación (Lemos, 2015). Es decir, el organismo esta activado (estado alostático) funcionando por encima de como suele hacerlo para adaptarse. Pero esto no puede sostenerse mucho tiempo sin pagar un gran precio. El costo que se paga cuando este proceso se mantiene en el tiempo de manera excesiva es la carga alostática.

Un estado alostático se produciría cuando los sistemas fisiológicos involucrados en el proceso de respuesta a un estresor están elevados de manera sustancial, llevando a un desbalance entre los mediadores primarios. Para decirlo sencillamente está funcionando por encima de los parámetros para los que viene preparado ese organismo. Este estado alostático no puede sostenerse mucho tiempo sin que aparezca la carga alostática.

Es decir, a la larga los estados alostáticos pueden no ser adaptativos, ya que el mantenimiento de los cambios alostáticos durante un largo periodo pueden resultar en deterioro o desgaste, la llamada carga alostática.

La carga alostática es el precio que debe pagar un organismo por funcionar por encima de los parámetros para los que viene preparado. Es allí donde aparecen las enfermedades crónicas y trastornos mentales o déficit en salud en general. Las personas pueden adaptarse y para eso funcionan en estado alostático pero si no lo logran en el corto plazo el precio que se debe pagar es muy alto.

La medición de la carga alostática se realiza evaluando los niveles de los mediadores alostáticos en los individuos, o sea, los niveles de cortisol, adrenalina y noradrenalina. No obstante, los estudios se han centrado más en medir los efectos secundarios y terciarios de la carga alostática, debido a que son éstos los que evidencian el impacto del proceso a mediano y largo plazo y permite hacer asociaciones con la salud.

Las maneras de medir la carga alostática en general son el radio cintura - cadera, la presión arterial, los niveles de hemoglobina glicosilada, colesterol HDL y total, triglicéridos, fibrinógeno y medidas de proteína C reactiva. Adicionalmente se han utilizado medidas de memoria espacial y declarativa, así como la frecuencia y severidad de resfriados. Los efectos terciarios hacen referencia a enfermedades o trastornos que son el resultado

de la carga alostática. Las que más se han reportado son la enfermedad cardiovascular, el cáncer, así como el decremento en la capacidad física y enfermedades que implican un deterioro severo de las funciones cognitivas, como Alzheimer y demencia vascular (Lemos, 2015).

En la infertilidad, la alostasis termina siendo crónica en muchos casos (años de búsqueda y tratamientos) y la persona no logra la adaptación a una sociedad "llena" de hijos (se sienten inadecuados, fuera de lo que se espera de ellos a nivel sociocultural). Esta activación desproporcionada produce carga alostática y al final de cuentas pagan un precio mucho mayor que el que pueden percibir. Y lo más dramático de todo es que el daño no se puede revertir, es más apropiado hablar de resiliencia en estos casos o de recuperación, pero no de reversión (McEwen, 2017). Sin embargo, las alteraciones en la estructura y función neuronal pueden parecer como que presentan "reversión" pero ya no serán las mismas que antes.

Una de las maneras de explicar los trastornos depresivos y ansiosos a través del estrés crónico es este modelo explicativo. Y es de allí que se pueden entender como el estrés crónico que genera la infertilidad puede generar trastornos de ansiedad y depresivos, observables en la clínica diaria.

Resumiendo, y concluyendo a manera introductoria, en cuanto al estrés no podemos perder de vista que la infertilidad y los tratamientos es una fuente de estrés crónico en la mayoría de los casos. Por lo tanto, se puede pensar al proceso de la infertilidad como un estresor de sobrecarga crónica. Las preocupaciones constantes, las visitas al médico, las invasiones al cuerpo, las esperas, los tratamientos, la hormonas, las betas negativas, los diferentes diagnósticos, etc., producen una carga alostática y el organismo colapsa apareciendo precios a pagar indeseables por la persona y la pareja. Se produce de esta manera daño o deterioro

que se puede observar muchas veces cómo trastorno de ansiedad y depresivo. Por lo que el papel del psicólogo en esta área es más que indispensable. Previniendo lo posible y tratando la patología ya instalada, teniendo una comprensión global de la especialidad y por lo tanto de la gran complejidad que implica. Abordando de manera integrativa e integral a la persona y a la pareja.

Referencias bibliográficas

Bonet (2011). Inédito. Apuntes de clases. Universidad Favaloro. Curso de Posgrado Curso de PINE del estrés. Buenos Aires.

Covington, S., Burns, L.H., (Ed.). (2006). *Infertility Counseling: a comprehensive Handbook for Clinicians.* Second Edition. Cambridge University Press.

Checa, Manau, Martínez (Coordinadores). (2012). *Estilo de vida y fertilidad*. Editorial Médica Panamericana.

Domar, A.D., Zuttermeister, P.C., Friedman, R. (1993). El impacto psicológico de la infertilidad: una comparación con pacientes con otras condiciones médicas. *Revista de obstetricia y ginecología psicosomática*, *14*, 45-52.

Fernández-Álvarez, H. (1997). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia* (2º Edición). Paidós.

Giménez, V. (2019/2020). *Introducción a las Alteraciones Psicológicas Producidas por la Infertilidad: características y proceso de desajustes comunes en personas que se someten a técnicas de reproducción asistida.* Apuntes del Experto Universitario en Enfermería de la Reproducción Asistida. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. España.

Lai, S.F. et alt. (2018). Efecto de la edad paterna sobre los parámetros del semen y la tasa de nacidos vivos del tratamiento de fertilización in vitro: un análisis retrospectivo. *Revista médica de Hong Kong.*

Lemos, M. (2015). La teoría de la alostasis como mecanismo explicativo entre los apegos inseguros y la vulnerabilidad a enfermedades crónicas. *Anales de Psicología*, *31*(2), 452-461. https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.176361

McEwen. (2017). Alostasis y la epigenética de la salud del cerebro y el cuerpo durante el curso de la vida: el cerebro en el estrés. *Psiquiatría JAMA*, 74 (6), 551–552. doi: 10.1001 / jamapsychiatry.2017.0270

Moreno-Rosset, C. (2009). *Infertilidad y Reproducción Asistida. Guía práctica de intervención psicológica*. Editorial Pirámide.

Moscoso, M. (2009). De la mente a la célula: Impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. *Liberabit*, *15*(2), 143-152.

Organización Mundial de la Salud (2020). *Multiple definitions of fertility*. https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/multiple-definitions/en/

Roca, M., Giménez, V. (2012). *Manual de intervención psicológica en reproducción asistida*. Editorial Médica Panamericana.

Urdapilleta (2012) Inédito. Apuntes de Clases. ALMER. Curso avanzado. Estrés e infertilidad. Buenos Aires.

Personalidad e Identidad: Desde los relatos dominantes hacia narrativas enriquecedoras sobre los "trastornos de la personalidad"

María Julia Zúñiga Licarze y Sofía Grzona

Consideraciones actuales acerca de la personalidad y sus disfunciones

¿De qué hablamos cuando hablamos de personalidad?

El origen etimológico de la palabra personalidad proviene del latín tardío *personare* y se encuentra asociado a la dramaturgia, vinculado al uso de máscaras que permitían transmitir diferentes estados de ánimo al público y amplificar el sonido para que fueran escuchados lejos del escenario. *Per* estaría indicando "a través de" y *sonare* se asociaría a la posibilidad de emitir sonidos. Más adelante los romanos utilizaron la palabra "persona" para identificar al ser humano individual, rescatando su singularidad.

Desde este origen podemos identificar uno de los aspectos relevantes cuando hablamos de personalidad, que nos remite a estados de ánimo o modos de ser que caracterizan a una persona

como única y particular. Pero también nos permite acercarnos a otro aspecto de este concepto que tiene que ver con su cualidad de observable. La personalidad es un constructo que puede ser descripta por la o él protagonista de dicha descripción, pero también por quien observa. Por supuesto, estas descripciones pueden tener disidencias entre ellas, pero dichas diferencias son parte de la retroalimentación que el entorno nos provee en la construcción de nuestro autoconcepto.

Amparo Belloch Fuster y Héctor Fernández-Álvarez (2002) proponen que el término "personalidad" en nuestra disciplina usualmente se utiliza para indicar "el modo particular en el que los diversos procesos y estructuras del funcionamiento psicológico se integran en un ser humano, de tal modo que configuran su 'modo de ser peculiar', es decir, de comportarse, expresarse, sentir, relacionarse con los demás, comprender el mundo, aprender, etc." (p.9)

De modo más específico podríamos decir que se trata del "conjunto de características o *rasgos* que mejor describen u identifican el modo de ser, de sentir y de comportarse *habitualmente* de un individuo, de tal modo que a partir de ellos es posible *predecir* con relativa precisión su funcionamiento social, emocional e incluso intelectual en diversos contextos, actividades o situaciones vitales." (Belloch Fuster, Fernández-Álvarez y Pascual-Vera, 2019, p. 17).

Podemos considerar entonces algunos aspectos centrales al hablar de personalidad. En primer lugar, hace referencia a este modo de ser particular que da cuenta de la singularidad de una persona y a partir de cuya especificidad dicha persona construye su autoconcepto, el cual es parte de su sentido de *Identidad*. En segundo lugar, podemos decir que la mayor parte de las

definiciones sobre personalidad aluden a cuatro esferas principales que tienen que ver con el *pensamiento*, la *afectividad*, el *comportamiento* y el *funcionamiento interpersonal* (American Psychiatric Association, 2014). En tercer lugar, podríamos decir que la personalidad no es un elemento concreto sino a la "organización" de todas estas esferas que dan lugar a ese modo de ser peculiar, a partir de ciertas recursividades que permiten identificar patrones que se repiten frente a las diferentes situaciones (Belloch Fuster et al., 2019). Lo que nos lleva al último punto fundamental cuando se habla acerca de la personalidad y es la *relativa estabilidad* de la misma a lo largo de la vida.

Este último aspecto ha sido tema de debate y de pregunta dentro de nuestra disciplina, ya que los diferentes modelos teóricos han tomado posturas disímiles, en ocasiones antagónicas, para explicar esta "relativa" estabilidad. Los posicionamientos han ido desde concepciones que consideran muy escazas posibilidades de cambio, hasta llegar a otras que cuestionan el concepto mismo de personalidad, al considerar que las personas actuamos en función del contexto particular que nos influye en una situación, más que en función de aspectos internos.

En la actualidad contamos con suficiente información para afirmar que de ningún modo la personalidad es algo estático, sino que, por el contrario, su construcción es una actividad que los seres humanos realizamos de manera continua, activa y a lo largo de toda la vida, lo que nos habla de su flexibilidad y posibilidades de cambio.

Es desde esta perspectiva que escribimos el presente capítulo.

Modelos para comprender la personalidad y sus "trastornos"

La comprensión de la personalidad es un campo de cuantiosos estudios dentro de la psicología, acerca del cual aún hoy se siguen proponiendo desarrollos relevantes y modificaciones significativas. Uno de los aspectos centrales que está sobre el tapete en las discusiones científicas es el debate respecto a la utilidad de los modelos categoriales y dimensionales en la comprensión de la personalidad y, por ende, también de los llamados "trastornos de personalidad".

A lo largo de nuestra disciplina se han planteado diferentes modos de entender y analizar la personalidad como constructo. Un modelo que ha tomado relevancia a través de los años y que tiene actualmente una fuerte aceptación es la propuesta realizada por McDougall en 1932, quien formuló la teoría de los Cinco Grandes Factores (The Big Five) propios de la personalidad "normal" (con este término hace referencia a que el modelo no busca identificar patología ni déficits, sino identificar modos habituales de funcionamiento de las personas; más allá de las controversias y múltiples usos que tenga el término). Según esta teoría, la personalidad podría entenderse como la expresión de cinco factores identificables. Estos cinco grandes factores resultaron sólidos a través del tiempo y replicables en distintas culturas al ser estudiados años más tarde por diferentes investigadores/as, con diferentes métodos (McCrae y Costa, 1999).

Los cinco factores fueron identificados del siguiente modo:

- Neuroticismo: implicaría una vulnerabilidad al impacto de las situaciones vitales y una predisposición a experimentar sentimientos negativos. Su polo opuesto estaría dado por la estabilidad emocional.

- Extraversión/Introversión: Hace referencia a la sociabilidad, optimismo y alto nivel de actividad asociado a la extraversión. Por el contrario, la mayor reserva y preferencia por la soledad son características de la introversión.
- Apertura a la Experiencia: asociada al pensamiento divergente, la curiosidad y la experimentación de emociones. Su polo opuesto estaría dado por la cerrazón y actitud más convencional.
- Agradabilidad: se asocia a la cordialidad, amabilidad, cierta actitud complaciente y actitudes altruistas. En su polo opuesto se encuentran las tendencias a la hostilidad y conductas antisociales.
- Responsabilidad: se asocia a la escrupulosidad y meticulosidad junto a una importante determinación. Su polo opuesto estaría dado por el hedonismo la negligencia y falta de perseverancia para alcanzar metas personales.

Estos cinco factores no se consideran aspectos que una persona posee o no, sino que consistirían continuos a través de los cuales las personas podrían ubicarse según cómo se caractericen. Para hacerlo el modelo cuenta con un instrumento de medición, el Cuestionario de Personalidad Big Five, adaptado en nuestro país por Castro Solano (2005). Así una persona podría obtener un puntaje más alto en un factor, supongamos "apertura a la experiencia" y esto implicaría que se identifica más con las características que componen este factor, siendo más curiosa y abierta a opiniones y a experimentar emociones. O en cambio, podría obtener un puntaje bajo, lo que nos transmitiría que es más rutinaria, tiene ideas fijas y menos susceptibles al cambio y experimenta las emociones en menor intensidad. La posibilidad de

indagar estos factores a través de un cuestionario vuelve a este modelo asequible tanto para la investigación como para entornos clínicos cuando es nuestra intención conocer el modo de funcionamiento habitual de quienes nos consultan.

Un aspecto interesante de este modelo de los Cinco Grandes Factores es que, si bien fue concebido para el análisis de la personalidad no patológica como ya establecimos, se han observado asociaciones importantes entre algunos de los factores y diferentes sintomatologías. Un ejemplo es la asociación de altos niveles de neuroticismo y bajos niveles de extraversión con menor bienestar emocional. A su vez cuando estos niveles altos de neuroticismo y bajos de extraversión se vinculan con bajos niveles de responsabilidad (desde la voluntad de acción) se han encontrado fuertes relaciones con diagnósticos de tipo depresivo. Y en cambio, la vinculación de los mismos niveles de neuroticismo y extraversión con niveles de responsabilidad elevada se han asociado a síntomas ansiosos (Fernández-Álvarez, 2019).

Cada uno de los grandes factores estarían compuestos por seis rasgos o facetas que fueron desarrollados posteriormente y que muestran la complejidad de cada uno de ellos. El concepto de rasgo usualmente ha sido referido como una condición estable que describe un aspecto del modo de ser habitual de una persona, y en algunos casos se le ha atribuido incluso cierto sustrato biológico. La atención a los rasgos junto a la consideración de la índole continua de los mismos permite acercar este modelo a las consideraciones dimensionales del estudio de la personalidad. (McCrae y Costa, 1999; Belloch Fuster et al., 2019).

Hasta aquí estamos hablando de personalidad como modo habitual de funcionar respecto a las esferas cognitiva, afectiva,

conductual e interaccional. Ahora corresponde que nos preguntemos qué ocurre cuando alguna de estas esferas funciona de modo tal que la persona no logra cumplir sus metas u objetivos vitales, experimenta malestar debido a este funcionamiento o el mismo ocasiona sufrimiento en sus personas significativas.

Para comenzar podemos decir que los *rasgos de personalidad* sólo se transforman en Trastornos de la Personalidad (en adelante TP) cuando son inflexibles y desadaptativos, de inicio precoz, resistentes al cambio y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. Hablar de un trastorno de la personalidad implicaría que se ha producido *un fracaso en la adaptación* en la conformación de la propia identidad y en el establecimiento de vínculos interpersonales (American Psyquiatric Association, 2014).

Según esta definición un trastorno de la personalidad se vivencia de modo sintónico, y se trata de una manera de ser, un elemento que impregna las diferentes situaciones vitales de la persona. Aquí volvemos a preguntarnos por la referencia de cuán "relativamente estable" es la personalidad y, por ende, sus disfunciones. Afortunadamente hoy sabemos que los TP tienen un curso variable y cerca del 50% disminuye en su sintomatología con el tiempo (Clark, 2009)

Los sistemas de clasificación de los trastornos de personalidad actuales se basan en un sistema categorial, lo cual implica que son cuadros cualitativamente diferentes entre sí y de la personalidad "normal". Un rótulo diagnóstico le es adjudicado a una persona en tanto esta cumpla con cierta cantidad de criterios establecidos como descriptores de dicho diagnóstico. Con lo cual, al leer un diagnóstico en una historia clínica un o una profesional lleva su mente a una construcción enlatada y rígida que poco describe a la persona que solicita ayuda.

En la elaboración de la Quinta Edición del Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales, el sistema clasificatorio de los Trastornos de la personalidad fue puesto en debate. La discusión radicó principalmente en un fuerte cuestionamiento al modelo *categorial* en uso, debido a su falta capacidad descriptiva de la persona a la que se le atribuye, junto a la gran comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y con diagnósticos de otros clústers sintomáticos. Es decir que cuando a una persona se le diagnostica con un TP es muy probable que también se le adjudique otro TP o un trastorno afectivo de otra índole, como ansiedad y depresión. Pese a esta importante polémica, el modelo categorial continúa prevaleciendo como clasificación oficial en la actualidad.

Sin embargo, se desarrolló un nuevo sistema *dimensional*, hasta este momento alternativo, para identificar los rasgos de personalidad disfuncionales junto a su nivel de gravedad, lo cual graficaría con mayor precisión el funcionamiento personal de quien nos consulte. La concepción subyacente a este modelo implica que los TP no constituyen una entidad nosológica diferente, sino que serían una versión extrema de los rasgos de personalidad "normales" que se encuentran en todas las personas. Esta propuesta implicaría un avance hacia el uso de clasificaciones menos estigmatizantes y más ajustadas a la realidad de singular de cada persona (Esbec y Echeburúa, 2015). Respecto de los dominios propuestos por este modelo alternativo, resulta interesante la importante coincidencia existente entre los mismos y el modelo de los Cinco Grandes Factores de la personalidad descripto anteriormente.

Algunas consideraciones clínicas en el tratamiento de trastornos de la personalidad

Más allá de estos debates diagnósticos en donde no nos interesa adentrarnos mucho más, cuando las personas presentan dificultades adaptativas en varias facetas o rasgos de su personalidad suelen presentarse algunos elementos recurrentes en el proceso psicoterapéutico que será importante conocer.

El primer punto que es sumamente mencionado cuando se habla de la clínica con consultantes que manifiestan una disfunción de la personalidad, es que la demanda inicial resulta poco clara de establecer. Muy difícilmente una persona que asiste a psicoterapia nos plantea en el primer momento: *hay aspectos de mi personalidad que son rígidos y desadaptativos y me producen un sufrimiento importante porque no me permiten lograr mis objetivos vitales*. Por el contrario, el motivo de consulta inicial suele estar asociado a sintomatología propia de un cuadro situacional como depresión o ansiedad, derivaciones de personas significativas o de espacios laborales, importantes déficits de autoestima y marcadas dificultades interpersonales. Y es posible que una/un terapeuta con poco entrenamiento se deje distraer con estos primeros planteos sin vislumbrar que más allá de estos puntos, que pueden parecer resolverse rápidamente o no, el curso del tratamiento se vuelve sinuoso, las temáticas planteadas por el/la consultante varían entre una sesión y la siguiente y resulta difícil establecer objetivos concretos para el trabajo terapéutico (Pérez, 2011).

Otro aspecto para destacar en el curso del tratamiento de este tipo de consulta es la dificultad para establecer una alianza terapéutica firme y estable. Esto se explica ya que cuando un rasgo de la personalidad es disfuncional, esto suele implicar un modo

desadaptativo de vincularse con otras personas, incluida la persona del terapeuta. Por lo tanto, en el transcurso del tratamiento podemos encontrarnos con más dificultad para establecer un vínculo de intimidad, o por el contrario con una elevada intensidad emocional que tendremos que poder tolerar para abocarnos al trabajo terapéutico. Este modo de funcionamiento también hace más frecuentes y profundas las posibles rupturas de la alianza terapéutica que se presentan en cualquier consulta.

Y finalmente un punto que sería relevante mencionar a la hora de trabajar con este tipo de consultas, es que con mucha frecuencia estas personas poseen una resistencia elevada a las posibles influencias del ambiente. Por lo que, si bien requieren desarrollar ciertas habilidades interpersonales de las que carecen, necesitaremos intervenir de un modo poco directivo, ya que indicaciones demasiado directas pueden incrementar la resistencia llevando a un fracaso en el tratamiento.

Efectividad en el tratamiento con trastornos de la personalidad

El estudio de la efectividad de estos tratamientos ha sido y sigue siendo bastante difícil de determinar. Uno de los aspectos que entorpece conocer cuán efectiva puede ser la psicoterapia para este tipo de consultas es la dificultad de arribar a un diagnóstico preciso. Como dijimos anteriormente, en la actualidad los sistemas de clasificación no resultan satisfactorios y, aun cuando se logra establecer un diagnóstico, los índices de comorbilidad entre diferentes trastornos de la personalidad y otras patologías asociadas vuelve difícil el establecimiento de líneas de base y de parámetros de mejora. Si bien se han realizado múltiples investigaciones sobre la eficacia de distintas intervenciones

específicas para TP particulares, hasta el momento la información no es concluyente sobre que haya tratamientos generales superiores a otros (Belloch Fuster et al., 2019).

Por el momento sabemos que la presencia de un diagnóstico de trastorno de personalidad conlleva más dificultades para que una persona se beneficie del tratamiento psicológico (Castonguay & Beutler, 2006). Pese a todo esto hay algunos datos que conocemos y que pueden ayudarnos a establecer tratamientos más efectivos. Al parecer los tratamientos altamente estructurados serían más beneficiosos que los tratamientos inespecíficos, debido al otorgar un orden permitirían el desarrollo de habilidades intra e interpersonales de modo más eficiente. Otro dato con el que contamos es que las personas con estos diagnósticos suelen verse beneficiadas del trabajo en grupos terapéuticos. Entendemos que el motivo es que los dispositivos grupales aumentan la intensidad del tratamiento, permiten el impacto indirecto a través de la observación y también permiten realizar un ensayo en un ámbito seguro de nuevas habilidades interpersonales.

Finalmente, existe una excepción importante frente a esta falta de información o falta de efectividad de la psicoterapia en los trastornos de la personalidad y se trata específicamente del diagnóstico de Trastorno de Personalidad Límite. La intensidad en la manifestación de sus síntomas y la gravedad de los mismos, junto a su alta prevalencia en la población general (entre un 1,6 y un 5,9% según APA, 2014), han llamado la atención de clínicas/os e investigadoras/os que han desarrollado propuestas específicas de tratamiento con mayores índices de efectividad a los alcanzados para otros diagnósticos de TP. Entre ellas nos interesa mencionar a la Terapia Centrada en Esquemas propuesta por Jeffrey Young, Janet Klosko y Weishaar (2003) y la Terapia Dialéctico Conductual desarrollada por Marsha Linehan (2010).

Ambas propuestas proponen tratamientos complejos para esta problemática compleja, con una perspectiva fuertemente integrativa y utilizan herramientas de diferentes modelos que son puestas a disposición de quien consulta para acompañar y mejorar su funcionamiento psicosocial, cognitivo, afectivo y comportamental.

Un dato interesante de la terapia dialéctica conductual es que los resultados muestran que las personas "funcionan mejor" pero no se "sienten" significativamente mejor. Desde una posición de ingenuidad esperanzadora, creemos que esto puede deberse a que se trabaja sobre el desarrollo de habilidades, pero no sobre la concepción profunda que las personas tienen de sí mismas. Se les enseñan estrategias para desenvolverse en sus respectivos contextos, pero no se aporta un nuevo modo de verse, aceptarse (perdonarse si fuera necesario) desarrollar un nuevo sentido de identidad y reescribir su historia de una manera que la valorice, la honre.

Y si bien entendemos que el desarrollo de estas habilidades es imprescindible para poder continuar con su vida de un modo más saludable, podría significar una primera etapa del tratamiento que diera lugar a una segunda etapa, en donde re-narrarse y re-escribir su vida de un modo más enriquecedor fuera posible.

Beutler y Harwood (2000), en su Selección Sistemática de Tratamiento asocian las nociones de complejidad o cronicidad al concepto de *rasgo*, evaluando que el diseño de tratamiento debiera orientarse a abordajes más temáticos y narrativos cuando consideramos que la problemática por la que consulta una persona responde a un aspecto de la vida que la ha acompañado en el transcurso de su devenir vital.

Es debido a estas reflexiones que nos parece pertinente y enriquecedor considerar un modo narrativo de pensar la personalidad y sus múltiples posibilidades de construcción. Y es a caminar estos universos de posibilidades a donde les invitamos a continuación.

Personalidad*es*: Una posible deconstrucción narrativa

Intentar deconstruir el constructo de lo que entendemos por Personalidad es un trabajo muy grande, arduo, en tanto nos invita a re-pensarnos en nuestras formas de comprender nada más y nada menos a las personas, y claro, a nuestras prácticas en lo concreto también… Sabemos que las deconstrucciones se relacionan con poder ver el sentido que las construcciones de significado han ido adquiriendo, siendo naturalizadas, como conceptualizaciones, definiciones, aspectos, variables, fenómenos (personales e interpersonales) que se dan *per se*.

Hablar de personalidad como es entendida hasta el momento (con sus múltiples controversias y sus muchos dicotómicos *versus*) desde un punto de vista Narrativo resulta a nuestro entender, algo paradójico…

La personalidad históricamente en nuestra ciencia nos ha remitido a algo "inherente" a la persona, algo que de alguna manera se lleva "dentro", una noción ligada a lo que se ha considerado "esencia", con aspectos/características/rasgos que conllevan por definición cierta inmutabilidad y permanencia, asociados a la naturaleza última del ser que la porta. A su vez, ha sido dividida y caracterizada tradicionalmente en y a través de dicotomías: temperamento (lo más ligado al sustrato biológico) y carácter (relacionado a lo aprendido en el seno de los sistemas sociales que habitamos), natura vs. nurtura, estabilidad vs cambio, categorial vs dimensional... Y así una larga lista de categorizaciones binarias, y como tales, carentes de integración.

Desde una base epistemológica socio-construccionista, ponemos primero y fundamentalmente el acento en el dinamismo permanente que supone formar parte de aquellos/as seres a quienes consideramos vivos, sociales y con conciencia de sí mismos/as. Estos dinamismos continuos, se generan y transforman en la trama compleja de los múltiples contextos que habitan. En un sentido socio-construido específico (o un dominio de coherencia interna, al decir de Maturana) no existiría tal división tajante entre un "adentro" y un "afuera", entre nuestra biología y nuestros aprendizajes, natura y nurtura dejan de ser concebidas como compartimentos estancos, se entrecruzan y se toman la mano para no soltarse.

Como plus, las personas vivimos en una compleja trama historiada que, desde nuestra particular visión, se asocia a un entrecruce multi-ecológico, a una red de pluri-abstracciones, con diferentes niveles. Estas redes interrelacionadas y pluri-historiadas son las pautas que conectan, en palabras de Gregory Bateson. ¿Y qué es aquello conectado? Pues todo. Una respuesta que abre más preguntas… Seguida claro, de puntos suspensivos… Las historias no terminan, sino que se entrelazan. Y damos cuenta y valor a los muchos posibles "más allá", no uno, ni dos…

Nuestra mente entonces no sería un condimento de las conexiones netamente neuronales, ni se localizaría específicamente en el cerebro, dentro de la caja craneana, sino, que sería comprendida como una mente relacional… Una mente que no se encuentra ni aquí, ni allá enteramente, sino que por su naturaleza estaría en un continuo "entre"… Así entendemos a las personalidades también…

Mi mente en este momento se encuentra "entre" todos los conocimientos previos a la escritura de este texto, la sensación de

calorcito, aunque con un airecito fresco, las voces de mi niño y mis sobrinos jugando allá a lo lejos… Risas por allá, mate por aquí. Mi computadora, en la que aparecen las palabras que con mis manos intento tipear, en algunas ocasiones sin una correcta ortografía… Vuelvo hacia atrás y continúo adelante… También está (*mi* mente) en un supuesto e imaginario "ustedes", quienes en este preciso momento leen este texto. Mi mente también se encuentra en las implícitas pero poderosas autodefiniciones de mi ser o de mi *estar siendo*, mi ser mujer que nació en los 80´, blanca, madre, latinoamericana, argentina, mendocina, de clase socio-económica media, proveniente de una familia de origen nuclear (papá, mamá, hermano mayor y luego yo) y parte actualmente de otra familia nuclear… Psicóloga recibida en una universidad privada, terapeuta sistémica, magíster, diplomada en prácticas narrativas y certificada de múltiples maneras, por variadas instituciones… todo esto que he ido siendo se encuentra formando parte de la mente ecológica en la que transito mi vida…

Yo puedo decir que mi mente es mía, por distinción con otras mentes… Por ese entrelazamiento peculiar que es el que me permite decir también que yo soy yo, que estoy siendo yo, fui yo y voy a seguir siendo yo… Y yo soy por diferencia de todo aquello que concibo como "no yo" (volvemos a las categorizaciones entre un algo propio/mío/adentro y un ajeno/otro/afuera). La personalidad también sería producto de "diferencias", cuando hablamos de algunos rasgos, por ejemplo, la extraversión, tan deseada y valorada en nuestra cultura, se define por diferencia a la introversión ¿Será igualmente significada la extraversión de una mujer latinoamericana de 30 años que la de un varón alemán de 54? ¿Estas personas son susceptibles de ser medidas por la "misma vara"?

Claro que nuestra propuesta es mejor una práctica clínica sin medidas. Las mediciones serán bastante más útiles en arquitectura, geografía, matemáticas tal vez, no en una ciencia tan humana como nuestra querida Psicología. ¿Esto significa que no podemos utilizar una técnica/test/cuestionario de personalidad? ¡Claro que sí! Con el condimento integrativo, complejo y ético de posicionarlo como un algo más que sólo tiene sentido si muchos otros aspectos relacionales así lo permiten…

Consideramos que todo sucede en una trama continua y complejísima de entrecruces estructurales, reglados, normados, asociados a historias dominantes, a mandatos, a prescripciones y proscripciones de comportamientos, en el que se van generando ciertas nociones, algunas de ellas fundamentales para nuestra existencia… La noción de sí mismo/a, la vivencia de ser la misma persona que éramos, allá a los 10 años, y a los 20… Y a los 30, y así… Es fundamental para poder desarrollarnos en la vida. Sin esta sensación/percepción/creencia (¿?) de ser quienes somos, entonces, concebimos que nos sería difícil simplemente "ser", pensamos el caos en una persona sin un guion coherente de vida que une pasado, presente, futuro en múltiples espacios que van siendo habitados (espacios que cuentan a su vez con estructuras climáticas, ambientales, geográficas, paisajísticas, arquitectónicas, relacionales).

Desde las Prácticas Narrativas, pensamos que las maneras de autodefinir quiénes somos, quiénes pensamos que somos, y las maneras en la que las demás personas nos definen (incluidas/os profesionales de la salud) se encuentra muy ligada a las historias que tenemos disponibles en los contextos históricos, socioculturales, económicos, políticos, ambientales, familiares, comunitarios, etc. en los cuales habitamos.

Y es en estos contextos, en estos sistemas de vida, donde circula el poder. Poder positivo, al decir de Foucault, constructor de vidas. Chimamanda Adichie, maravillosa escritora africana, nos cuenta acerca de los peligros de "la única historia" … Esa historia que desde la concentración de poder empieza a afectar la vida de las personas en nada más y nada menos, que, en su cotidiano vivir, esos relatos dominantes, historias oficiales que se han consensuado para ser contadas/legitimadas por nosotros/as. ¿Y si mi manera de ser y de relacionarme no es la validada y legitimada en el seno de la sociedad en la que vivo? Pues entonces puede aparecer con fuerza el estigma.

Cuando Clara, que vive en un barrio privado de Mendoza, en sus 19 se cambia incesantemente de ropa porque evalúa que su cuerpo no es agradable, por "el rollo", por la panza, por cómo se le ven las piernas… Y entonces le cuesta salir diciéndose a sí misma que "*es*" fea, que "*es*" gorda, pensamos no está manifestando algo que "le pertenece" en un sentido estricto. Es así que como sistema abierto y, cibernética de segundo orden mediante, el circuito intrapsíquico de Clara y su autodefinición identitaria conecta… Conecta con su mamá dietante, con ese hermano que en la mesa ha realizado comentarios lipofóbicos, con esos/as compañeros/as de clase que no se burlaban de ella, sino de la otra chica a quien la señalaban por "gorda"… También conecta con todas las publicidades que a diario ve en tv, en el Instagram, y en los múltiples modelos de mujeres que observa en los tik tok… Conecta con las charlas que ha tenido con sus amigas, respecto a los talles de pantalón que usa cada una... Con el chico que le gusta, con las personas que cada vez que le dicen que está flaca, le dicen que "está linda"… Con el talle de todas las prendas que "están de moda" para que se vista… Con la enorme industria detrás de la cosmética y los intereses económicos que se juegan en sostener las inseguridades…

¿Es ese sentir/pensar/hacer recurrente de Clara el combustible que va a ir conformando lo que entendemos por Personalidad?

Hace ya algunos años nos venimos preguntando si el de Personalidad continuará siendo un concepto necesario en la práctica Psicológica, ¿Cuán necesario es para comprender a las personas? Y más importante aún, ¿Cuán necesario para ayudarles a cambiar?

Una de las razones fundamentales por las cuales realizamos esas preguntas, es que como terapeutas sistémicas pensamos que nuestros modelos y acciones influyen inevitablemente en la posibilidad de cambio de quienes nos consultan… Así, creemos que el concebir la personalidad como un constructo que se asocia al no cambio, puede justamente contribuir para que el cambio no ocurra cual profecía autocumplida… Es el mismo principio que cuando a una enfermedad se le atribuye la cualidad de "cronicidad". En primera instancia, esta cronicidad se entiende como "un afuera", algo propio de la condición, así como la personalidad sería algo propio de la persona que "la porta" en lugar de ser planteada desde un punto de vista relacional. Tal es así, que todo lo definido como parte de la personalidad de alguien es atribuida exclusivamente a esa persona… Un patrón que se repite en diferentes contextos, con un isomorfismo interesante a nivel personal/relacional…

La pregunta de la utilidad de los diagnósticos de Trastorno de Personalidad no excluye al resto de diagnósticos de la nosología psiquiátrica… Pensamos que lo más importante es la práctica situada, que reconoce plenamente el SENTIDO de hacerlo o no hacerlo. Esto es, existe un pleno ¿Para qué? Asociado a la consideración en la situación específica, del beneficio que pensamos que aportaría, que ha de superar con creces el costo de la etiqueta.

Ahora bien, y volviendo a los funcionamientos habituales ¿Es este patrón un indicador de un algo que no es susceptible de cambio? Una respuesta posible desde nuestra perspectiva narrativa es "de ninguna manera"… El cambio es posible en todo ser humano, premisa ética que funciona como punto de partida de nuestra práctica en los encuentros terapéuticos con personas… Si pensamos que una persona/sistema no puede cambiar, entonces consideramos que lo mejor es un cambio de terapeuta.

Si la pauta personal *está siendo* en coherencia con el patrón contextual "productor de personalidades", entonces podemos desde ya, trabajar externalizando el patrón, observando las vidas de quienes forman el sistema terapéutico desde un punto de vista "cósmico". Poner en perspectiva, alejar el zoom, nos permite ver(nos) desde renovados lugares, y entender(nos) como incluidas/os y conectados/as en una majestuosa orquesta vital. La personalidad (y/o los relatos acerca la misma) entonces "no *es*" sin contexto, pues es un producto complejo, dinámico de intercambio, manifiesto en lo que concebimos como *unas* particularidades, *unas* peculiaridades, *unas* idiosincrasias como cualidades emergentes de este magnífico todo.

Co-pensando la construcción de Personalidad

Una maravillosa práctica narrativa (e integrativa también) consiste en co-ver, co-pensar, co-construir comunalmente, por lo que nos pareció enriquecedor para este texto preguntar a colegas a quienes admiramos profundamente lo que nosotras nos preguntamos a nosotras mismas y claro, les invitamos a hacerse estas mismas preguntas.

Así, decidimos realizar 3 preguntas que funcionaran como guías para que cada terapeuta pudiera contarnos, no desde los libros, sino desde un profundo sentir y desde sus propias experiencias:

1. ¿Cómo describirías lo que entiendes como personalidad desde una perspectiva socio-construccionista/Narrativa? (¿Identidad narrativa?)
2. ¿Qué influencia consideras que la construcción/noción de personalidad tiene en los encuentros colaborativos con personas?
3. ¿Dirías que esta noción influye en los procesos de cambio? ¿De qué manera?

Sabemos que cada narrador/a lleva consigo una cosmovisión, una construcción de realidad que en cierto sentido se encuentra con la nuestra en tanto compartimos contextos y dista de la misma en tanto unicidades propias de nuestro tránsito por la vida. Es en esa unicidad en la que la complejidad tiene su máxima expresión, nadie es igual a nadie, aun formando parte de "la misma" familia, comunidad, barrio, macro-contexto. Lo igual en la vida social, no es como en las matemáticas, dado a que, en su concepción dinámica, la igualdad fehaciente no es posible (así como no es posible tirar la *misma* piedra al *mismo* río). Todo se encuentra en un permanente fluir y todo *es* en tanto difiere de otra cosa…

Josep Seguí: el "Psicosocioantropoetnohistoriador"

Comenzamos presentándoles una polifacética mente. Que su respuesta sea (en sus propias palabras) "un poco extrema", nos hace sentipensar que esta cualidad es una aventura posterior a un recorrido, un camino frondoso, profundo y rico como el de Josep, director de ENDIÁLOGO (Asociación Española de Prácticas Colaborativas Dialógicas) tan apasionado como sabio, tan extremo y amoroso, escritor de varios libros, entre ellos "Mentalidad Humana", una joya para quienes quieren "ir de viaje" por múltiples espacios-tiempos, en pos de entender(nos) desde su particular mirada.

Nos animamos a conservar todo el estilo de su respuesta, que podría ser (al decir de Michael White y David Epston) "un contra-documento":

Y, desde mi humilde postura, hablar de la "personalidad" es un tremendo compromiso para un psicólogo como yo que no sabe nada de esa palabra tan rara. Así que intentaré responder a tus preguntas desde la experiencia, desde lo pequeñito, el día a día cotidiano que, tal vez, sea lo que configure nuestras "personalidades", si es que eso es algo. Esto no es representativo de las ideas construccionistas o narrativas, ¿eh? Pero sí, está muy influenciado por las mismas, lo reconozco.

A la primera pregunta (¿Cómo describirías lo que entiendes como personalidad desde una perspectiva socioconstruccionista/Narrativa? (¿Identidad narrativa?)) *te digo que no la entiendo de ninguna manera (la "personalidad", no la pregunta).*

¿Cuál es la "personalidad" de mi amiga transexual que no ha hecho la transición total (o sea, tiene pene, aunque el resto de su cuerpo es de mujer y se prostituye y le gusta hacerlo)? ¿Cuál el de otra conocida mía que vive y trabaja en Palestina y lleva Burka? ¿Qué "personalidad" tiene una persona varón que consume habitualmente sustancias "ilegales", pero es capaz de llevar una vida "normal" en su trabajo, con sus hijos, con su familia? ¿Cuál la de un Taita (chamán) de la cultura Muisca de la altiplanicie colombiana que habla con los espíritus ancestrales de su poblado y con la Pacha Mama? ¿Y alguien que dice y vive en mundo de espíritus malos (demonios) y otros buenos (ángeles)? ¿Cuál es mi "personalidad" de blanquito europeo, heterosexual, de una cierta edad y criado en la cultura greco-latina (no digo nada de la judeocristiana)? Dime una cosa, ayúdame: ¿cómo puedo describir la "personalidad" con todo esto y mucho más?

No puedo.

Desde un punto de vista narrativo lo que importa es lo que dicen de ellas mismas; yo de mí mismo, ¿Y?

¿Qué influencia consideras que la construcción/noción de personalidad tiene en los encuentros colaborativos con personas?

Una influencia absolutamente destructiva. Los casos que he expuesto —que son totalmente reales— pueden destruir, y destruyen, nuestros encuentros colaborativos con las personas. Esos son prejuicios, prenociones y desprecios hacia formas diferentes a las que acostumbramos desde nuestras propias culturas; la mía ya está expuesta. ¿Qué quiere decir ser "blanquito europeo", "heterosexual", "greco-latino" y más? ¿Cómo ayuda o constriñe el estar en relación CON otras personas? ¿Cómo hago para liberarme de esas cajas negras de la cultura en la que, sin embargo, está todo?

Hay una solución: olvidar el concepto de "personalidad". Al final nadie sabe qué es eso; no tiene la más mínima utilidad. Tranquilicémonos.

¿Dirías que esta noción influye en los procesos de cambio? ¿De qué manera?

-Sí, claro que sí. Y, sobre todo, de manera negativa. Si considero que tú eres mujer, joven, latinoamericana y eso me hace pensar que tu "personalidad" es diferente a la mía, que —en cierto modo— somos distintos y opuestos, entonces pueden aparecer conflictos. Y aparecen. Si, por el contrario, yo estoy a tu lado y tú al mío sea como sea, sea donde sea en la diversidad, entonces entramos en procesos de cambio, de transformación (me gusta más decirlo así) porque nos alimentamos mutuamente y nos podemos ayudar en ese día a día a que me refería al principio. Eso no es fácil, lo sé.

Déjame compartirte esta cita:

...la idea de que una cosa esté allí donde precisamente tiene que estar, que alguien sea exactamente lo que debe ser —punto de vista objetivo del orden—, es un pensamiento inconcebible. No existe la menor posibilidad de este orden en un mundo real.

Jean Baudrillard, 1995

Y este humilde párrafo de mi próxima novela, La chica que ha perdido el norte:

¡Ey!, ¿qué tal? Mira, voy a intentar explicarte algunas cosas así como introductorias o de presentación acerca de mí misma. Ya te digo que yo no soy yo. Eso parece seguro, tal y como vas a ver enseguida. Por desgracia me gustaría contarte historias bonitas sobre mí misma. Mas mucho me temo que no va a poder ser…

¿Pero entonces? Si no soy yo ¿quién soy?

Creemos que la humanidad de Josep se cuela entrelíneas, su amorosa respuesta se basa en una aceptación de las diversidades, las múltiples posibilidades en que podemos transitar nuestras existencias, siendo todas ellas igualmente legítimas… Lo que se traduce en la práctica concreta como un profundo respeto por las narrativas, las historias, las maneras de relatar(se) de las personas, no nos erigimos en jueces y juezas, de hecho, uno de nuestros trabajos más arduos es mantener a raya nuestros prejuicios, ellos están ahí, claro, sin embargo, a mayor conciencia de los mismos, más posibilidades de que no "intervengan" por nosotros/as.

Josep nos anima a olvidar la consideración de personalidad y así aparece lisa y llanamente "la persona", que no necesariamente *es* algo en lo concreto, sino que continuamente *está siendo*. El resto son nombres, categorías que hemos generado para pensar: extravertida/introvertida, neurótica, antisocial, amable, con apertura a nuevas experiencias o sin la misma… Nombres y más nombres… "*Nuestros*" nombres, los que hemos construido desde la ciencia psicológica para "comprender" (también podríamos decir, para medir a las personas, para controlar las masas, para favorecer ciertos intereses como los de la industria farmacológica, pero esas son otras historias). Categorías en fin culturales que son, en palabras de Josep "destructivas", dado que no sólo dificultan el encuentro persona-persona, sino que además se erigen en barreras, nos alejan.

Como el yin y el yang, pensamos que estas maneras de entender no constituyen algo bueno ni malo *per se* sino que es la conciencia de lo construido, su coherencia con las descripciones que las personas hacen de sí y su posibilidad de generar caminos alternativos saludables lo que nos aventuraría a darles entrada, si es que…

Por otro lado, consideramos que muchas personas configuran sus existencias de manera tal de intentar "ser lo que deben" con relación a las muchas expectativas les han sido comunicadas y han ido aprendiendo a lo largo de sus vidas. Nadie escapa de los mandatos, de las historias dominantes. Y las prescripciones y proscripciones socio-culturales (mediadas por los diversos contextos en los que vivimos) tienen una fuerza asombrosa como constructoras de vida.

María Alejandra Pelliza: Una Invitación Honesta a reflexionar acerca de la/s PERSONA/S (lidad) como Construcción Social y Narrativa (bautismo de su autoría).

Colega amorosa y compañera: Ale: *ella*, sanjuanina, madre de dos, mujer amante de la música, la danza y del arte en general, brillante terapeuta sistémica y narrativa, asidua observadora de patrones, quien nos concedió el honor de sus palabras también, bautizando su creación de una manera creativa y poética (como ella misma).

Relatos de conversaciones internas entre el Self y los constructos dominantes.

Self, Uno Mismo, Personalidad, Yo; son diferentes bondades que nos otorga el lenguaje para referir a una forma particular, de ser en el mundo (con el mundo). (lidad), bondad lingüística que permite formar sustantivos abstractos a partir de adjetivos, indicando cualidad de lo expresado en el adjetivo base.

La personalidad, posible de cosificarla, para desde ideas dominantes poder pensar en su objetivación y estudio, nos permite inferir y comprenderla como una organización relativamente estable de características estructurales y funcionales, innatas y adquiridas bajo las especiales condiciones de su desarrollo, que conforman el equipo peculiar y definitorio de la conducta con que cada individuo afronta las distintas situaciones.

Pensar o poder imaginarla como organización y/o equipo es de gran ayuda, ya que nos deja incluir imágenes de rasgos de la personalidad, formas, colores, tamaños, modelos y sus trastornos.

Quedan varias palabras y voces dando vuelta con intenciones de darle un sentido más humano, caótico e

investigativo a la personalidad (SER con cualidades, en el mundo). Reflexionando en la necesidad imperiosa de poder integrar todo lo que nos estaría quedando aparentemente por fuera.

¿Qué accionar, qué hacer con las preferencias, la multiplicidad de experiencias vividas, las historias, los valores, los sentires, las influencias del entorno, los genes, la sensorialidad, los modelos adquiridos, la infinidad de interacciones desde lo perinatal hasta el presente, los posibles movimientos hacia el futuro, el linaje, la capacidad de modificabilidad del ser, la cognición, las habilidades de dar respuesta a los efectos de las acciones, las propias y las del otro, muchas más habilidades; y en un abrazo entrañable de todo lo anterior, la Cultura?

Quizás esta sea una invitación a reflexionar en la personalidad, con lentes más honestos, como sujeto activo de la experiencia mientras vive con el mundo, o convive, ***pensar en la singularidad como un todo inacabado y mutante****, un sistema complejo en sí mismo, que como tal, mantiene la apertura como unidad de retroalimentación y competente para procesar información que repliquen en historias posibilitadoras de darle feedback para mantenerse, aún en la ambigüedad del desarrollo, crecimiento y evolución constante, con-viviendo en la incesante co- construcción de la salud mental y el bienestar biopsicosocio-humano.*

Una mirada subjetiva y reflexiva del SER persona-(lidad) como Construcción social y Narrativa. La conversación continúa…

*^Todo el que quiere nacer debe antes destruir un mundo^*

Hermann Hesse. Demian.

Las respuestas que surgen de la conversación y sus preguntas e hipótesis me invitan a continuar reflexionando, casi

de manera filosófica o poética en la personalidad como el nacer de un SER con cualidades propias, que desde su inicial formación es interacción, infinitas relaciones desde lo celular al atravesamiento inevitable de lo social y sus constructos culturales. Renacer en la evolución humana, en cada crisis, en cada experiencia, es interaccional y nos posiciona en el mundo construyéndonos en el tiempo en esas interacciones, con otros, haciendo posible la co-construcción de nuestra identidad.

Las bondades del construccionismo social invitan entonces a imaginar la identidad como una construcción en relación, creando y recreando nuevas formas de vernos a nosotros mismos y al mundo que nos rodea, internalizando las conversaciones que se generan en las múltiples interacciones que mantenemos a lo largo de la vida. Una mirada que traslada el foco de quiénes somos (nuestra esencia) a cómo somos (nuestra forma de ser y estar en el mundo que están en constante desarrollo y evolución en la interacción social (Madsen, 2007).

Diferentes contextos relacionales pueden promover distintas versiones de la identidad de la persona, y si continuamos pensando en contextos y su capacidad de influencia en la construcción de la identidad, sería difícil para mí no aludir a la influencia del contexto terapéutico como facilitador del despliegue de la identidad preferible para la persona (A. Moreno).

Ser es Narrar

^Cada persona desde que nace, lee el mundo,

Infatigablemente busca sentidos.

Y, del mismo modo, si le dan la ocasión,

También pueden escribir,

O inscribir en palabras,

Ese mundo que ha leído^.

Graciela Montes

Narrarnos y re-narrar en múltiples historias nuestras experiencias, el sentido que despierta en nosotros los significados que le damos a dichas experiencias. Son conversaciones facilitadoras de buscar y curiosear en ese sentido y significado, engrosando las interacciones hasta otorgarle el poder a la conversación, siendo ella misma en su contexto transformador quien genere, encuentre, mueva y remueva; los recursos, valores, anhelos, deseos, acciones, sueños , y todo con lo que la persona pueda ir encontrando en la construcción/ narración de su identidad como subsistema, en coexistencia con otros subsistemas conformados por identidades familiares, sociales, culturales.

Todos ellos, los subsistemas y sus micro células toman voz en los encuentros terapéuticos, como un sistema colaborativo en sí mismo, en el cual recorremos nuestra identidad en forma de pedazos o montículos de historia que al hilarlos en el tiempo, pueden ser posible de ser re- narrados tantas veces como la persona necesite transportarse y atreverse a mutar; y nosotros (los psicoterapeutas) acompañando, acompasando, aprendiendo, recreando nuestras propias identidades, para así lograr, si fuese posible, y en el mejor de los casos, crecer juntos. Mientras tanto, simultáneamente, quizás podremos abocarnos a mirar el problema y sus posibles soluciones sistémicas.

Poder atreverme a dar respuesta a una invitación tan honesta y amorosa, ha dado en estos párrafos un nuevo aire, más luz y amplitud a mi identidad, modificando mi personalidad y enriqueciendo mi SER terapeuta con otros.

Me siento profundamente agradecida a mi colega María Julia y a Sofi.

Soy en relación con ellas y en el mundo.

Ale va paseando a lo largo de sus palabras por la personalidad… hacia la noción de identidad, de la que pensamos, hablamos más desde lo narrativo. La identidad narrativa es una noción que hace peso y foco en los posibles dinamismos de las maneras en la que nos describimos (ligada claro, a las formas en las que hemos sido descriptas/os).

Este ser en relación, le permite a Ale y a nosotras también pensar en las múltiples maneras en que estamos continuamente siendo… Poniendo en primera plana las conversaciones que se generan (en el mejor de los casos de manera auténtica y espontánea) con quienes nos consultan.

En su recorrido, Ale hace algo muy narrativo: bautiza poéticamente. Toma voces prestadas para metaforizar lo que su propia voz intenta decir, habla de curiosear, de cómo su identidad preferida se cuela y toma luz, de la colaboración que se va hilando en los encuentros, de las conversaciones, de honestidad, de amor y de agradecimiento… Valores fundamentales para contar una buena historia.

La idea del trabajo colaborativo terapéutico como un recorrido identitario *"en forma de pedazos o montículos de historia que al hilarlos en el tiempo, pueden ser posible de ser re-narrados tantas veces como la persona necesite transportarse y atreverse a mutar"*, nos invita a pensar en la importancia de convertirnos en expertos/as para colaborar con las personas a historiar-se de manera luminosa… Consideramos estos "*montículos de historia hilados en el tiempo*", como una preciosa metáfora de las identidades.

Ale da cuenta del enorme valor de las interacciones en todo el recorrido de su sentipensar la Personalidad. Pensar la singularidad como un todo inacabado y mutante nos parece una idea en sí posibilitadora de cambios. Unos cambios que se encuentran la cúspide de prioridades de nuestras prácticas… ¿Hacia qué direcciones? La salud, el bienestar, la resolución de lo que aflige, direcciones co-construidas con y palabreadas por quienes nos consultan.

La amorosa y rebelde Mariana Rogazzy

Mariana, compa y colega chilena terapeuta sistémica y narrativa, mujer y madre de personas y canes, alegre, amorosa y rebelde, artista de las palabras de modo tal que no es posible que no lleguen al corazón de las personas, entusiasta, dulce y respetuosa en cada cosa que dice, guardiana.

Primero que nada, pienso que el concepto de Personalidad que manejo es el que aprendí en pregrado. Esa estructura estable en el tiempo y casi inmutable... Lo que permanece y no cambia.... Bueno. Eso a nivel teórico y es algo que no tomo en consideración a la hora de entender a las personas... No sé si existe esa supuesta estructura permanente inmutable que termina de definirse supuestamente a eso de los 18 años... Tal vez existe, tal vez no y me da lo mismo... Para mí es como la realidad más allá de su construcción, me da lo mismo si existe porque no sirve de nada... al menos no en los encuentros colaborativos.... Me gusta más la identidad narrativa... porque esa sí es moldeable, mutable, transformable, soñable... No sé si son constructos equiparables, pero sí diría que desde una perspectiva narrativa, el concepto de Personalidad pierde relevancia y sentido.

Dicho eso, me gusta trabajar con la identidad, porque ahí sí que tiene sentido escribir y reescribir, poder acompañar el proceso mediante el cual el/la otrx se empodera y toma su lápiz o pincel, del color que quiera y escribe y reescribe su identidad preferida, esa con la que le dan ganas de vivir... Por ellos sí, influye de manera radical y revolucionaria en los procesos de cambio.

Vemos nuevamente aquí el componente estable colocado en un plano secundario. Prima el cambio en las visiones narrativas y también este "no saber" de qué se trata el constructo de Personalidad que es puesto por Mariana en el mismo plano que *la* supuesta "realidad", aquella que desde epistemologías socio-construccionistas pensamos como inaccesible (alejándonos de concepciones positivistas modernas).

La identidad (re)aparece como una noción más cercana, brindando una paleta con la que es posible multi-colorear, multi-historiando para encontrar y re-encontrar esa narrativa que genera una preferencia liberadora, una preferencia que honra la vida, "*soñable*, en palabras de Mariana. ¿Qué es para la persona una vida soñable? Consideramos que es una excelente pregunta.

Un fin… Y un nuevo principio a la vez

Después de este recorrido pensamos que, desde las prácticas narrativas, tomamos concepciones de las identidades como construcciones colectivas, comunales, socio-construcciones dinámicas, complejas, abiertas y en permanente intercambio con los entornos en los que habitamos.

Así como la complejidad se trata de múltiples procesos funcionando simultáneamente, enlazados en idas y vueltas (sin

principios ni fines), de la misma manera llegamos a este "punto-proceso" dinámico de concepción de las personalidades e identidades humanas. Las construcciones sociales se generan y regeneran continuamente en y entre un entramado de procesos de mutuas transformaciones identitarias, de personas, parejas, familias, comunidades y sociedades.

Nuestra concepción de las personalidades es similar a las nociones sistémicas de Bateson, Jackson, Haley y Weakland (1956, citados en Bateson, 1998) de "encaje" de un síntoma en una dinámica y estructura familiar (y multi-contextual) coherente con el mismo. El/los comportamientos considerados sintomáticos tienen sentido dentro de esta red relacional y al mismo tiempo, la red contextual-relacional es coherente con lo que se concibe como síntoma.

Las personalidades (y las identidades) serían construcciones coherentes, con sentido y encaje en los entramados biológicos, familiares, comunales, institucionales, sociales, culturales, económicos, políticos, ambientales de las danzas contextuales de las que emergen y que, a su vez, sostienen y transforman.

También podemos pensarlas como deuteraprendizajes, concepto desarrollado por Bateson y asociado a que aprendemos a aprender en diferentes niveles de abstracción. Los seres humanos "aprendemos a ser". Si queremos continuar siendo, entonces necesitamos conocer las reglas de los juegos del mundo y la vida que vivimos, muchas de ellas implícitas y comunicadas de diversas maneras en la orquesta comunicacional vital.

Las danzas contextuales son en potencia, inagotables y con ritmos de cambio diferentes. Las sociedades no se transforman como un todo, un bloque, sino que existen múltiples orquestas

resonando, cada una con melodías coherentes (en tanto lógicas internas). Algunas desde nuestra perspectiva, son mucho más bellas que otras. Su belleza radica en ser amorosas, en aceptar a otros/as como legítimos/as otros/as en la convivencia a decir de Maturana (1990).

Así como el resto de las palabras, las narraciones del yo (historias que contamos acerca de nosotros/as mismos/as) son significadas y útiles en función de las danzas socioculturales de las cuales forman parte. Su utilidad radica en su potencial para generar una adaptación a las características, modos y maneras (prescriptos y proscriptos) de los contextos de los cuales emerge y en los que se inserta.

Como plantea Jerome Bruner (2000) no sólo las personas crean narrativas, sino que las narrativas generan (en un sentido muy literal) a las personas, o en palabras de Polkinghorne (1988), una persona es esencialmente un cúmulo de historias contadas con alguien y para alguien que dan forma y sentido a diferentes maneras de ser y actuar en el mundo" (citados en Domínguez de la Osa y Herrera González, 2013).

"Desde el punto de vista de la pragmática la presunción de singularidad opera contra la adecuación funcional" (Gergen, 2007, p. 203). Gergen nos invita a pensar que cada narración acerca de uno/a mismo/a puede funcionar muy bien en algunas situaciones y nada bien en otras, dado que tener un solo medio para hacer inteligible al yo es reducir las alternativas de circunstancias en las que uno/a puede funcionar satisfactoriamente. La multiplicidad narrativa ha de preferirse. Adoptar una historia del yo como verdadera es equivalente a limitar las posibilidades de uno/a para relacionarse, hasta aquellas que parecieran ser positivas… No ha de ser fácil sostener el "corset" de *"ser"* una persona valiente a lo

largo de la vida, en múltiples situaciones… Mejor vivir des-apretujados/as, des-corsetados/as, des-cajados/as (si se me permite el palabreo inventado).

Claro que lo anterior no es del todo posible y debemos aceptar que algunas cajas categoriales hilvanadas en el tiempo vital nos ayudan a la estabilidad necesaria que nos permite sentipensar que somos nosotros/as mismos/as.

Las historias, dependiendo de cómo y por quiénes son contadas, ponen de manifiesto algunos intereses, a veces del/de la relator/a, a veces de otros poderes que se hacen voz en el/la mismo/a. Es el recorte único el que nos impide ver que las historias de diferentes lugares del escenario son historia... Ni unas, ni otras son "la" historia, sin embargo, vivimos en una ecología de historias que son jerarquizadas de acuerdo a ciertos intereses.

Estamos entramados/as en y constituidos/as por una multiplicidad de relatos/relaciones que articulamos y utilizamos como historias que nos definen. Así como la parte que contiene el todo, estamos con-formados/as de, por y en interrelaciones.

Las definiciones acerca de nosotros/as mismos/as son en principio inagotables (aunque condicionadas) lo cual abre las puertas a diferentes mundos posibles.

Juan Luis Linares (1996) plantea en la relación narrativa/identidad/personalidad que la personalidad es la "dimensión individual de la experiencia relacional acumulada" (2006, p. 84) y la narrativa su tejido conectivo. Presenta una visión en la que existen narrativas identitarias y narrativas no identitarias, por lo que hasta el núcleo de la personalidad es concebido en cierto sentido con posibilidades (reducidas) de dinamismo (pero posibilidades al fin).

Las narrativas identitarias son productos (y claro, productores) de historias, en ellas la experiencia relacional se torna rígida, con menos posibilidades de negociar en relación al entorno, por lo que Linares concluye que, a mayor identidad, mayor patología.

La identidad sería algo así como una historia cosificada de uno/a mismo/a (y con ella una manera particular de comportarse, pensar, sentir, relacionarse, elegir, etc.), por lo que no permitiría el suficiente movimiento, fluidez y adaptación a las diferentes circunstancias y contextos relacionales. Se entiende entonces que la concepción de salud aquí se asocia a un grado alto de flexibilidad y cambio en diferentes relaciones, contextos, situaciones vitales, etc.

Al decir de Gergen: (…) "La conciencia posmoderna favorece un profundo relativismo en las expresiones de la identidad". (2007, p. 204) Resulta coherente con lo anterior hablar de las identidades en plural en lugar de pensar en "la" identidad, lo mismo que concebimos con relación a las realidades. Las construcciones narrativas (así como uno/a mismo/a) permanecerían abiertas, cambiantes, fluidas, de manera que posibilitarían la adecuación a diferentes danzas relacionales en diferentes momentos de la vida.

Las identidades y las personalidades concebidas de esta manera serían dinamismo, movimiento, fluidez, danza, construcción con una cuota necesaria y saludable de estabilidad y permanencia, que al igual que la noción de homeostasis, resulta un cambio relativamente constante. No existe en la vida lo estático. Sólo nuestras construcciones de la vida pueden adoptar esta cualidad.

Como mencionamos anteriormente, la percepción de una identidad personal estable también constituye una manifestación de salud, en tanto represente un orden y organización que aún con los dolores vitales (provenientes de múltiples fuentes) sea productora de bienestar. Pensamos que la experiencia de uno/a mismo/a y de uno/a mismo/a en relación, sería caótica sin estos organizadores estables en la vida.

Las narraciones identitarias asociadas a etiquetas patológicas y enfermedades son las tomadas aquí como aquellas de las que es necesario "liberarse", tanto para las personas que nos consultan en el marco del trabajo terapéutico, como para nosotros/as y nuestras maneras de mirar y co-construir con las/los otras/os. Que los diagnósticos de trastornos de personalidad sean útiles, de ninguna manera implicaría que se hagan "identidad" de quienes los reciben.

Gergen (2007) plantea que los términos del déficit mental ponen a las personas y conducen a las personas a ponerse en una posición complementaria inferior, a una fragmentación comunal (más cerca de los/as profesionales que de sus contextos habituales) y por ende a un auto-debilitamiento, donde el poder es colocado fuera de sí.

¿Cómo y cuánto "vemos" a las personas con quienes nos relacionamos en nuestras prácticas? ¿Cómo y cuánto somos vistos/as por ellas/os? ¿Cómo y cuánto nos vemos a nosotras/os mismos/as en esos encuentros? ¿Cuánto de dinamismo existe en nuestras visiones? ¿Cuánto de ver que hay mucho que no vemos y saber que hay mucho que no sabemos, especialmente de las personas que consultan? ¿Nuestras concepciones nos ayudan a ver o a no ver? ¿Algunos supuestos saberes contribuirán a generan un desconocimiento de las personas que consultan?

Nuestra recomendación es animarse a la aventura de no dar respuestas definitivas a estos interrogantes. En todo caso, las personas que estuvieron en conversaciones terapéuticas con nosotras/os tal vez puedan generar algunas de estas respuestas… Múltiples, infinitas…

Conozcamos, aprendamos y comprendamos profundamente los nombres, las teorías, los paradigmas y epistemologías que se entrelazan con nuestras praxis… Para luego, darle lugar a la incertidumbre fluida de los encuentros terapéuticos, poniendo en primera plana a las personas y no a los nombres que les/nos son otorgados/asumidos por ellas y nosotras/os.

Atreviéndome a definir Personalidad…

Después de todo este recorrido, me aventuro a generar la definición de lo que, en este momento de mi vida, significa, desde mi particular mirada la personalidad. Claro con plena conciencia de que en ella se cruzan otras voces que han ido formando mis concepciones.

Desde mi pensamiento sistémico se trata de un sistema abierto, complejo, ecológicamente entrelazado, compuesta por elementos interrelacionados que se asocian desde un punto de vista clínico a características concebidas como personales/relacionales autodescriptas por la persona o descriptas por las demás personas respecto de la misma (terapeutas incluidas/os como "descriptoras/es de personalidad").

Es dinámica, aunque estable. En ordenamiento jerárquico, sería el componente centralizado de lo que se concibe (y se narra como) una "forma de ser, de estar, de actuar, de relacionarse". Esta centralización se asocia a las narrativas identitarias.

Tiene un fuerte componente contextual, así como la mente, la personalidad *está siendo* en contexto, sin él, pierde su sentido como algo definido.

Es patrón personal/interaccional y como todo patrón se ha hecho "cuerpo" en la persona. Es estructura relacional consolidada, observable en el isomorfismo de la propuesta de definiciones de la relación, asociada a lo que se ha ido co-construyendo con el mundo relacional/socio-cultural, familiar, económico-político e institucional de la persona y se concibe como "solidificado" por y en ella, dando lugar a una historia dominante, en donde la persona/personaje de la misma adquiere una identidad dominante.

¿Te animás a construir la tuya?

Referencias Bibliográficas

Adichie, C. N. (2018). *El peligro de la historia única*. Literatura Random House.

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Quinta edición. Madrid: Médica Panamericana.

Bateson, G. (1979/2015). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu ediciones.

Bateson, G. (1972/1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. LOHLÉ-LUMEN.

Belloch Fuster, A. y Fernández-Álvarez, H. (2002). *Trastornos de la personalidad*. Síntesis.

Belloch Fuster, A., Fernández-Álvarez, H. y Pascual-Vera, B. (2019*). Guía de intervención en trastornos de la personalidad.* Síntesis

Beutler, L. E. y Harwood, M. (2000) *Prescriptive Psichotherapy. A practical guide to systematic treatment selection"*. University Press.

Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. Oxford.

Clark, L. A. (2009). Stability and Change in Personality Disorder. *Current Directions in Psychological Science*, *18*(1), 27–31. https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01600.x

Domínguez De la Osa, E. y Herrera González, J. D. (2013). La investigación narrativa en psicología: definición y funciones. Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte, 30 (3), 620-641. http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n3/v30n3a09.pdf

Epston, D. y Carlson, T. (junio, 2018). *Nuevos desarrollos en la terapia narrativa*. Seminario Internacional organizado por Encuentros Prácticas Narrativas. Buenos aires, Argentina.

Esbec, E. y Echeburúa, E. (2015). El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. *Actas Españolas de Psiquiatría*,*43*(5),177-186. https://actaspsiquiatria.es/repositorio/17/97/ESP/17-97-ESP-177-86-790955.pdf

Fernández-Álvarez, H. (octubre, 2019) *Abordaje de personas que padecen trastornos de la personalidad.* Curso dictado en la Fundación Aiglé, Buenos Aires, Argentina.

Gergen, K. (2007). *Construccionismo social, aportes para el debate y la práctica*. En A. M. Estrada Mesa y S. Diazgranados Ferráns (Comp.). Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología. Ediciones Uniandes.

Linares, J. L. (1996). Una construcción teórica. En J. L. Linares *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica* (pp. 25-70). PAIDOS.

Linehan, M. (2010) Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Paidós.

Maturana, H. (1990). Lenguaje, emociones y ética en el quehacer político. En H. Maturana *Emociones y lenguaje en educación y política* (pp. 39-88). DOLMEN.

McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1999). A Five-Factor theory of personality. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2° Ed.) (pp. 139-153). Guilford Press.

Mc Dougal, W. (1932) Of the words carácter and personality. *Journal of Personality 1*(1), 3-16. doi.org/10.1111/j.1467-6494.1932.tb02209.x

Pérez, A. (2011) Abordaje de trastornos de la personalidad. En H. Fernández-Álvarez (comp.) *Paisajes de la psicoterapia* (pp. 215-237). Polemos.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos.* PAIDOS.

Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2003). *Terapia de esquemas: Guía práctica.* Desclée de Brower.

Aproximaciones a la Sexualidad Humana

Marcelo Fernando Ahumada Alvarado[1]

Un poco de historia…

La sexualidad ha sido un tema de interés en los diferentes ámbitos de la ciencia y fuera de ella, siendo la humana una expresión de una pluralidad de identidades y prácticas que se despliegan en modalidades diversas de ser, de estar y de amar (Barqui, Genise y Tolosa, 2018). Los estudios sobre la sexualidad humana se han ido focalizando en diferentes aspectos, yendo desde lo mítico-religioso a lo biológico a lo social, generando diferentes perspectivas teóricas de abordaje de la misma (Ferrer, 2006). Asimismo, se puede decir que en los últimos tiempos las teorías han llegado a considerar la socialización y el rol de género como "fenómenos … que se configuran según una compleja interacción biosocial" (Ferrer, 2006, p.14) y donde la significación del cuerpo ha ido variando en el tiempo y de acuerdo a la cultura en la cual la persona está inserta.

[1] Universidad del Aconcagua. Correo electrónico: mfahumada@uda.edu.ar

Si tomamos como punto de cambio a la Revolución Industrial, marcando un tiempo previo a ella (hablamos del denominado Antiguo Régimen) y uno posterior, observamos que la sexualidad tuvo modos de abordaje muy particulares. Un Antiguo Régimen que tomaba en consideración elementos externos (vestimenta, posición social) para realizar juicios o analizar el comportamiento de las personas en materia sexual. Pero luego de la Revolución Industrial, es cuando se empieza a tener un posicionamiento científico basado en lo biológico genital para determinar parámetros de normalidad o adecuación a un patrón establecido (Vázquez García, 2017).

Estas conceptualizaciones que se realizaban en estos distintos momentos históricos iban a estar dadas por autoridades reconocidas, como eran los médicos y/o personas a las que se les otorgaba esa facultad, y que determinaban una experiencia puntual en la vida de las personas rotuladas (como en la sociedad en general) debido a la interacción mutua entre individuo y sociedad (Vázquez García, 2017). Por lo que, podemos decir, que las conceptualizaciones corresponden a un momento histórico determinado, de acuerdo a un conocimiento y a un saber que en ese tiempo se tenga.

En las sociedades del Antiguo Régimen, el ordenamiento estaba dado por las leyes que provenían de Dios. El orden estaba dado por lo moral y la medicina respaldaba esa cosmovisión. Se decía que Dios había creado al hombre y a la mujer para la reproducción y el parámetro utilizado en esa época dependía del "rango" o la "calidad" en lo social. Sólo en los ámbitos artísticos, especialmente el teatro, estaba permitido hacer transmutaciones de vestimenta y sexo. Luego, con el paso del tiempo, se desacraliza la

concepción de vida con la llegada del período de las luces y las revoluciones sociales, ocupando un rol predominante la biología, y con ello un nuevo orden. Éste era establecido por los hombres y no por Dios, y la natalidad, el hábitat, la morbilidad, la reproducción, entre otros eran establecidos por la gestión estatal (Vázquez García, 2017). Las diferencias entre hombres y mujeres estaban determinadas por las leyes biológicas expresadas en las estructuras anatómicas, especialmente las sexuales reproductivas, por lo cual lo social y cultural quedaba de lado.

Desde un punto de vista ideológico, la ciencia no es neutral y, por ende, la sexología, como tal, tampoco. Los conocimientos acerca de la sexualidad humana se han desarrollado de acuerdo a estas ideologías contextualizadas en las épocas que se presentaron. Como se dijo, como humanidad hemos transitado desde abordajes míticos religiosos, biologicistas, a sociales y culturales. Cada uno de ellos han ido dejando rastros que han ido conformando el orden patriarcal y heteronormativo en el que nos encontramos hoy. Nombres como Havellock Ellis, Magnus Hirschfield, Sigmund Freud, Wilhem Reich, Alfred Kinsey, William Masters, Virginia Johnson, Michel Foucault, John Money, y muchos más, dieron su aporte a los estudios de la sexualidad humana permitiendo pensar y reflexionar acerca de los diferentes elementos componentes de la sexualidad humana, como hoy la conocemos (Arango de Montis, 2008). En esta línea, es importante considerar que el autor suscribe a las propuestas de la OPS y OMS (2000), la cual reconoce los derechos humanos y sexuales como el marco ideológico desde el cual se aborda todo aquello relativo a la sexualidad humana.

Es así, y ya entrando en nuestro ámbito social y cultural argentino, es que podemos decir que en nuestro país se han

experimentado una serie de cambios en los abordajes de la sexualidad humana, y más específicamente, en relación a cuestiones de género, que datan de hace más de 10 años. Estos cambios no han implicado un cambio de paradigma (al decir del filósofo de la ciencia Thomas Kuhn), pero sí han generado la discusión y reflexión de temas que se mantenían ocultos por sus consideraciones "patológicas", por estigma y discriminación. Podríamos decir que, al entrar en el escenario de la discusión y reflexión, estos temas podrían ser considerados "anomalías" (desde Kuhn) y que "se caracterizan por no tener soluciones aseguradas dentro del paradigma vigente" (Radi y Pérez, 2018, p. 22). Es aquí donde entran las discusiones y estudios académicos para encontrar una conceptualización que ayude a "resolver" los "problemas" que se presentan en la práctica clínica del ámbito de la salud sexual.

Por ejemplo, en cuestiones de género, ha habido una búsqueda de conceptualizaciones que ha develado una multiplicidad de teorías y posicionamientos. Una interesante es la que proponen Susan Kessler y Wendy McKenna (1978, en Radi y Pérez, 2018) acerca de las actitudes naturales, cotidianas, de género, y que son significativas para las personas. Estas "actitudes naturales" llevan implícitas ciertas creencias que influyen en los comportamientos de las personas, incluso, llegando al punto de pensar al género como algo externo a la propia persona, señalando a los genitales como lo esencial en este tema, donde solo hay dos sexos (macho/hembra) y, por ende, dos géneros (masculino/femenino). Podemos agregar que esta influencia se permea también en los ámbitos académicos y, por ende, en los y las profesionales.

Diferentes autoras (Buttler, 2007) han criticado ampliamente esta concepción heredada del género, esto se ha dado

desde las corrientes feministas, líneas teóricas y políticas queer y trans, las cuales han llevado a la desnaturalización del funcionamiento normativo de la diferencia sexual dicotómica entre los géneros, y, por ende, a una revisión de las nociones de sexo y género.

La generación de documentos internacionales ha posibilitado la reflexión sobre las prácticas discursivas acerca de las orientaciones sexuales y de las identidades de género. Entre ellos, podemos referenciar los Principios de Yogyakarta, redactados en el 2006 y difundidos en el 2007 [AA.VV., 2016, (2007)]. Aunque, "si bien es indudable que el marco legislativo argentino, en línea con los principios de Yogyakarta, marca un quiebre respecto de la 'concepción heredada', a menudo parece no tener un correlato institucional que le dé vida" (Radi y Pérez, 2018, p. 29). Esto último, por ejemplo, lo podemos observar en los maltratos y/o mala atención del sistema sanitario a las personas trans, logrando que muchas de ellas no continúen con tratamientos médicos y/o psicológicos, generando una baja adherencia a los tratamientos medicamentosos y/o de otra índole, con el consecuente impacto en su salud (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2019).

No podemos negar que el cambio paradigmático ha tenido sus repercusiones a nivel legal, social, educacional, entre otros, pero tampoco podemos negar que aún hay mucho trabajo por hacer para que haya un cambio generalizado en la sociedad científica como en la sociedad en general.

¿De qué se trata el Régimen Heterosexual?

A diario escuchamos términos y conceptos en los medios masivos de comunicación en los que se menciona "posicionamiento binario en el cuerpo profesional", "heteronormatividad", "cultura patriarcal", asumiendo que todas

las personas conocen de qué se está hablando. Todos ellos hacen referencia a un posicionamiento frente a la sexualidad humana y que podrían enmarcarse dentro de la categoría conceptual "régimen heterosexual".

Este concepto ha tomado la función de eje organizador en Occidente, gobernando todos los aspectos de la vida en sociedad y que "rige la construcción, el catálogo y la lectura de los cuerpos en dos géneros cuyas características se desprenderían de las diferencias biológicas, 'naturales' entre los sexos" (Amil, 2018, p. 38), desencadenando una distribución de roles en nuestra sociedad. Por ejemplo, a los hombres se les ha otorgado el rol productivo y público, y a la mujer el reproductivo y privado. "Al cuerpo portador de una vagina se le seguiría una subjetividad femenina, y al cuerpo con pene, una subjetividad masculina" (Amil, 2018, p. 38). Las prácticas sexuales no normativas ponen en tela de juicio las teorías de género, llevando a cuestiones como qué es un hombre y qué es una mujer (Buttler, 2007), intentando trascender la normativa que dispone aquello que está bien y aquello que está mal en cuestiones de género, y que va a estar sujeto a los contextos donde se encuentre inserto el individuo, los cuales son cambiantes a lo largo del tiempo. Definir qué es un hombre o qué es una mujer representa una complejidad absoluta, ya que el género en sí mismo no determina a una persona. Es uno más de otros atributos que están entrecruzados, como son, las modalidades raciales, de clase, étnicas, sexuales, regionales y que conforman las "identidades discursivamente construidas. Así, es imposible separar el 'género' de las intersecciones políticas y culturales en las que constantemente se produce y se mantiene" (Buttler, 2007, p. 49).

Esto conlleva a pensar en la imposibilidad de hablar de identidades idénticas a sí mismas y que se mantengan en el tiempo como iguales, unificadas e internamente coherentes. Buttler (2007) plantea que "la identidad" es un ideal normativo establecido por prácticas reglamentadoras que determinan al género culturalmente establecido y que "una mujer u hombre 'de verdad' no es más que una ficción regulatoria" (Amil, 2018, p. 38).

La distribución de los seres humanos en dos sexos biológicos, dos géneros, y su correspondiente orientación sexual, plantea Amil (2018, p. 39) "es un artefacto de un sistema legal y médico de un momento sociohistórico y geográfico particular". El aspecto biológico es colocado en primer término como algo dado e indiscutible y sobre el cual se determina el género. Buttler (2007) refiere que es el género el que hace que las personas se vuelvan "inteligibles" (p. 71) cuando se ajustan a las normas socialmente establecidas. El género está presente en la sociedad antes de que nazca una persona.

El ordenamiento sexual resulta de ciertos intereses históricos específicos, más que por un descubrimiento científico. Fue el crecimiento de las ciudades de Europa y Norteamérica en el siglo XIX lo que lleva a establecer determinadas regulaciones acerca de la sexualidad que fueron acompañadas por la ley y ciertas publicaciones científicas (como es la enciclopedia del psiquiatra austrohúngaro Richard von Krafft-Ebing *Psicopatia Sexualis* publicada en 1886). Recién a comienzos del siglo XX los conceptos de heterosexualidad y homosexualidad "emergieron como las categorías esenciales de un régimen sexual que define la identidad sexual y personal del individuo y regula normativamente los deseos y conductas íntimas" (Amil, 2018, p. 40). Por ejemplo,

recién en 1851 aparecen por primera vez las palabras homosexual y heterosexual, en una carta privada en un contexto de protesta a un régimen político; y en 1878 en un libro, aparece por primera vez la palabra heterosexual. Como ya se dijo, Krafft-Ebing utilizaba estas palabras en 1886. En el contexto inglés, a la palabra heterosexual se la relacionaba con la bisexualidad en 1892. Recién en 1915 Havelock Ellis define la heterosexualidad como hoy en día la conocemos. Ya en 1934, la palabra heterosexual se populariza como sexualidad normal en el diccionario Merriam-Webster. A esto le sigue los aportes de Freud en su conceptualización del Complejo de Edipo que refuerza la estructura heterosexual como desarrollo normal y la homosexual como una travesía fallida de este complejo, siendo el pivote de las teorías psicológicas del siglo XX.

Buttler (2007) plantea que "la heterosexualización del deseo exige e instaura la producción de oposiciones discretas y asimétricas entre 'femenino' y 'masculino', entendidos estos conceptos como atributos que designan 'hombre' y 'mujer'" (p. 72). Estos opuestos son interdependientes y forzados a una sexualidad heterosexual coital/genital y reproductiva y monogámica, instaurando un esquema rígido binario hombre/mujer a partir del cual se determinan roles y tareas específicas con un supuesto biológico denominado natural y esencial en la vida de las personas, dejando de lado los condicionantes socioculturales que podrían (y lo hacen) mostrar una flexibilización de este esquema, como son los sistemas culturas que establecen más de dos sexos (Moreno Sánchez y Pichardo Galán, 2006).

Debido a la naturalización y al esencialismo del sistema sexo/género, hace que no se cuestione (más bien está invisibilizado) aquello que se prescribe en este sistema. Los comportamientos expresivos de las personas, su modo de caminar, su vestimenta, su lenguaje, entre otras cuestiones, están tan presentes en lo social que se han naturalizado, definiendo "los límites de las expresiones de género que serán socialmente aceptables" (Amil, 2018, p. 42). Lo que genera un grado de tolerancia muy bajo a la ambigüedad de género o a un cuerpo no normativo, entendiendo que "atentan" contra el "régimen visual de la normatividad de género" (Rooke, 2010, en Amil, 2018, p. 43) que establece que el género debe ser leído rápidamente de un simple vistazo. Si esta lectura no puede hacerse rápidamente surgirán comportamientos de rechazo con distintos niveles de agresividad (llegando a la violencia extrema del asesinato) y que se puede encontrar tanto en las relaciones interpersonales diarias como así también en ámbitos institucionales (aquí encontramos violencia física y/o verbal hacia adentro de la familia como hacia afuera; y la expulsión de las escuelas de las personas con identidades de género no normativo, abuso policial, travesticidios, femicidios, entre otras).

"Lo que socialmente se considera masculino o femenino constituye una relación social, cultural e histórica específica de una época, que nada tiene de 'natural'" (Andión, 2018, en Barqui et al., 2018, p. 51). Se puede observar a través de creencias, costumbres y prácticas que determinan los estereotipos que posicionan al hombre por sobre la mujer, generando a su vez desigualdades de poder entre ambos géneros, a favor de los hombres. La transmisión de estos estereotipos se da de generación en generación a través de la crianza, el lenguaje, la educación

formal e informal, los medios masivos de comunicación, de las interacciones con las otras personas y del contacto con un sin número de expresiones de la cultura desde la infancia en adelante.

Siguiendo a la misma autora, se pueden identificar tres formas diferentes de expresión de los estereotipos de género, a saber: 1) Estereotipos de rasgos; 2) Estereotipos de roles; y 3) Estereotipos físicos. La primera, incluye "las características emocionales, cognitivas y comportamentales que se cree que diferencian a hombres y mujeres" (p. 52). Esto es, hombres independientes, racionales y fuertes/mujeres dependientes, emocionales y frágiles; la segunda, habla de las "actividades que preferirían o que serían más apropiadas para cada persona según su género" (p. 52). Esto es hombres habilidosos en matemáticas, en gerenciamiento/mujeres habilidosas en el cuidado de otros y predisposición para el hogar y la familia; y, por último, la tercera, predica de cómo deben lucir los hombres y las mujeres en el medio social: pelo largo, uñas prolijas, uso de bijouterie y voz suave, serían características de las mujeres. "Mientras que los hombres deberían tener contexturas físicas más grandes, verse más fuertes, tener vello facial y un tono de voz grave" (p. 53).

Este sistema de expresión de los estereotipos conlleva la idea de que, si no se está en un estereotipo, necesariamente se debe pertenecer al otro. Este sistema de expresión se aprende en gran medida en el seno de la familia, donde se refuerza o castiga estas expresiones de acuerdo si se corresponde o no con el sexo asignado al nacer.

Si consideramos la conceptualización de la sexualidad desde el constructivismo, podemos decir que la misma es una construcción histórica y sociocultural cambiante que varía de

acuerdo a la época, región geográfica, grupo social, generaciones o etnias, y es producto de una red de prácticas discursivas y sexuales orientando la conducta, los deseos y las fantasías eróticas de los sujetos (Gómez Suárez, 2015, p. 190).

Es así que la sexualidad no sea entendida como algo fijo, estable, o como un hecho dado, vinculada a impulsos biológicos naturales, o a anatomías o a relaciones coitales, sino más bien a una construcción. Esta construcción puede verse documentada en trabajos antropológicos (Gómez Suárez, 2015) donde se muestra al género como una categoría conceptual no binaria, habiendo posibilidades de hasta siete géneros, y que los comportamientos sexuales no son tildados como homosexuales ni heterosexuales, sino más bien orientados, ya sea a rituales de pasaje entre los miembros de una tribu, como a comportamientos o roles sociales admitidos como "normales" en una sociedad dada (los encontramos tanto en América Latina como en Norteamérica). La heteronormatividad, el patriarcado no son categorías universales, podemos encontrar hoy en día sociedades donde el género es excepcionalmente horizontal y donde las mujeres poseen poder, estatus y prestigio social: los *machiguenga* de Perú, los *kunas* de Panamá o los *zapotecas* del Istmo de Tehuantepec en México (Gómez Suárez, 2015).

Sexualidad

Como se puede observar, definir qué es sexualidad no es una tarea fácil. En tal variedad se puede entrever que existen diferentes visiones involucradas en su intento de definición: biología, psicología, sociología, antropología, entre otras. Abordar el tema de sexualidad exige una interdisciplinaridad, una visión de

complejidad. Para hablar de ella se han usado diferentes marcos y son dos los que han tenido injerencia en el tema principalmente: la religión y la ciencia (Hyde y DeLamater, 2006).

La religión proporcionaba la mayoría de la información sobre sexualidad y el resto estaba dado por rumores transmitidos de personas a personas. Las religiones fueron divulgando distintas creencias de acuerdo a los preceptos de cada una de ellas. A esto debemos sumarle la mitología griega que explicaba las expresiones y deseos de la gente en lo referente a lo sexual (Hyde y DeLamater, 2006). Luego, y a medida que fueron pasando los años, ingresa la ciencia con sus estudios acerca del sexo, aunque la objetividad podría ponerse entre paréntesis, ya que sus hallazgos solían estar teñidos por la época y la influencia religiosa del momento en la sociedad. Ya hablamos de algunos investigadores influyentes en la conceptualización de la sexualidad (Kraft-Ebbing, Freud, Havelock Ellis), solo quedan por mencionar algunos más. Por ejemplo, Magnus Hirschfeld, quien fundó el primer instituto de investigación en sexualidad y estableció la primera publicación periódica sexual. Sus conceptualizaciones fueron de avanzada para la época (1910) con el movimiento de reforma sexual alemana. Le sigue en importancia los estudios antropológicos de Malinowski y Mead en la década del 1930, quienes hicieron grandes aportes con sus observaciones del comportamiento sexual en otras culturas. Alfred Kinsey en la década de 1940 realiza una serie de investigaciones acerca del comportamiento sexual de los hombres y mujeres norteamericanas publicando en 1948 el informe acerca del comportamiento sexual de varones y en 1952 el de mujeres. Seguidamente, encontramos a Masters y Johnson quienes realizan publicaciones acerca de la fisiología de la respuesta sexual humana y de los trastornos sexuales en la década del 1960. Más o menos para la misma época entra en escena John Money con sus trabajos relacionados con los errores en la diferenciación del género. A partir de aquí,

numerosos estudios con perspectiva social, sociológica y psicológica se pueden observar en la investigación científica. Otro hito histórico lleva a prestar atención a los comportamientos sexuales, y es la aparición del Sida (más tarde denominado VIH) en la década de 1980, con el foco en poblaciones que se encontraban en la marginalidad o invisibilizados, como son gays, trans entre otros (Hyde y DeLamater, 2006).

Estos autores plantean que hay que prestar una especial atención a los medios masivos de comunicación, ya que refieren a que éstos están cumpliendo el mismo papel que las religiones en los siglos anteriores. En ellos se muestran escenas sexuales que se encuentran alejadas de la vida real, con poca información en la prevención de las infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, entre otras cuestiones de importancia para la salud sexual de la población. Tienen áreas de influencia que, en la mayor parte del tiempo, supera a los datos científicos debido a la accesibilidad que la gente tiene de los mismos. Lo que aparece en los medios de comunicación representa la línea establecida de lo que ocurre realmente (o al menos eso creen las personas en general), lo cual lleva al posicionamiento de temas como importantes dejando de lado otros (establecen una agenda). También hay que considerar que la gente imita lo que ve en los medios, los modelos que se transmiten, y considerando al propio grupo étnico y cultural como superior al resto y con posibilidades de juzgar los comportamientos de los otros. Hoy en día es la internet la que tiene mayor presencia en la vida de las personas y que cumple completamente con los tipos de influencia mencionados anteriormente.

Aunque los estudios transculturales han mostrado una gran variedad de comportamientos sexuales, se ha observado que el

tabú del incesto (relaciones sexuales entre familiares) y la condena de las relaciones forzosas (violación) están presentes en la mayor parte de las culturas estudiadas. Asimismo, prevalece la variabilidad de conductas sexuales y sus diferentes interpretaciones sobre las mismas. Tomando como ejemplo al beso, tan común en nuestra sociedad, en algunas culturas es considerado repulsivo o los modos de besarse varían de una sociedad a otra. Estos estudios transculturales son importantes, ya que nos posibilitan poner en perspectiva los comportamientos sexuales humanos, así como tener en consideración la influencia de estos diferentes contextos en el moldeo y aprendizaje de las conductas sexuales humanas y que no necesariamente están creadas por la biología o por los instintos (Hyde y DeLamater, 2006).

¿Qué perspectivas teóricas tenemos acerca de la sexualidad?

Como se dijo anteriormente, la conceptualización de la sexualidad humana es una tarea compleja, con diferentes áreas de conocimiento que posibilitan la explicación de la variedad y la comprensión de los heterogéneos comportamientos sexuales humanos. Sin ánimo de ser exhaustivos, proponemos sintéticamente las diferentes áreas.

Sociobiología

La sociobiología aplica las conceptualizaciones de la biología evolutiva a la comprensión de la conducta social de los animales (que incluye a los humanos). Y, como la conducta sexual es una forma de conducta social, los sociobiólogos tratan de comprender cómo han evolucionado ciertos patrones de conducta

sexual en los seres humanos. Surge alrededor de 1975 con la publicación de *Sociobiology: The New Synthesis*, cuyo autor fue E.O. Wilson. Su foco principal está dado en cómo se eligen las parejas sexuales. Se consideran conceptos como evolución (apunta a la perpetuación de la especie) dada a través de la selección natural (mayores posibilidades de sobrevivir), y el fin último es la reproducción. Esta área de conocimiento ha recibido muchas críticas, ya que se la considera anticuada y que solo se enfoca en la supervivencia y en los esfuerzos por reproducción; con poco sustento en evidencia científica, y con serias dificultades para explicar la homosexualidad (Hyde y DeLamater, 2006).

Psicología Evolutiva

Esta área "centra su atención en los mecanismos psicológicos que la selección natural ha moldeado" (Buss, 1991 en Hyde y DeLamater, 2006, p. 28). Se centra solo en las características adaptativas del ser humano para emparejarse y reproducirse.

Teorías psicológicas

Teoría psicoanalítica

El fundador de esta teoría fue Sigmund Freud y uno de los aportes más importantes que hizo fue sacar a la luz el tema de la sexualidad sobrepasando las ideas victorianas de su época, además de plantear que los condicionantes de la sexualidad se dan en la infancia. Realiza interesantes descripciones del comportamiento sexual en los niños, aunque se le critica la poca importancia que le daba al ambiente y al aprendizaje, así como que sus conceptualizaciones surgieron del trabajo solo con pacientes y no

con población general, y que algunos de sus conceptos no pueden ser estudiados desde una ciencia positivista (como la que predominó en el siglo pasado). Ya se hizo mención anteriormente acerca de la desventaja obtenida en la homosexualidad, al ser un intento fallido de resolución del Complejo de Edipo (Hyde y DeLamater, 2006).

Teoría del aprendizaje

En esta teoría, el ambiente toma preponderancia en el comportamiento sexual humano y, a diferencia del enfoque anterior, los condicionantes de la conducta sexual se pueden dar en cualquier etapa de la vida.

Entre las teorías del aprendizaje encontramos al condicionamiento clásico donde la asociación de estímulos (aun cuando no se está dentro de la situación condicionante) provocan una respuesta, como, por ejemplo, puede ser un determinado perfume que se asocia con una situación sexual podría provocar excitación sexual. Otra, es el condicionamiento operante, donde hay refuerzos y castigos de una determinada conducta que apuntan a obtener una determinada respuesta. Por ejemplo, si una mujer experimenta dolor en la relación sexual repetidamente, éste funcionará como castigo y, por lo tanto, la mujer no querrá tener relaciones sexuales para evitar el dolor. Los refuerzos y los castigos deben darse en el momento que se moldea la conducta deseada, de otra manera no se producirá el efecto deseado (esto explicaría por qué un joven que adquiere una infección de transmisión sexual continúa teniendo relaciones sin uso de condón, ya que el castigo no aparece en el momento mismo de la relación sexual). Otra cuestión interesante es que los castigos no

tienen tanto efecto como los reforzadores. Si se castiga a un niño por masturbarse, probablemente el mismo intentará hacerlo sin que lo atrapen. Estos dos enfoques (condicionamiento clásico y operante) sirven de marco para los planes de modificación conductual observable sin considerar el por qué se originó la conducta (Hyde y DeLamater, 2006).

Otra de las teorías del aprendizaje es la del aprendizaje social de Bandura que toma los conceptos del condicionamiento operante sumando otros dos procesos, que son: la imitación y la identificación. Éstos son útiles para explicar la identidad de género, o el sentido de la propia masculinidad o feminidad. Las identificaciones y las imitaciones no sólo van a estar dadas hacia el interior de la familia, sino que también, hacia elementos externos como son los medios masivos de comunicación que también influyen en los comportamientos sexuales. La conducta sexual se repetirá de acuerdo a si hay o no refuerzos, de si se percibe que es eficaz o no el comportamiento. En este sentido es que se utilizan estos procesos en los programas de intervención para prevenir enfermedades de transmisión sexual como, por ejemplo, el VIH (Hyde y DeLamater, 2006).

La teoría del intercambio social se sirve del concepto de reforzamiento para dar cuenta de la estabilidad y el cambio en las relaciones entre las personas, relaciones en las que elegimos entre varias opciones de conducta, buscando aquellas que impliquen mayor refuerzo y menos costo, más ganancia que pérdida. La teoría se centra en el intercambio de bienes o servicios que se produce entre las personas, o sea que, si una persona percibe que tiene un beneficio en la relación, permanece en ella; si no lo percibe, probablemente abandone esta relación y busque alguna

que le implique una ganancia. (Hyde y DeLamater, 2006). Esto último ha recibido sus críticas, ya que la teoría del intercambio social se focaliza solamente en el reforzamiento y quizá se deje de lado otros incentivos, como son el altruismo y el sacrificio como motivador en el establecimiento de relaciones sociales que van más allá de las relaciones de pareja.

En las décadas de 1980 y 1990 surge la llamada revolución cognitiva, en la cual no sólo se tenían en cuenta las conductas observables, sino también los pensamientos, el cómo es la percepción y el pensamiento de las personas, denominándose psicología cognitiva a esta área, la cual también puede dar explicación a ciertos comportamientos sexuales de las personas.

En el abordaje cognitivo los terapeutas creen que "la aflicción psicológica es frecuentemente el resultado de pensamientos desagradables que, por lo general, no son acordes a la realidad y que incluyen ideas falsas, distorsiones, exageración de problemas y evaluaciones irrazonablemente negativas de sucesos" (Hyde y DeLamater, 2006, p. 35). La percepción, etiquetaje y evaluación de los eventos es esencial en una situación sexual. Por ejemplo, un hombre con una falla en la erección puede evaluar como algo horrible que le pase esto o como algo que es pasajero. Esta evaluación va a depender de varios factores (experiencia previa, edad, entre otros), pero la misma determinará a futuro cómo se va a relacionar sexualmente con una pareja y el posible desempeño sexual que tenga.

Una de las teorías cognitivas que trabajan cuestiones del sexo y el género es la *Teoría de los Esquemas de Género* de Sandra Bem. Esta autora propone en 1981 una teoría de esquemas con el fin de dar explicación del desarrollo de los roles de género y

el impacto del mismo sobre la vida y pensamientos cotidianos de las personas. A través de estos esquemas, las personas organizamos y guiamos la percepción de las cosas y nos ayudan a recordar, aunque en ocasiones pueden distorsionar nuestros recuerdos, sobre todo cuando la información es inconsistente con nuestro esquema (Hyde y DeLamater, 2006)

Define al esquema de género como "una estructura cognitiva compuesta de una serie de atributos (conductas, personalidad, apariencia) que asociamos con los varones y las mujeres" (Hyde y DeLamater, 2006, p. 36) llevándonos a procesar la información recibida en base a este esquema. Es por ello que cuando nos encontramos en situaciones que salen de los estereotipos cueste procesar lo que se percibe y tarden en modificarse los mismos, ya que los esquemas tienden a filtrar y eliminar la información que no sea consistente con los estereotipos.

Por último, desarrollaremos las perspectivas sociológicas, que contiene una visión macro de la sexualidad humana, la cual refleja las influencias sociales a través de sus instituciones, así como de grupos étnicos o de la clase social en la cual se encuentra inserta el individuo. Contamos con instituciones sociales, tales como: religión, economía, familia, medicina y la ley. Las cuales se desarrollarán a continuación.

Religión

En nuestra cultura ha tenido una gran influencia la tradición judeo-cristiana en las creencias sobre sexualidad. La abstinencia es uno de los elementos centrales (sobre todo en los religiosos), y las relaciones sexuales se promueven con fines

reproductivos, las que se deben dar dentro del matrimonio heterosexual. Todo aquel comportamiento sexual que esté fuera de estos cánones es considerado una falta a los preceptos religiosos. Entre ellos tenemos a la masturbación y a la homosexualidad, como así también el sexo pre o extramarital. Solo se puede concebir una relación sexual entre un hombre y una mujer, ya que solo una pareja heterosexual puede procrear (Hyde y DeLamater, 2006).

Economía

Las condiciones económicas son de gran peso en la sexualidad, el matrimonio y la parentalidad. No es lo mismo contar con un trabajo estable o no para un hombre o para una mujer. Un hombre sin trabajo probablemente desistirá en tener una familia, sobre todo, considerando si se ajusta a los estereotipos de género de responsabilidad de mantener económicamente una familia. Un trabajo que implique muchas horas fuera del hogar no va a significar lo mismo para un hombre o para una mujer. Esto, sin lugar a dudas, está relacionado con los esquemas de género que una persona pueda tener. En un contexto económico capitalista todo es bienes o servicios, incluido el sexo. Quizá por ello encontremos venta de sexo por internet, revistas, personas trabajadoras sexuales, juguetes sexuales, turismo sexual, entre otras (Hyde y DeLamater, 2006).

Familia

Sobre la familia se puede decir que, luego de la Revolución Industrial, las relaciones interpersonales intrafamiliares tomaron una trascendencia importante. Se conforma una tríada entre el amor, el matrimonio y el sexo. Pero a

medida que fue pasando el tiempo empieza a tener mayor importancia el amor y el sexo, dejando por fuera al matrimonio (Hyde y DeLamater, 2006). Quedando a las claras lo que sucede hoy en día, donde cada vez hay más parejas que deciden convivir y no contraer matrimonio. Sería largo desarrollar, pero es en la familia donde se aprenden aquello que es propio de los varones y aquello que es propio de las mujeres, sobre todo considerando el régimen heterosexual mencionado previamente.

Los relatos identitarios de las personas se construyen intersubjetivamente, dándose primariamente esta construcción en la familia ya que es uno de los contextos principales de desarrollo de los individuos, sin contar con los otros contextos circundantes, como son: los pares, la escuela, la sociedad y la cultura. Es una institución que ha ido teniendo cambios con el paso del tiempo debido a los cambios socioeconómicos y políticos (globalización y posmodernidad). Todo esto afirma el planteo de la complejidad en las relaciones y el desarrollo de los individuos y que, cualquier análisis, tiene que ser mirado dentro de esta complejidad (Infante Blanco y Martínez Licona, 2016).

Las familias son diversas, plurales y complejas a pesar de que se quiere mantener un ideal de "la" familia, la de una mamá, un papá, hijos e hijas y mascotas. La pluralidad radica en que hay una forma de parentesco, un sistema de relaciones sociales arbitrario donde no hay una relación directa con la consanguineidad ni con la afiliación (Guasch, 2000 en Herdt y Koff, 2002).

En la familia se enseña y refuerza los valores y expectativas sociales acerca de la socialización de género. Aunque no sea la única donde estos roles de género se aprenden, también hay otros espacios, como son la escuela, los medios masivos de comunicación, pero es en la familia donde se pone directamente la

responsabilidad de esta transmisión de valores y expectativas acerca de conductas apropiadas, aquellas que van acorde a la sociedad y cultura en la que se encuentra inserta la familia (Lev, 2010). Esta tarea se ha visto complejizada en los últimos tiempos por los cambios en las perspectivas de roles sociales de género, así como de los tipos de familias que encontramos por estos cambios y de los avances tecnológicos medicinales en cuanto a fertilización asistida.

Es un desafío para los y las profesionales de la salud ser conscientes de estos cambios, donde es necesario considerar el descentramiento de la heterosexualidad como algo "natural", como norma en la construcción de las familias, así como también la deconstrucción del binarismo sexual heredado del régimen heterosexual.

Medicina

La medicina se ha convertido en una importante influencia en la sexualidad hace más de 100 años y su ideología predominante es la terapéutica y cualquier prescripción está dada en un contexto terapéutico. Por lo que las investigaciones están dirigidas a la cura de trastornos, para lo cual se han ideado tratamientos farmacológicos para muchas enfermedades y trastornos sexuales, medicalizándose la sexualidad en estos últimos tiempos (Hyde y DeLamater, 2006).

La ley

La ley, el sistema legal, es otra institución con influencia a nivel macro sobre la sexualidad. La ley establece las normas, lo que es correcto o incorrecto (legal o ilegal) en una sociedad determinada, y a través de ellas se establece un control social. Podríamos hablar de las leyes que apuntan a la lucha contra la

violencia de género, contra la discriminación, así como la ley de identidad de género. Todas ellas se asientan en garantizar el acceso a derechos que por mucho tiempo fueron vulnerados. Esta última, Ley N° 26.743 de Identidad de Género, es una ley de vanguardia en el mundo con respecto a la despatologización de las vivencias trans en nuestro país.

Teoría de la interacción simbólica

Otra teoría sociológica importante es la que plantea como premisa básica que "la naturaleza humana y el orden social son producto de la comunicación simbólica entre las personas" (Hyde y DeLamater, 2006, p. 39), jugando un papel preponderante la interacción con otros significativos para el individuo y conlleve al logro de las metas que se propone el mismo.

En el intercambio se debe definir la situación a través de códigos de intercambio, lo que permitirá saber cómo manejarse en una determinada situación, de acuerdo a lo que se cree que el otro percibe y así poder anticipar conductas que lleven al objetivo del encuentro (Hyde y DeLamater, 2006).

Este enfoque es criticado ya que plantea una teoría basada en el pensamiento racional y conciente, y en la sexualidad también intervienen las emociones, lo que hace que no todos los intercambios sean racionales y concientes y tan controlados como la teoría propone, además de que pone el control en los otros y que las personas intentan satisfacer los estándares de otros (Hyde y DeLamater, 2006). Además, la experiencia que se tiene en cuestiones de relación lleva a establecer guiones o guías de comportamiento en situaciones sexuales.

Los *guiones sexuales* son el resultado del aprendizaje que realiza un individuo a lo largo de su vida en cuanto a lo sexual, mapas que posibilitan la planificación de lo que se está haciendo y de lo que se va a hacer, así como de lo que se hizo y que son determinadas por la cultura y nos orientan a cómo significar los contenidos sexuales que observamos, ya sea, en los medios masivos de comunicación, como en las escenas de la vida diaria (Hyde y DeLamater, 2006).

Como se puede observar, hay una gran variedad de enfoques para hablar de sexualidad, ninguno de ellos es mejor que otro, simplemente se focalizan en diferentes aspectos que hacen a la sexualidad toda. Los y las profesionales de la salud mental somos responsables también en las visiones que se proliferan en lo social acerca de la sexualidad, la ciencia no es ajena al momento sociohistórico en el cual se vive. Como plantea Amil (2018, p. 45):

Vivimos en un contexto en el cual el paradigma binario de la sexualidad patologiza a las sexualidades no hegemónicas y refuerza el estigma social que cae sobre ellas donde los profesionales de la salud mental tenemos una fuerte responsabilidad histórica de la contribución de nuestra disciplina en la construcción del paradigma heteronormal y la violencia que éste ha ejercido y continúa ejerciendo sobre los cuerpos disidentes.

Es importante estar conscientes que nuestras opiniones acerca de la sexualidad no son ingenuas, que hay un paradigma detrás de ellas y que pueden llevar a prescribir comportamientos en una sociedad determinada y con un valor y significación determinados. Por ello, "es nuestro deber generar espacios seguros por fuera de las asunciones de la heteronormatividad que acoja todo tipo de corporalidades, sexualidades y deseos" (Amil, 2018, p. 45).

Conceptos claves en sexualidad humana

Hemos venido hablando acerca de las diferentes teorías que intentan dar explicaciones de los comportamientos y sentires y experiencias relacionados con la sexualidad humana. Así también, hemos mencionado el régimen heterosexual que determina una visión binaria de los sexos, visión biomédica heredada de años de historia y de contextos sociales y políticos. Como así también de los aportes de las ciencias sociales, especialmente investigaciones antropológicas y sociológicas de los individuos. Es aquí donde la familia ingresa como una de las instituciones con mayor peso en la construcción de la identidad por ser el nexo entre la sociedad y el individuo. Asimismo, los medios masivos de comunicación también tienen su injerencia en el desarrollo de la identidad, sobre todo considerando la velocidad en la que circulan las informaciones a través de las redes hoy en día y la agenda política que instalan a través del tratamiento de diferentes temas en los medios.

El pertenecer a una sociedad implica reconocerse y ser reconocidos por otros, y es el género una de las tantas categorías de reconocimiento, pero que conlleva una condena implícita de no poder salirse de ciertos esquemas. Es así, que aquellos que se encuentran fuera de esta normativa representan a una situación inimaginable o monstruosa, como es el caso de los estados intersexuales o el de las personas trans, donde se muestra que las categorizaciones han sido insuficientes y lo siguen siendo, para referirse a una experiencia particular de ser sexual o de expresar una sexualidad no hegemónica (Coll-Planas y Missé, 2015).

Al momento actual se ha llegado a un consenso acerca de ciertas definiciones conceptuales referentes a la sexualidad, y son

tan solo a modo de categorías orientativas al momento de realizar un abordaje de esta temática tan amplia y compleja a la vez (como se puede observar en el recorrido histórico), y que se desarrollan a continuación. Todas estas categorías representan diferentes dimensiones que tiene la sexualidad humana.

Sexo: "características de orden biológico que diferencian unos cuerpos de otros" y hacen "referencia a la configuración de las corporalidades en relación a tres características", como son las cromosómicas, las gonadales y las genitales (MEN; UNFPA; PNUD & UNICEF, 2016, p.15). Lo *cromosómico* está en relación a la configuración genética de una persona, siendo hembra XX, macho XY, y a aquellas personas que tienen una trisomía de las anteriores (XXY, XXX, XYY o una configuración genital difícil de establecer) considerados intersexuales (aunque hay intersexuales con una carga cromosómica XX o XY).

Como se puede observar, una configuración sexual puede ir más allá de la tradicional visión de solo dos sexos, mostrando desde lo más básico lo compleja que puede ser la categorización binaria de los sexos.

Lo *genital* hace referencia a la configuración interna y externa de los genitales (vulva, labios mayores y menores, clítoris, pene, escroto, entre otros) y, por lo tanto, se puede hablar de macho, hembra o intersexual.

Al hablar de las *gónadas* se hace referencia al aspecto hormonal que surge de ellas y que es el responsable de los caracteres sexuales secundarios (vello púbico, la distribución de grasas, entre otras). Se habla de producción de testosterona y estrógenos en diferentes medidas de acuerdo a se trate de un macho o una hembra. Habrá mayor proporción de testosterona que de estrógenos en el macho y mayor proporción de estrógenos que de testosterona en la hembra.

"El *género* puede entenderse como el conjunto de construcciones socioculturales que determinan las formas de ser hombres o mujeres en un tiempo y una cultura específicos. Esto implica que dichas construcciones no son fijas, sino cambiantes y transformables" (MEN; UNFPA; PNUD & UNICEF, 2016, p.18). Ya hemos hecho referencia a los esquemas de género con anterioridad, pero a modo general se puede decir que la sociedad adjudica determinados roles a varones y mujeres en función del sexo asignado al nacer de acuerdo a la configuración genital. Por lo que, si se tiene un cuerpo de hembra se le exige culturalmente ser mujer y, si se es macho, se le exige ser varón. Ha habido una consideración de que esto se da naturalmente, sin considerar la influencia social y cultural para que esto sea así. Se dice que es natural que el varón sea más fuerte y la mujer sea más débil, que el hombre está preparado para lo productivo y la mujer para lo reproductivo. Estos conceptos son muy discutibles si consideramos los estudios antropológicos y sociológicos de otras culturas diferentes a la nuestra, donde la familia y otros grupos sociales determinan de alguna manera estos aspectos masculinos y femeninos (Hyde & DeLamater, 2006).

Este sistema sexo/género lleva al establecimiento de *estereotipos de género*, que, como dijimos en apartados anteriores, posibilitan, pero a su vez limitan el desarrollo ciudadano de las personas. Esto hace que aquellos que se encuadran dentro de esta norma sean considerados dentro de una sociedad, pero aquellos que no están dentro de este sistema sexo/género pueden ser vulnerados en sus derechos como personas y quedar fuera del sistema social, con las consecuentes experiencia de violencia de todo tipo que pueden llegar a tener en escuelas, hospitales, trabajo o hacia dentro de la familia (MEN; UNFPA; PNUD & UNICEF, 2016; PSSyPR, Ministerio de Salud, 2015).

Lo anteriormente desarrollado corresponde a lo denominado como *identidad de rol de género* o *"expresión de*

género", siendo "una forma particular y propia de expresión de su identidad" (MEN; UNFPA; PNUD & UNICEF, 2016, p.21). Usualmente la expresión de género coincide con lo pautado desde lo social en cuanto al uso de vestimenta, la forma de actuar, el modo de llevar un peinado, entre otras cosas. Asimismo, no hay una relación directa con la identidad de género, ya que hay personas que usan determinada indumentaria que típicamente sería del sexo opuesto, pero no afecta a su identidad de género, como ser usar pantalones las mujeres o usar faldas los hombres. Esto va a depender de la situación y contexto sociocultural en el que se encuentre la persona y la socialización de género transmitida por la sociedad a los individuos (Hyde & DeLamater, 2006). Esto es, por ejemplo, si la persona tiene una expresión de género no hegemónica (por ejemplo, pelo largo en los hombres o pelo corto en las mujeres, uso de accesorios tipificados para un género determinado), no implica que se tenga una identidad de género trans o que tenga una orientación sexual homosexual o bisexual.

La *identidad de género* es la percepción interna de ser hombre o mujer. Cuando hay una correspondencia entre el sexo asignado al nacer y la identidad de género se habla de cisgénero. Estas identidades de género son las consideradas como hegemónicas en la sociedad contemporánea. En el caso que no haya una correspondencia entre el sexo asignado al nacer y el género con el que se identifica la persona, estamos hablando de identidades transgénero. Este grupo constituye con lo que se conoce como sexualidades no hegemónicas en la sociedad (MEN; UNFPA; PNUD & UNICEF, 2016).

La *orientación sexual* se define como "la atracción física, erótica o emocional hacia otras personas" (MEN; UNFPA; PNUD

& UNICEF, 2016, p.23). Es así, que si una persona se siente atraída erótica y afectivamente a una persona de género diferente al propio es considerada heterosexual. Cuando se siente atraída erótica y afectivamente hacia el mismo género, homosexual; y cuando es hacia ambos géneros, bisexual. En el caso de que un homosexual sea hombre se habla de gay, y si es en una mujer se habla de lesbiana. Y en el caso en el que no haya atracción hacia ninguno de los géneros, hablamos de asexualidad.

"No hay una sola forma de ser, lesbiana, gay, bisexual, trans o intersexual, ya que, como todas y todos, las personas con identidades de género diversas construyen su personalidad en lo amplio de la diferencia" (MEN; UNFPA; PNUD & UNICEF, 2016, p.24). Esta aclaración es importante, ya que se suele estereotipar a las personas con sexualidades no hegemónicas, tipificando sus comportamientos. A modo de ejemplo, decir que "los gays" son promiscuos sexualmente, son usuarios de drogas o que todos tienen sida, es uno de los tantos ejemplos de la estereotipia que hay sobre las expresiones sexuales no hegemónicas. La promiscuidad sexual o el consumo de drogas (como cualquier comportamiento humano) no están relacionados directamente con una orientación sexual, sino más bien, intervienen una multiplicidad de factores para determinar este tipo de conductas.

Algunos autores (Campo-Arias, 2010) plantean que el concepto de identidad sexual es un constructo multidimensional que incluye elementos como la identidad de género (confort con los caracteres sexuales primarios y secundarios), la identidad erótica u orientación sexual (atracción erótica a un género en particular), la identidad de rol de género (las conductas esperadas

en un contexto cultural de acuerdo al sexo asignado al nacer), y la identidad socio-sexual (auto-identificación con un grupo social particular). Se hace énfasis en que no debe confundirse la identidad sexual con conductas o prácticas sexuales, ya que estas son expresiones o patrones de la actividad sexual que las personas o la comunidad muestra consistentemente. Hablar de constructo multidimensional en la identidad sexual es importante ya que este concepto suele utilizarse haciendo referencia a algunos de los elementos descritos más arriba.

Continuando con las definiciones dadas por este autor, se puede decir que:

Identidad de sexo *(sex identity)***:** se refiere al nivel de aceptación o rechazo que un adulto siente o expresa acerca de las características físicas, que son específicas al sexo biológico de nacimiento. Estas características son definidas por elementos biológicos esencialmente. Normalmente, las personas conocidas como transgénero o transexuales refieren malestar con las características biológicas, primarias y secundarias, de su sexo biológico (Campo-Arias, 2010, p.180. La traducción me pertenece).

La identidad de sexo mencionada en el párrafo anterior corresponde a lo que mencionáramos como "sexo" según MEN; UNFPA; PNUD & UNICEF (2016).

Siguiendo con las definiciones de Campo-Arias (2010, p.180, la traducción me pertenece):

Identidad de género: se refiere al grado de aceptación o malestar que un adulto manifiesta en términos de características emocionales y conductuales esperadas para una persona, de

acuerdo al sexo biológico *[asignado al nacer, agregado por el autor de este capítulo]*, que presenta en la interacción con otras personas. El patrón de conducta tipo-género varía ampliamente de un contexto social y cultural a otro. Regularmente, se adjudica lo femenino a la mujer y lo masculino al hombre. La conducta típica de género se construye de manera compleja en un contexto social y cultural determinados.

Un concepto cercano al de identidad de género es el de **rol de género**. Éste se refiere comúnmente a los comportamientos observables considerados femeninos o masculinos en una cultura o una sociedad. Es lo que se menciona diariamente como masculinidad o feminidad.

Tradicionalmente, la gente espera concordancia entre el género y el sexo biológico (identidad y rol). Sin embargo, algunas personas quieren tomar las características del sexo opuesto y solamente vestir ropas, incorporar gestos y actitudes sin malestar subjetivo de las características de su sexo y sin necesidad de un fuerte deseo de un cambio permanente de las características sexuales primarias y secundarias del sexo biológico. Se llaman travestis.

Identidad erótica u orientación sexual: describe el sexo biológico de la persona que frecuentemente produce atracción, deseos, sueños, o fantasías sexuales o eróticas de un individuo. Esta categoría es el componente más íntimo o privado de la identidad sexual. La identidad erótica no necesariamente se manifiesta. El modo de expresión de la orientación sexual de cada persona va a estar relacionado con elementos ambientales más que a través de comportamientos sexuales específicos, consistentes o evidentes.

Identidad socio-sexual: teniendo como base la orientación sexual, esta categoría indica el grupo social con el que más se identifica la persona. Implica connotaciones sociales, culturales y de estilo de vida. También puede implicar activismo o militancia en grupos de la sociedad civil de sexualidades no hegemónicas.

Como se ha mencionado con anterioridad, la predominancia del mito de la heterosexualidad lleva a pensar en que hay una sexualidad hegemónica que establece una concordancia entre la identidad de sexo, de género, de rol, erótica y social. Esto es, se tiene genitales de macho, se es hombre, masculino, heterosexual y se relaciona socialmente de acuerdo a ello. En el mismo sentido se da para una mujer. Pero el nivel de variaciones que hay en las relaciones de estos conceptos determinan diferentes formas de ser (sexualmente hablando), de sentir, de expresar y de crear afectos (Malpas, 2021). De aquí la importancia de escuchar cómo es la expresión individual de estos aspectos en una persona. Campo-Arias (2010) menciona que la mayoría de los estudios se focalizan en los comportamientos observables, sin la consideración de los aspectos subjetivos de la identidad sexual, la cual es una integración de los componentes antes mencionados. Por eso es importante no confundir estos componentes ya que esto tiene implicancias directas sobre la salud sexual de las personas. "No hay determinismo entre cuerpo/género e identidad: hay múltiples identidades sexuales" (Castro Apreza, 2016, p.31). Por esto mismo la legitimidad de realizar estudios de las sexualidades no hegemónicas ya que así se podrá ir más allá de conceptos estancos, y transitar caminos que consideren la subjetividad de las personas, considerando que el cuerpo es la materialidad histórica de un sujeto donde están inscritas todas las

experiencias vividas por la persona, lo que hace a cada individuo como único y particular. Es en el cuerpo por donde circulan discursos y representaciones sociales y que modelan el ser (Cruz Salazar, 2016).

La denominación TRANS se suele tomar como expresión de las identidades sexuales no hegemónicas y engloba a quienes se identifican con, expresan y/o corporizan un género distinto al asignado al nacer y a quienes contienen (ya sea con la apariencia y/o autodenominación) aquellas expectativas vinculadas con el género impuesto socialmente desde el nacimiento. Se abarca las identidades travestis, transexuales y transgénero, así como las menos visibilizadas *cross-dressers, drag-queens, drag-kings, sin género y genderqueer*, presentando todas ellas diferentes expresiones culturales de identificación, expresión y corporización desde las coordenadas sexo-genéricas establecidas social y culturalmente (PSSyPR, Ministerio de Salud, 2015).

La sexualidad en las diferentes etapas de la vida

De acuerdo a las diferentes perspectivas de abordaje de la sexualidad se podría hacer hincapié en una etapa u otra de la vida, pero la sexualidad es algo que nos acompaña a lo largo de toda la vida. Por eso en este apartado hablaremos de su presencia a lo largo del ciclo vital.

Para ello comenzaremos por el período llamado de Lactancia, entre los 0 y los 2 años. Etapa en la que la familia estimula el desarrollo del impulso vital del infante, ayudando y acompañando su inserción en las redes familiares, así como promoviendo la confianza y la seguridad básicas (Martín y Madrid, 2006).

La capacidad del ser humano de presentar manifestaciones sexuales se da desde el nacimiento (incluso antes), como son la erección del pene (observadas en ecografías) y la lubricación vaginal. Asimismo, la primera relación íntima de un bebé está dada con la madre (o cuidador/a principal) con una multiplicidad de contactos físicos y amorosos, implicando los sentidos del olfato, auditivo, táctil y visual (Hyde y DeLamater, 2006). Se puede observar en los infantes conductas de autoestimulación que son normales en este proceso de autodescubrimiento en los momentos de higiene (cambio de pañales, baño). Es importante entender desde la perspectiva de los/las niños/niñas estos comportamientos, los cuales representan la curiosidad básica de ellos/ellas en el proceso de crecimiento y desarrollo. La confianza y seguridad básica se construye en los intercambios de caricias y abrazos, dándose un vínculo de apego que formará las bases para relaciones futuras de autonomía e individualidad (Martín y Madrid, 2006).

Ya, alrededor de los dos años y medio y con la adquisición del lenguaje, niños y niñas saben y diferencian el género de ellos y de los de su alrededor. Se establece la identidad de género. Esto es un indicador del ingreso a la temprana infancia (de 3 a 7 años), donde el interés por lo sexual va en incremento. El infante entra en un período de mayor independencia posibilitado por sus habilidades motrices adquiridas por la deambulación, y, consecuentemente, un aumento de relaciones sociales con pares, estableciendo nuevas relaciones y posibles contactos sexuales, como parte de esta curiosidad sexual de las diferencias sexuales. Es importante destacar la importancia que niños/niñas tengan estas experiencias con pares de la misma edad. Aparecen los juegos del doctor, la mamá y el papá, todos ellos como parte del descubrimiento del mundo que les rodea. La masturbación continúa, aprendiendo que esta conducta es un acto privado y,

como parte del aprendizaje del pudor socialmente establecido, elemento que incluye el aseo personal (Hyde y DeLamater, 2006; Martín y Madrid, 2006).

Alrededor de los 5 años, niños y niñas juegan a los novios y novias, un preludio al establecimiento de la orientación sexual. Es importante acompañar este proceso no determinando el género de la pareja que puedan tener a futuro. Es decir, hablarles amorosamente cuando plantean que se van a casar con el papá o la mamá, diciéndoles que mamá y papá ya están casados y que ellos o ellas encontrarán una PERSONA (no un varón o una mujer) con la cual podrán relacionarse en el futuro. Importante, ya que se encuentran en relación con pares en la guardería, jardín o inicio de escuela, por ende, posibles "novios" o novias". El jugar con pares del mismo o distinto género para ellos es frecuente. Simplemente están aprendiendo el mundo de las relaciones con otros. Normalmente no implica contactos sexuales de tipo genital. El lenguaje tiene que estar dirigido a lo que los niños o niñas preguntan o viven, debe ser preciso, puntual, evitando las charlas tipo conferencia, más bien orientado a su nivel de comprensión (Groisman, Rabinovich e Imberti, 1999; Hyde y DeLamater, 2006).

Otro elemento importante de este periodo es el aprendizaje de la intimidad. La intimidad de las figuras parentales, como así también la propia. Esto se realiza reconociendo los propios espacios y el de los otros. Es decir, cada miembro de la familia tiene su propia habitación y es relevante pedir permiso para ingresar a cualquiera de estos espacios. Si no hay posibilidades de propia habitación, se puede recurrir a armarios, cortinas o almohadas en la cama, que posibiliten diferenciar los espacios de intimidad.

La preadolescencia se da entre los 8 y los 12 años. Ya el infante ha ido incorporando las normas básicas sociales en la familia y en el ingreso a la escuela, lo cual le amplía su espectro

de sociabilidad, conociendo otras formas de estar en familia cuando va a casas de compañeros/as de escuela, así como diferencias en cuanto a expresiones de la sexualidad. El grupo de pares comienza a tener una importancia suprema, funcionando de manera dividida en grupo de varones y en grupos de niñas. Esto está en relación con aspectos de desarrollo de la identidad compartiendo con aquellos/as que están transitando los mismos procesos de cambio. Lo que también les sirve para afianzar su personalidad. Entran en juego los roles de género a pleno, por lo que es vital trabajar la convivencia en la diferencia, en la diversidad de personas. Las preguntas sobre sexualidad suelen ser directas y "en crudo", respondiendo quizá a la falta de información sexual traída desde la casa (Martín y Madrid, 2006). A veces, podemos encontrar de manera indirecta aquellos intereses sexuales de estos preadolescentes a través de los "chistes verdes". Estos son una vía interesante de ingresar al contenido sexual en el cual están interesados/as y trabajar la educación sexual a partir de ellos (Cabrera de Uriburu, 1996).

Alrededor de los 9 o 10 años empiezan los cambios corporales de la pubertad. De aquí que los intereses sexuales ronden alrededor del cuerpo propio y el de los otros, de la actividad sexual, los roles sociales de género, así como también los sentimientos de vergüenza y afectivos hacia otras personas. Puede haber enamoramientos públicos o secretos. Es de importancia trabajar la autoestima y el respeto propio y el de los/las demás personas, promoviendo la integración social grupal (Martín y Madrid, 2006).

La masturbación empieza a ser más frecuente, siendo diferencial su aprendizaje en varones y en niñas. Los varones

usualmente lo aprenden de compañeros, ya sea por dichos o por haberlo visto o leído. En cambio, las niñas suele ser un encuentro accidental frente al roce de sus genitales. Se suele encontrar una frecuencia mayor (casi el doble) en varones que en mujeres. Los encuentros sexuales suelen ser con pares del mismo género, lo que no implica una orientación sexual homosexual necesariamente. Esto forma parte del desarrollo de su personalidad y afincamiento en su identidad sexual personal, sobre todo, considerando que es con los pares del mismo género con quienes se comparte la mayor parte del tiempo, por lo que es en el mismo grupo donde se satisfacen las curiosidades sexuales. De ahí la importancia de la educación sexual para diferenciar conceptos tales como "comportamientos homosexuales" de la "orientación sexual homosexual", ya que en esta época los chicos y las chicas empiezan a tener una mayor conciencia de hacia qué genero se sienten atraídos (Hyde y DeLamater, 2006). Todo esto va acompañado de los cambios corporales que les abren nuevos horizontes de socialización, cambios que resultan atractivos por lo que generan de nuevo en lo social, pero a su vez, también angustiantes por lo nuevo que están experimentando en sus cuerpos. Frente a esto podemos observar cierto retraimiento y desconexión con el mundo externo, la típica "edad del pavo", etapa que le posibilita una reorganización interna en cuanto a lo corporal como a lo emocional. El acompañamiento afectivo y paciente de parte de padres, madres o figuras significativas es muy importante en esta época, considerando que estos chicos y chicas se encuentran un poco alejados de sus familiares y más cercanos a sus pares (Martín y Madrid, 2006).

Acercándose a los 10 u 11 años los chicos y chicas comienzan a relacionarse con grupos del género opuesto al propio,

aunque permanecen con los de su mismo género, pero ya los contactos son más amplios y se suelen dar en las actividades de encuentros en centros comerciales, paseos en parques o plazas, así como bailes o fiestas, lo que posibilita las primeras parejas y encuentros románticos y sexuales con otras personas. Las conductas que se observan son el de agarrarse de la mano, abrazarse, besos y caricias por sobre la cintura (las de debajo de la cintura o coito puede darse más cerca de los 13 años más o menos). Las citas suelen darse de manera doble, con poca frecuencia individuales, donde se exploran mutuamente en lo afectivo como en lo sexual (Hyde y DeLamater, 2006).

La educación sexual, como se dijo anteriormente, está dirigida al cuidado personal, a la autoestima, el respeto propio y ajeno, la intimidad, y, ya más cercano a los 12 o 13 años, acerca de métodos anticonceptivos y prevención de infecciones de transmisión sexual.

La adolescencia, que se da entre los 13 y 19 años aproximadamente, se presenta con mayores intereses sobre sexualidad, sobre todo si consideramos la estimulación dada por el desarrollo hormonal, como así también por el contexto social, que promueve comportamientos sexuales como antesala a la vida adulta. Las variables hormonales son decisivas en este período, pero también lo son las sociales. Un ejemplo de ello es lo permisiva que se muestra la sociedad con respecto a las expresiones sexuales de varones y punitiva hacia estas expresiones en las mujeres (Hyde y DeLamater, 2006). Un varón con múltiples relaciones es un ganador, y en cambio, una chica con múltiples parejas es considerada una cualquiera. Estos mandatos socioculturales están en transición en este momento histórico gracias a los movimientos feministas y la instalación de la perspectiva de género en la educación sexual.

La masturbación es un tema central en este periodo, observándose una mayor frecuencia en varones que en mujeres. La

autoestimulación ha tenido diferentes abordajes, desde aquellos que intentaban que no sucediera porque producía diferentes tipos de trastornos, a aquellos que la promueven. Obviamente, todo esto se da dependiendo del contexto sociocultural, educativo y religioso en el que estén insertos los y las adolescentes. Otro tema importante es el de la orientación sexual, la cual se expresa a pleno en este período. Las atracciones hacia un género u otro se da y expresa (en la mayoría de los y las jóvenes) en esta época. Se habla de que un 10% de los y las adolescentes se orientarán hacia la homosexualidad, siendo el porcentaje un poco mayor en los varones que en las mujeres. La expresión pública o no de una homosexualidad va a estar determinada por múltiples factores contextuales, los cuales son importantes a considerar en la consejería adolescente sobre este tema y sobre otros también. Entre ellos está el de la primera relación sexual. Según algunos estudios, son mayormente placenteras cuando hay más cercanía entre las personas involucradas. Asimismo, se destaca el trabajo a realizar en la educación sexual para derribar algunas falsas creencias acerca de la primera vez, como por ejemplo, que no se produce un embarazo en la primera relación sexual, así como trabajar la prevención de embarazos no deseados y la transmisión de infecciones de transmisión sexual, aunque, no menos importante, es acompañar al adolescente a que ingrese a una relación sexual sintiéndose seguro/a con esa decisión, ya que hay adolescentes que se encuentran inseguros y tienen relaciones sexuales debido a las presiones del grupo (Hyde y DeLamater, 2006).

Yendo un poco a la adolescencia tardía y adultez, encontramos a una persona que se encuentra con nuevos desafíos, desafíos que desde la sociedad se plantean con el de una “persona

madura", dejándose atrás la "inmadurez" de la adolescencia. Ahora hay que ser responsables, se dice. Pero esta responsabilidad no aparece de repente, como por arte de magia, sino más bien, es una continuación de los aprendizajes recibidos a lo largo del desarrollo anterior. En este período se sigue madurando aspectos descubiertos en la etapa anterior, se afianzan la orientación sexual y la identidad sexual en general. En nuestro contexto heteronormativo, lo lógico es ser heterosexual. De hecho, hay personas que ingresan a la adultez sin ningún tipo de cuestionamiento al respecto. Otras, se debaten acerca de cómo es posible que siendo heterosexuales se tengan fantasías homosexuales (o viceversa), como si tuviese que haber una consistencia entre ambos aspectos. Ya Alfred Kinsey en sus estudios pudo demostrar que había un continuum de la orientación sexual que iba desde un extremo heterosexual a otro homosexual, estudios que fueron realizados alrededor de los años 1950 en Estados Unidos. Asimismo, se estabilizan los gustos y desagrados sexuales, los cuales se tendrán que comunicar a la pareja. Surgirán diferentes temas acerca de la intimidad sexual a medida que pasa el tiempo en la relación, por lo que, trabajar habilidades de comunicación en la pareja son importantes en esta etapa (Hyde y DeLamater, 2006).

Se espera para este periodo que las personas piensen en casarse y formar una familia. Esto es más desde la perspectiva tradicional, ya que hoy en día las personas en pareja piensan en un desarrollo personal, laboral y socioeconómico antes de casarse. Como habláramos en el apartado de familia, mencionamos que hay una modificación ante el deseo de establecerse en matrimonio y que muchas parejas optaban por la convivencia más que por el matrimonio. Los lugares tradicionales de encuentro, como son

bares u otros centros sociales, posibilitan el conocer a otras personas con probabilidad de un intercambio sexual. Pero no todas las personas se sienten seguras en estos ámbitos, por lo que se opta por las citas a través de aplicaciones en el teléfono celular o de internet. Normalmente se pautan reuniones donde el fin último es la relación sexual, aunque no se plantee desde el inicio. Algunas de estas citas pueden derivar en relaciones estables de pareja. Si el nivel de compromiso crece, llevará a la cohabitación. Es decir, compartir con otra persona un lugar y proyectarse juntos en determinadas empresas (casa, viajes, hijos/hijas, etc.). La relación matrimonial es lo tangible de que se ha dejado la familia de origen para formar una propia. En este punto el desempeño sexual cobra importancia, ya que si no se anda bien en la cama no se puede ir una persona así por que sí del matrimonio. Ilusión que sí estaba dada en la convivencia no matrimonial. Otro aspecto son los roles de género, es decir, quién hace qué en la casa. Los estereotipos de género han tenido un peso importante en la relación, poniéndose en juego principalmente los tradicionales. Aunque, como se dijo con anterioridad, estos roles están en una transición y que son mejor llevados si hay una comunicación fluida en la pareja. Importante aspecto, sobre todo si consideramos que el tiempo avanza y el amor idealizado del día de la boda va teniendo mutaciones, por lo que la coordinación en la pareja es fundamental. La frecuencia de las relaciones sexuales también cambia, influenciado por las actividades del diario y de la comunicación sexual que exista hacia el interior de la pareja. Una consejería sexual para combatir la "rutina" en la pareja estaría buena, ya que posibilitaría repensar ciertas creencias falsas acerca de la sexualidad, como pueden ser las de la masturbación

individual o en pareja o el tema mismo de la frecuencia de las relaciones sexuales. La "negociación del sexo" en la pareja es fundamental, siempre realizado en confianza y respeto mutuos, donde ambos puedan sentirse satisfechos sexual y emocionalmente (Hyde y DeLamater, 2006).

En los adultos mayores se aplican algunas falsas creencias que plantean la ausencia de sexualidad entre estas personas, similar a lo que se pensaba que sucedía en la infancia. Un adulto mayor es una persona que pasa por la madurez física, marcando cambios en el desempeño diario. Esto también se da en la sexualidad. La menopausia en la mujer o la andropausia en el hombre son elementos importantes a considerar en la consejería sexual de personas adultas mayores. No porque haya ciertas desventajas físicas, se tiene que pensar que también se da esto en ámbito sexual, pero sí vamos a considerar su estilo de vida, su estado general de salud, medicaciones que se toman, condiciones socioeconómicas, tiempo solos, lugar donde habitan, entre otros, para aconsejar a esta población en materia sexual. Probablemente si han llevado una vida sexual activa a lo largo de la vida, lo sea en esta etapa también. Las consideraciones van a estar relacionadas con el género de la persona, ya que varones y mujeres pasan por procesos diferentes en cuanto a su salud general y en cuanto al funcionamiento sexual, en particular. También es importante pensar acerca de las actitudes sociales hacia la vejez, que coloca a los adultos mayores en un lugar de no producción y/o de inutilidad, o molestia. En los últimos tiempos, se abren cada vez más espacios para que estas personas puedan ejercer su ciudadanía y gozar plenamente como cualquier otra persona.

Referencias Bibliográficas

AA.VV. (2007) [2016]. *Principios de Yogyakarta sobre la aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género*. Recuperado de: http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles_sp.pdf

Amil, A. B. (2018). El régimen heterosexual. Qué es, cuándo se inventó y por qué nos está matando. En: N. Barqui; G. Genise y D. Tolosa, Eds. *Manual integrador hacia la despatologización de las identidades trans.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.

Arango de Montis, I. (2008). *Sexualidad Humana.* México: Manual Moderno.

Barqui, N.; Genise, G. y Tolosa, D. (2018). *Manual integrador hacia la* despatologización *de las identidades trans.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.

Buttler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad.* Barcelona: Paidós.

Cabrera de Uriburu, E. (1996). *Las razones de Jaimito. Qué ocultan y revelan los cuentos picarescos infantiles.* Buenos Aires, Argentina: Planeta Nueva Sexualidad.

Campo-Arias, A. (2010). Essential aspects and practical implications of sexual identity. *Colombia Médica, 41*(2), 179-185. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v41n2/v41n2a11.pdf

Castro Apreza, I. (2016). Género y diferencia sexual. Un nuevo-viejo debate en torno a los cuerpos. En: Alcázar González et al; Coord. I. Castro Apreza & S. Morales Moreno. *Cuerpos y diversidades: miradas desde el sur*. Uxtla Gutiérrez, Chiapas: UNCACH: UNICH. Recuperado de: https://repositorio.cesmeca.mx/handle/11595/851

Coll-Planas, G. & Missé, M. (2015). La identidad en disputa. Conflictos alrededor de la construcción de la transexualidad. *Papers, 100*(1), 35-52. Recuperado de: http://dspace.uvic.cat/handle/10854/5462

Cruz Salazar, T. (2016). Reflexiones en torno a los estudios del cuerpo. En: Alcázar González et al; Coord. I. Castro Apreza & S. Morales Moreno. (2016). *Cuerpos y diversidades: miradas desde el sur*. Uxtla Gutiérrez, Chiapas: UNCACH :UNICH. Recuperado de: https://repositorio.cesmeca.mx/handle/11595/851

Ferrer, C. G. (2006). Transexualidad. Aspectos históricos y conceptuales. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace, 78*, 13-20. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Cristobal_Gasto/publication/28152834_Transexualidad_Aspectos_historicos_y_conceptuales/links/552242240cf2f9c130529f2e.pdf

Gómez Suárez, A. (2015). Multiculturalidad y educación socio sexual. *Revista de* Antropología *Experimental, 15, texto 15,* 189-200. Recuperado de: https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/2389/2023

Groisman, C.; Rabinovich, J. e Imberti, J. (1999). *El desafío de la sexualidad. Creencias, saberes, sentimientos.* Argentina: Editorial Sudamericana S. A.

Herdt, G. y Koff, B. (2002). *Gestión familiar de la homosexualidad.* Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Hyde, J. S. & DeLamater, J. D. (2006). *Sexualidad humana*. Novena Edición. México: McGraw-Hill Interamericana Editores. Recuperado de: https://biblioteca.unipac.edu.mx/wp-content/uploads/2017/06/Sexualidad-Humana-9na-ed.pdf

Infante Blanco, A. y Martínez Licona, J. F. (2016). Concepciones sobre la crianza: el pensamiento de madres y padres de familia (Conceptions regarding upbringing: the thoughts of parents). *Liberabit, 22(1),* :31-41. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272016000100003&Ing=es&tlng=es

Lev, A. I. (2010). How Queer! The Development of Gender Identity and Sexual Orientation in LGBTQ-Headed Families. *Family Process*, *49*(3), 268-290. Doi: 10.1111/j.1545-5300.2010.01323.x

Malpas, J. (2021). *Working with LGBTQ+ Clients in Couples Therapy*. Seminario Internacional on-line. Ackerman Institute for the Family & Fundación AIGLÉ (Argentina).

Martín, O. y Madrid, E. (2006). *Didáctica de la educación sexual. Un enfoque de la sexualidad y el amor.* 1° Edición 1° Reimpresión. Buenos Aires, Argentina: Editorial Sb

MEN; UNFPA; PNUD & UNICEF (2016). *Ambientes escolares libres de discriminación. 1. Orientaciones sexuales e identidades de género no hegemónicas en la escuela. Aspectos para la reflexión.* Bogotá, Colombia: Documento de CODAJIC Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y del Caribe. Recuperado de: http://www.codajic.org/node/2088

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2019). *Boletín sobre el VIH-Sida en Argentina*. Nº 36, año XXII. Recuperado de: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001754cnt-boletin-epidemiologico-2019_vih-sida-its.pdf

Moreno Sánchez, A. y Pichardo Galán, J. I. (2006). Homonormatividad y existencia sexual. Amistades peligrosas entre género y sexualidad. *AIBR Revista de Antropología Iberoamericana, versión electrónica,* 1(1), 143-156. Recuperado de: https://recyt.fecyt.es/index.php/AIBR/article/viewFile/32509/17255

OPS y OMS (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción.* Actas de una Reunión de Consulta convocada por: OPS y OMS. En colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS). Recuperado de:

PNSSyPR, Ministerio de Salud. (2015). *Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud.* Buenos Aires, Argentina: Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Recuperado de: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000696cnt-guia-equipos-atencion-Salud%20integral-personas-trans.pdf

Radi, B. y Pérez, M. (2018). De cambios, géneros y paradigmas. En: N. Barqui; G. Genise y D. Tolosa, Eds. *Manual integrador hacia la despatologización de las identidades trans.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.

Vázquez García, F. (2017). La invención del sujeto transexual. En: M. C. Banciotti; M. N. González-Martínez & D. Fernández-Matos (Eds). *En todos los colores. Cartografías del género y las sexualidades en Hispanoamérica.* Barranquilla, Colombia: Ediciones Universidad Simón Bolívar. Recuperado de: http://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/2281

Aprendiendo a pensar desde el Modelo Integrativo

Paula Cortellezzi[1], Florencia Danitz[2], María del Valle Tolosa[3]

Luego de haber realizado un recorrido por los contenidos teóricos y prácticos del presente libro nos proponemos en este último capítulo presentar y describir un caso clínico que fue pensado y abordado desde una modalidad integrativa.

Somos Paula, Florencia y María del Valle. Somos Licenciadas en Psicología y nos hemos formado en Psicoterapia Integrativa. Las tres nos desempeñamos en el área clínica de la psicología y compartimos espacios de trabajo y supervisión que ha generado con el paso del tiempo una amistad que trasciende el ámbito profesional. Esto implica acompañarnos y pensarnos permanentemente respecto a nuestra profesión e intervenciones psicoterapéuticas ya sea en espacios académicos como también en espacios informales de revisión de casos y experiencias clínicas compartidas.

[1] OPSIDIANA. Correo electrónico: plcortellezzi@gmail.com

[2] OPSIDIANA. Correo electrónico: florenciadanitz@hotmail.com

[3] OPSIDIANA. Correo electrónico: valletolosa@gmail.com

El modelo integrativo nos proporcionó un punto de encuentro para compartir miradas desde lo que cada una podía aportar teniendo en cuenta nuestras particularidades, estilos y nuestros diferentes recorridos en la formación profesional.

Elegimos la historia que presentaremos a continuación porque supuso para nosotras un desafío y la posibilidad de aplicar los contenidos aprendidos y reflexionados.

"Cuidarse para ser cuidada"

Se trata de una mujer de 29 años a quien denominaremos M con el fin de resguardar su privacidad. M se encuentra finalizando sus estudios universitarios. Convive con su pareja, a quien denominaremos S, hace 3 años. Su familia de origen está compuesta por su madre y padre quienes residen en Buenos Aires desde que ella tenía 18 años.

Resultó de cierta dificultad definir junto a la paciente un motivo de consulta preciso y claro y nos pareció interesante y de gran ayuda para el objetivo planteado en este capítulo referir algunas frases seleccionadas textuales de ella:

"Uf, creo éste es uno de los peores momentos de mi vida"

"Hace 2 meses estoy todos los días, todo el día en la cama con dolor, no quiero salir"

"En algún momento del año pasado dejé de manejar, ya me había pasado antes, tenía terror y tengo de ver o atropellar a algún perro o gato de la calle, siento que me importan más los animales que las personas". "Llegó un momento que no salía a ningún lado, no me subí más a los aviones y por eso no rendí más tampoco".

"Soy muy estructurada en cuanto a leyes, normas, figuras de poder, jamás no cumpliría alguna"

"También me preocupo mucho por mi mamá y papá, que están solos en Bs As, no tienen a nadie, y mi papá que es hipocondríaco"

"Sufro de migrañas crónicas desde los 14 años y me dijo el médico tengo fibromialgia. La fibromialgia no tiene una causa específica y eso me mata, no saber de dónde viene o qué es, necesito entender porque siempre le busco la causa soy muy racional"

"Vivo sola en Mendoza, con mi pareja", "mis padres viven en Bs As desde el 2009, se fueron porque a mi mamá, que es médica oncóloga, le ofrecen un trabajo que era y es una súper oportunidad para ella, desde ahí yo me hago cargo de varias cosas acá"

"Tengo admiración por mi mamá, es una bestia académica y laboral. Con mi papá no me llevo muy bien, en realidad ahora que no vivo con él me llevo mejor"

"Tengo mi perrita de 14 años que está enferma, eso me tiene muy mal". "Yo tengo a mis animales con mucho cuidado, les hago análisis cada año. Le salieron mal y no tiene forma de recuperación. Eso me pone pésimo, si yo la cuidé tan bien, por qué me pasa esto a mi"

"Hace un tiempo hago Pilates, todos los días, me ayuda con los dolores".

"Empecé telas, me duele todo. Me gusta pero no me da el cuerpo, la profe me exige porque sabe que tengo potencial, pero me duele todo, no sé si dejarlo. Para hacerlo así nomás quizás lo deje"

"Chef no es nada. Estudié eso porque no sabía qué estudiar. Hice un año historia, primer año del Galénico de medicina y no rendí el ingreso. Veterinaria en Río Cuarto. Tenía todo para ir a rendir y no fui. Toco el Violonchelo desde los 17 pero lo dejé. Soy re ñoña no desaprobé nunca".

Una herramienta valiosa a modo de guía que nos sirvió para organizarnos al momento de reflexionar sobre la dirección para iniciar, continuar y evaluar el tratamiento fue la **Formulación de caso.**

Formulación de caso:

- **Motivo de consulta/ ROTULACIÓN**: Si bien en sus primeras frases la paciente rotula y organiza algo de lo que refiere sentir: *"Uf, creo éste es uno de los peores momentos de mi vida" "Hace 2 meses estoy todos los días, todo el día en la cama con dolor, no quiero salir"* en el resto de la primera sesión ello no se observa con claridad, sino más bien confuso al abarcar varios temas a la vez.

Coincide con la Rotulación del terapeuta: MUCHO – POCO – NADA.

En el desarrollo de la entrevista la paciente refiere variados motivos por los que consulta.

- **ATRIBUCIÓN:**

Locus: Interno/Mixto/Externo: Por una parte, la paciente atribuye lo que le sucede a causas externas como la enfermedad de su perra y los síntomas físicos como migrañas y fibromialgia. A la vez manifiesta ser muy estructurada y exigente.

Estabilidad: Problema Estable / Variable: La paciente manifiesta sentir malestar desde hace mucho tiempo, incluso hacer

terapia durante 9 años. Refiere el inicio de migrañas desde muy temprana edad. A la vez pareciera ser que la problemática abarca la mayor parte del día y se ha agravado durante los últimos 2 meses: *"Hace 2 meses estoy todos los días, todo el día en la cama con dolor, no quiero salir".*

Grado de Control: Alto – Medio – Bajo**:** Se detecta en la paciente baja percepción de control respecto a las problemáticas que refiere.

- **BÚSQUEDA**: Alivio – Superar una crisis - Mejorar un vínculo – Obtener Recursos – Realización Personal – Autoconocimiento – Otro: Puede verse la búsqueda de alivio sintomático en una frase que relata en la primera sesión: *"Que me deje de doler un poco todo"*
- **Se cita a próxima sesión:** SÍ – NO
- **Evaluación:** Técnicas a tomar: **SCL 90 – BFI**
- **Características:**
- **Grado de Malestar Subjetivo:** alto – moderado – medio – bajo: *"Uf, creo éste es uno de los peores momentos de mi vida" "Hace 2 meses estoy todos los días, todo el día en la cama con dolor, no quiero salir"*
- **Severidad:** alta – moderada –media – baja: La paciente manifiesta evidentes limitaciones en su cotidianidad debido a los motivos que la aquejan.
- **Cronicidad:** Crónico o situacional: Refiere sentir malestar la mayor parte del tiempo y desde edad temprana asociando ello al inicio de sus migrañas.
- **Estrategias de afrontamiento:** Internalizador – Externalizador:

- **Nivel de Resistencia (Reactancia):** Alto – Moderado – Medio – Bajo. La paciente se muestra exigente respecto al saber de la terapeuta y reacciona negativamente ante algunas devoluciones.
- **Red Social de Apoyo:** Escasa –Amplia / Débil – Fuerte: Como red menciona a sus padres, su pareja y una amiga.
- **Áreas Afectadas:**
- **Cognición:** Manifiesta preocupaciones excesivas con respecto al bienestar de sus padres, a los temas referidos a su salud y a la salud de su mascota.
- **Conducta:** *"Hace 2 meses estoy todos los días, todo el día en la cama con dolor, no quiero salir" "En algún momento del año pasado dejé de manejar, ya me había pasado antes, tenía terror y tengo de ver o atropellar a algún perro o gato de la calle, siento que me importan más los animales que las personas". "Llegó un momento que no salía a ningún lado, no me subí más a los aviones y por eso no rendí más tampoco" "Tenía todo para ir a rendir y no fui".*
- **Afectividad:** La paciente manifiesta sentir tristeza excesiva frente a su situación actual y desesperanza con respecto a su futuro.
- **Vínculos:** Refiere no tener buena relación con parte de su familia extensa materna y a la vez tiene dificultades para conocer nuevas personas.
- **Biología:** "*Sufro de migrañas crónicas desde los 14 años y me dijo el médico tengo fibromialgia..." "...todo el día en la cama con dolor…"*

- **Tratamientos Previos**: NO – SI**:** Eficaces – Ineficaces.
- **Rotulación del Terapeuta/ Hipótesis**: La paciente presenta un alto grado de rigidez, auto exigencia y la presencia de creencias irracionales. Podemos notar que tiene un lugar o rol asignado de mucha exigencia que conlleva cumplir con mandatos familiares.
- **Diagnóstico Presuntivo DSM IV/V:** Trastorno Depresivo Persistente (DSM V)
- **Existen tratamientos comprobados:** SI – NO (Explicitado posteriormente)
- **Indicación de Psicoterapia**: SI –NO
- **Indicación de Medicación. Criterios:**
- **Intensidad y urgencia del problema:** ALTA- MEDIA- BAJA. Si bien creemos que la intensidad y urgencia del problema es alta debido al grado de malestar o perturbación que tiene los síntomas en la paciente y su red de apoyo, ella ya inicia la psicoterapia sosteniendo un tratamiento psiquiátrico.
- **Significado atribuido:** biológico – psicológico**:** La paciente identifica que el problema mencionado es tanto psicológico como biológico por afectar notoriamente su salud física: *"Sufro de migrañas crónicas desde los 14 años y me dijo el médico tengo fibromialgia. La fibromialgia no tiene una causa específica y eso me mata, no saber de dónde viene o qué es, necesito entender porque siempre le busco la causa soy muy racional" "Soy muy estructurada en cuanto a leyes, normas, figuras de poder, jamás no cumpliría alguna"*

"También me preocupo mucho por mi mamá y papá, que están solos en Bs As, no tienen a nadie, y mi papá que es hipocondríaco"

- **Presencia de Drama:** SI – NO: La paciente enlaza eventos con su malestar como es la preocupación por la enfermedad de su mascota, preocupación por el bienestar de sus padres y por no poder finalizar sus estudios.
- **Capacidad de Introspección y vinculación de eventos:** SI – NO: Se observa capacidad de introspección en la paciente y puede vincular situaciones con su padecimiento.
- **Actitud activa-pasiva:** Por momentos la paciente se muestra algo reactante a algunas devoluciones, aunque también motivada al cambio y querer sentir algo de bienestar. Ello se observa también en respetar el encuadre de las sesiones pactadas asistiendo en horario y fechas acordadas y sosteniendo la psicoterapia.
- **Ideología respecto a la medicación y psicoterapia:** A favor aceptando la medicación no solo psiquiátrica sino también neurológica y considerando la necesidad de la psicoterapia.

Decisión sobre medicación: SI –NO – NO todavía

Observaciones: Como mencionamos la paciente al momento de la primera consulta refiere ya haber iniciado tratamiento psiquiátrico hace un año.

- **Indicación de Internación:** SI – NO

- **Devolución / Pronóstico:** Aceptada – Rechazada.: Las intervenciones han sido más indirectas debido al nivel de reactancia de la paciente. Se hizo hincapié en el intento de control persistente sobre eventos cotidianos y el nivel de malestar que ello conlleva para su vida. Asimismo, se buscó validarla refiriéndose a su rol comprometido dentro de su sistema familiar.
- **Síntesis del tratamiento a realizar:** Integración de técnicas de la Terapia Sistémica -Narrativa, ACT y Terapia Gestáltica.
- **Construcciones personales afectadas:** Reconocimiento y Autonomía
- **Duración estimada:** Intermedia: Sesiones semanales en el transcurso de aproximadamente 6 a 30 meses.

Formato de la intervención: (individual- grupal- familiar- pareja): Psicoterapia individual.

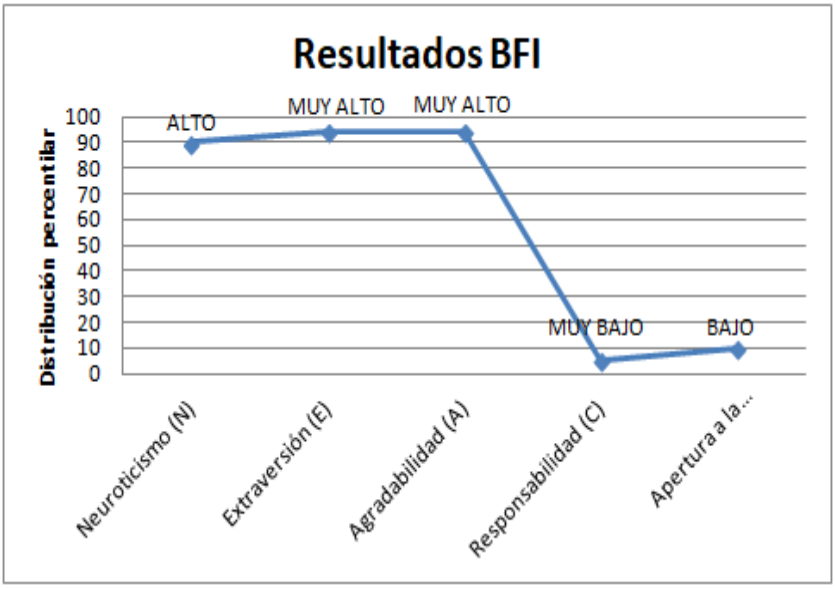
A partir de lo expuesto los **objetivos terapéuticos** acordados en conjunto con la paciente fueron los siguientes:

- Disminuir el dolor físico persistente.
- Elaborar estrategias para disminuir la presencia de ansiedad y angustia, como es el caso de elaboración de duelos.
- Reflexionar acerca de sus proyectos personales diferenciándolos de los proyectos y mandatos familiares.
- Pensar en conjunto con la paciente acerca de sus pensamientos automáticos con relación a sus características de perfeccionismo, autoexigencia y rigidez.

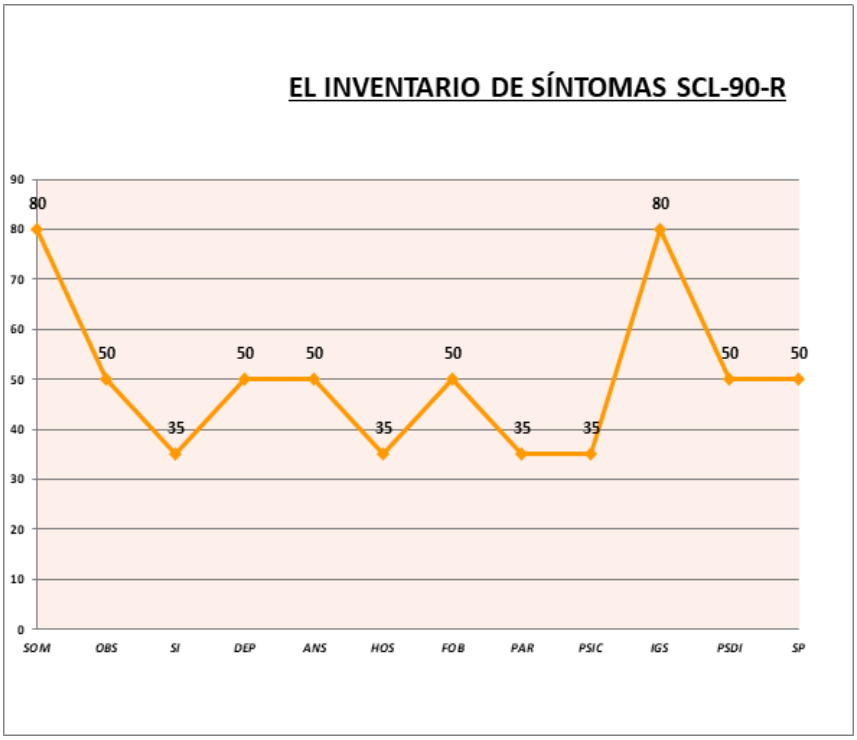
Resultado técnicas Administradas

Consideramos en un principio administrar una técnica que evalúe personalidad y otra que nos informe sobre la presencia o ausencia de sintomatología psicopatológica.

Test Big Five: Evalúa la personalidad en función de 5 factores: Neuroticismo/Estabilidad Emocional, Extraversión/Introversión, Apertura a la Experiencia, Agradabilidad y Responsabilidad. En el caso presentado los resultados informan:



Por otro lado, buscamos una técnica que nos informe sobre la presencia de ansiedad u otros síntomas. Con tal fin elegimos el inventario **SCL-90-R**: Este instrumento permite obtener, en una misma prueba, información acerca de la sintomatología actual que padece la paciente (ya que abarca lo sucedido hasta la semana previa a la toma del test), lo cual es de gran importancia para poder observar al momento de diseñar un posible tratamiento.



Se puede observar en el gráfico que los puntajes más elevados que se obtuvieron son **Somatización, Obsesión, Depresión, Ansiedad y Ansiedad Fóbica**. Esto implicaría una tendencia a padecer dicha sintomatología.

Estructuras de significado afectadas

Un aporte que nos pareció importante otorgado por la formación en el Modelo Integrativo es la propuesta de Fernández Álvarez de pensar el trabajo terapéutico a partir de las estructuras de significado.

Reconocer la funcionalidad o disfuncionalidad de estas estructuras nos permite comprender como terapeutas el conocimiento de la realidad que tiene el/la paciente y el modo de entender su sufrimiento.

Podemos observar que en M se encuentran afectadas las estructuras de Reconocimiento y Autonomía. En esta última muestra dificultad para elaborar un guion personal, anteponiendo las necesidades de su familia, lo cual genera que posponga sus proyectos personales y cargue con responsabilidades que no le corresponden. Respecto a la estructura de Reconocimiento observamos una disfunción en la necesidad constante de confirmación social (en especial sus padres), en donde se autoexige en todos los ámbitos de su vida, particularmente en lo académico y profesional, minimizando el valor de sus logros.

El síntoma

En las primeras sesiones, M plantea como objetivo terapéutico poder "aliviar el dolor físico". Esto marcó el inicio del trabajo terapéutico y la manera de pensar las intervenciones y de posicionarnos frente al caso.

Por momentos, tal como la paciente lo experimentaba en su vida cotidiana, el síntoma se había transformado también en el protagonista del proceso terapéutico y generaba la sensación de que no había lugar para ninguna intervención que no tuviera como finalidad disminuirlo.

Más adelante, en el espacio de supervisión, pudimos plantearnos si verdaderamente este objetivo era acorde al proceso psicoterapéutico. Esto nos dio la posibilidad de repensar el caso, asumiendo que el síntoma ocupe un lugar secundario en el tratamiento y que las estrategias de la terapia se dirigieran a que M pudiera contactarse con sus recursos y posibilidades "más allá del dolor". A su vez, esta redefinición dio paso a que este objetivo fuera trasladado a un espacio médico pertinente.

Fue la reflexión en conjunto, más los resultados aportados por las técnicas psicodiagnósticas, lo que nos permitió pensar que las rigideces de algunos rasgos de personalidad de la paciente podrían asemejarse a la presencia de algún trastorno de personalidad de base. Justamente ello fue fundamental al momento de plantear las intervenciones y sobre todo comprender aún más la dificultad de los cambios terapéuticos. Entendimos que no nos encontrábamos en un terreno en el cuál sería simple lograr los objetivos tal como los habíamos planteado en un principio del tratamiento.

Intervenciones

La riqueza de la psicoterapia integrativa permite que coexistan diferentes intervenciones, que podrían pensarse como distintas por pertenecer a distintas líneas teóricas, para el diagnóstico y tratamiento de las personas que solicitan iniciar psicoterapia.

Las tres como psicoterapeutas tenemos formaciones y estilos diferentes y fue interesante pensarnos como equipo y notar que integrar las diferentes miradas aportan valiosas y enriquecedoras intervenciones para el presente caso.

La integración en psicoterapia ha sido definida como un esfuerzo por "(a) integrar diferentes modelos y técnicas y (b) entender mejor y hacer avanzar la psicoterapia mediante la consideración de las perspectivas de diferentes enfoques" (Castonguay et al., 2015)

"Las aportaciones de los distintos enfoques terapéuticos pueden combinarse no por la yuxtaposición de diferentes procedimientos en un mismo nivel de organización teórica y técnica, sino que puedan INTEGRARSE en un nivel superior de

elaboración conceptual en el cual puedan basarse, entonces adquiere una nueva reformulación en términos de una nueva estructura teórica y clínica generada" (Fernández-Álvarez, 1992)

Trabajo en equipo: Sumado a las intervenciones psicoterapéuticas pensadas entre las tres y acompañadas por la supervisión de profesionales de la Psicoterapia Integrativa consideramos relevante el trabajo con la psiquiatra de la paciente, la neuróloga y los médicos del dolor quienes fueron cambiando a lo largo del proceso. La comunicación con una médica del dolor que trabaja y reside en Buenos Aires fue satisfactoria, al igual que con la neuróloga. No así con la psiquiatra quien demostró escueto interés por el trabajo en conjunto.

Logramos aplicar e integrar intervenciones aportadas por la psicología Sistémica Narrativa, la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Psicología Gestáltica:

Desde la **Epistemología Sistémica Cibernética** reflexionamos sobre el síntoma como parte del sistema familiar, como metáfora de este sistema: En el caso de M podemos pensar como síntoma la presencia de dolor físico y además rasgos, más bien rígidos, de autoexigencia y perfección. M es la paciente identificada del sistema familiar. Desde esta mirada la intervención apuntaría a preguntar/nos qué función o sentido cumple este síntoma en la familia.

A partir de esa reflexión se realizan algunas sesiones de psicoterapia familiar y más adelante una sesión con su pareja.

En las intervenciones de psicoterapia familiar se observó una dinámica caracterizada por las altas expectativas puestas por los padres de la paciente sobre ella respecto por un lado a su desempeño intelectual y académico y por otro a responder a las

demandas de cuidado y atención de la familia de origen materna. Ello implicaba responder a sus abuelos maternos que entrados en edad requerían de permanente ayuda. El rol de M era fundamental para que su madre pudiese estar trabajando en Buenos Aires.

Nos pareció importante también reflexionar desde una perspectiva de género cómo los mandatos de la familia de la paciente están totalmente atravesados por la expectativa de rol del género femenino. Se deposita en la hija mujer las tareas de cuidado y aspectos cotidianos de la vida familiar.

La fibromialgia fue dificultando gradualmente que la paciente pudiese continuar respondiendo a esos pedidos y que el sistema familiar mantenga la misma configuración requiriendo de un cambio en la dinámica. Es decir, una de las funciones del síntoma podría estar relacionada con la búsqueda de diferenciación de M con relación a las demandas y mandatos familiares y podría ser una función del proceso de psicoterapia ir posibilitando la elaboración de su propio guión. Una de las direcciones tomadas en conjunto con la familia fue la necesidad de nuevos acuerdos, acuerdos actualizados. Esto permitió aliviar a la paciente en el cumplimiento del rol familiar asignado, permitiendo incluso hasta una relación más espontánea y disfrutable con sus abuelos maternos.

En las intervenciones de **pareja** se pudo observar como dinámica principal que M se responsabilizaba constantemente sobre el bienestar de su pareja S. Ello convocaba a que no permitiera validarse a sí misma y poder pedir ayuda cuando la necesitaba. Más bien tenía que mostrarse como la mujer fuerte que todo lo sabe y todo lo puede retroalimentando una dinámica complementaria entre ambos. Su pareja se manifestaba como alguien que no sabía cómo ayudarla y muy inseguro y dependiente de ella. Las intervenciones apuntaron también a un nuevo acuerdo de pareja con la intención de ir posibilitando una relación más simétrica.

Específicamente desde la **Terapia Narrativa** nos pareció positivo la utilización de un lenguaje externalizador y la búsqueda de excepciones al problema principal invitando a reflexionar más allá de su dolor físico y sus pesares (sin dejar de validarla) con el fin de re narrar la historia que ella se cuenta sobre sí misma: una historia caracterizada por el dolor físico, el malestar e impedimentos, las exigencias de cuidado hacia otros postergando sus propios proyectos y bienestar, y una idea desesperanzadora respecto a las soluciones de sus problemas. Una mujer que ya no es lo que fue, generando un sentimiento de tristeza propia de un proceso de duelo.

El objetivo de la externalización fue que la paciente identifique que ella y su problema no son lo mismo, que ella no es ese problema. Una tarea que tuvo resultado favorable fue una carta que la paciente le escribió a su autoexigencia. A partir de externalizar ese rasgo observado en ella es que se pudo acceder a una redefinición con relación a sus responsabilidades, aceptando cierta función positiva de esa característica y también comprendiendo los costos que tiene para su salud el fusionarse con este rasgo o bien quedarse solo en ese extremo. Asimismo, a lo largo del proceso se continúa utilizando un lenguaje externalizador, incluyendo la externalización de la fibromialgia o específicamente del dolor físico intentando a partir de ello comprender aquello que posibilitó en su vida, más que aquello a lo que la limita. M redefine que el síntoma posibilita que pueda poner algunos límites relacionados a sus actividades y a sus vínculos familiares, de pareja y de amistad para que los mismos sean algo más equitativos. Reflexiona que gracias al síntoma se permite detenerse cuando lo considere necesario y a la vez poder estar algo más conectada con el presente haciendo hincapié en que el dolor llegó a su vida a otorgarle ese aprendizaje.

La externalización del dolor como síntoma y de la exigencia como una característica posibilita re narrar la historia sobre ella misma. La paciente pudo empezar a conectar con la historia de una adolescente que tuvo que ser fuerte y autónoma y que eso fue lo que le posibilitó que confíe en ella misma y que aprenda muchas cosas nuevas que quizás por ejemplo su pareja o algunos amigos en sus crianzas no tuvieron que hacer.

Utilizando la **Terapia de Aceptación y Compromiso** se fue interviniendo respecto a la aceptación del dolor como parte de la existencia humana. Se trabajó tratando de reconocer cuáles fueron sus conductas evitativas y con qué experiencia estaba evitando contactar. Se abordó la idea de que mientras más tiempo invertía en tratar de eliminar el malestar el mismo se volvía más persistente. Para esto se utilizó la metáfora denominada *"arenas movedizas"* que refiere que mientras más fuerza hacemos para tratar de escapar del problema, más nos "sumergimos" en él. También deliberamos sobre su rol en relación al problema, aplicando con ella la frase que hace referencia a que "*el problema es el problema*" y reflexionando que en muchas ocasiones el dolor aparta de vivir la clase de vida que se querría vivir, convirtiéndose en el principal foco de atención.

Utilizamos la siguiente pregunta: El dolor ha desaparecido ¿Y ahora qué? Si ya no fuese un problema ¿Qué podrías….? Ante ese disparador la paciente se queda sorprendida y refiere que si el dolor no estuviese ella tendría que finalizar sus estudios. También reflexiona que después del dolor no tomaría las cosas de forma tan exigente como las venía tomando.

Así mismo se utilizaron ejercicios de relajación muscular progresiva, meditaciones entre sesiones, el registro de malestar y acciones valiosas, defusión cognitiva (ejercicios: Nombrar el proceso de pensamiento y observación del pensamiento: Hojas en el río) y Mindfulness, para ejercitar el contacto con el momento presente.

Durante el transcurso del tratamiento la paciente decidió empezar a tomar clases de yoga. Con lo cual notamos una diferencia respecto a los ejercicios que ella venía realizando, en cuanto al nivel de exigencia y rendimiento como es acrobacia en telas y Pilates.

Por otra parte, también recurrimos a las valiosas intervenciones que aporta la **Psicoterapia Gestáltica**, específicamente a la técnica de la silla vacía. La misma se llevó a cabo tomando en cuenta la teoría de las polaridades, entendiendo las mismas como dos caras de una misma moneda, dos características de M que se perciben como extremos en donde no hay bienestar. Por un lado, junto a ella se pudo diferenciar una parte exigente y en contraposición una parte exigida que fueron facilitadas de identificar a partir de la tarea de la carta a su autoexigencia.

La parte exigente reflejaba esa persona que puede y debe con todo, que es inteligente y se distingue por ello. Se trata de una parte que tiene mucha energía y no registra el cansancio o la necesidad de pausa. También en esa polaridad aparece el mecanismo constante de control y dificultad en tolerar la frustración o bien aceptar el dolor y tristeza. En su contraparte, la parte exigida, aparece el síntoma, el dolor físico, el cansancio, la tristeza, la ausencia de actividades y la necesidad de que las personas a su alrededor la sostengan.

Cada una de esas polaridades fue representada por la paciente vivencialmente registrando cada experiencia y notando la diferencia entre ambas y cómo cada extremo reforzaba el otro.

El objetivo pensado de la intervención era por un lado que M registre vivencialmente ciertas características observadas en ella y no sea una mera descripción racional y cognitiva y por el otro poder integrar esos dos extremos tan opuestos posibilitando mayor flexibilidad y el consecuente bienestar.

Sólo se pudo lograr el registro vivencial de las polaridades trabajadas, no así una integración de la misma que se continúa trabajando en el proceso de psicoterapia.

Evolución del tratamiento

A lo largo del proceso se fueron identificando notables cambios en M. Los mismos fueron explicitados junto a ella durante las sesiones de psicoterapia.

Al momento actual sus padres deciden pasar más tiempo en Mendoza viviendo en otra casa a la de su hija y estando más presentes respecto a las actividades cotidianas y de cuidado que estaban delegadas solo a M. A partir de eso el vínculo entre ellos mejora notablemente. M refiere poder permitirse "ser hija y ser nieta", habilitar recibir los cuidados y no ser siempre la que cuida. También se permite reflexionar sobre la opción de finalizar sus estudios más adelante y transitar los mismos desde un lado algo más disfrutable y menos exigente, siendo eso al inicio del proceso de terapia algo impensado para ella.

En la pareja también se percibe un cambio en la dinámica que se caracteriza por un vínculo más simétrico. Su pareja menciona experimentar más tranquilidad y sentirse menos exigido respecto a tener que estar respondiendo a las demandas de M con relación a cumplir ciertos mandatos con los cuales él no acordaba.

El dolor físico continúa, algunos días es más fuerte otros más leve, pero ella puede mirarse a sí misma más allá del dolor y entender que el síntoma vino a su vida a mostrarle otra dirección de vivir la vida. Una dirección que, en sus palabras, se caracteriza por permitirse ser cuidada por otros, recibir, descansar, detenerse y no tener que poder con todo. Es decir, cuidarse para ella será permitir ser cuidada. El tratamiento psicoterapéutico continúa con el fin de mantener los cambios logrados al momento y posibilitar otros nuevos que son constantemente construidos con la paciente.

Conclusión

Analizando el recorrido realizado a lo largo de nuestras formaciones y repasando el abordaje del caso presentado aparece como una parte fundamental en el proceso el trabajo en equipo. Siendo, por un lado, sumamente importante el intercambio con los profesionales de diferentes disciplinas, pero especialmente, el trabajo entre nosotras bajo el marco de una co-visión constante. Consideramos que acompañarnos no sólo es una herramienta de formación y trabajo, sino que también posibilita nuestro auto cuidado. Creemos que nuestra profesión en ocasiones puede resultar desgastante y suele ser muy solitaria siendo el trabajo en conjunto un espacio valioso para promover un mejor desarrollo a nivel profesional y personal.

Articular la teoría con la práctica, aplicando los conocimientos en un caso clínico nos ha permitido estudiar y conocer detenidamente los distintos abordajes terapéuticos y comenzar a utilizar otras técnicas y maniobras con las que no estábamos familiarizadas, para generar nuevos resultados. Al mismo tiempo, ha sido una experiencia sumamente enriquecedora para poner en práctica otras habilidades terapéuticas. En este caso especialmente, ha sido importante respetar nuestros propios procesos, así como el de la paciente, mirando por encima del diagnóstico inicial para poder generar nuevas estrategias más posibilitadoras. Nuestra formación integrativa ha resultado un espacio óptimo para conocer y acudir a los tratamientos con eficacia probada sin perder de vista las particularidades de los pacientes y atendiendo a la vez a nuestro propio estilo terapéutico, contactando con nuestra creatividad y nuestros recursos.

De este modo, integrar aparece entonces como una práctica necesaria no solo a la hora de trabajar con los distintos

abordajes terapéuticos, sino que es fundamental al momento de contemplar otros puntos de vistas que nos pueden brindar más y distinta información sobre un mismo caso. Esto significó para nosotras aprender una forma nueva de abordaje, tanto al momento de formular el caso, de intervenir y de evaluar y especialmente la posibilidad de hacer foco en nuestro lugar como terapeutas en el proceso.

Referencias Bibliográficas

American Psychological Association, (2015). Objetivo del tratamiento:depresión. *https://div12.org/diagnosis/depression/*

Castro Solano, A (2005). *Técnicas de Evaluación psicológica en los ámbitos militares.* Editorial Paidós.

Casullo, M. M. & Pérez, M. (1998) *El Listado de Síntomas SCL 90 R de Derogatis.* Buenos Aires. Departamento de Publicaciones Facultad de Psicología UBA.

Morocho Macas, G.L. (2018). *Análisis semiológico de la distimia, tomando como referencia los manuales de diagnóstico DSM V y CIE 10.* *http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/1227*

Perez Esparanza, R. (2017).Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la facultad de medicina*, *60*(5). *http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007*

Pontet Sosa, J.C. (2019). *Tratando la distimia con atención plena: Terapia cognitiva basada en Mindfulness para el tratamiento del trastorno depresivo persistente.* [Trabajo final de grado]. Udelar.FP.*https://hdl.handle.net/20.500.12008/23420*

Rodríguez Vega, B. Fernández Liria,A. (2012).*Terapia narrativa basada en atención plena para la depresión.* Editorial Desclée de Brouwer, S.A.

Universidad de Illinois en Chicago. (2016, 27 de enero). *El cerebro de las personas con depresión presenta interrupciones en sus conexiones neuronales. https://www.investigacionyciencia.es/noticias/el-cerebro-de-las-personas-con-depresin-presenta-interrupciones-en-sus-conexiones-neuronales-13924*

Este libro es producto de los espacios de formación que comparten diversos profesionales de la psicoterapia, que adhieren a una premisa básica: la búsqueda de modelos integrativos, que permitan aglutinar la mejor evidencia científica disponible amalgamando con una amplia red de herramientas de intervención clínica.

De este modo, en el libro participan autoras y autores de diversas universidades y centros de formación profesional, así como provenientes de ámbitos clínicos, docentes y de investigación.

A los fines didácticos, el texto que se presenta está dividido en tres grandes apartados. En primer lugar, encontramos la introducción al modelo integrativo de psicoterapia, cómo realizar la formulación de casos clínicos, dónde se pueden consultar terapias basadas en evidencia y se brindan herramientas para realizar el diagnóstico desde una perspectiva integrativa. En segundo lugar, se desarrollan diversos modelos teóricos que sirven de sustento para la integración en psicoterapia, como la Psicoterapia Cognitivo Constructivista, la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Terapia Gestáltica y las propuestas narrativas dentro del modelo Sistémico. Por último, se exhiben diversas aplicaciones de la psicoterapia integrativa, donde observaremos el abordaje en: Psicología de la Infertilidad y Reproducción Asistida, situaciones clínicas donde inciden elementos de la personalidad, y miradas acerca de la Sexualidad Humana. A modo de cierre, se concluye con un capítulo donde se ejemplifica un caso clínico desde la formulación de casos integrativa.