

cool.

1534
6946p.
2006
C.S.

**PROCESOS COGNITIVOS Y
DESÓRDENES EMOCIONALES
ENFOQUE ESTRUCTURAL DE LA
PSICOTERAPIA**

V.F. Guidano y G. Liotti

Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Roma
1983

Prólogo de G. Liotti

850050

026078

026078



Editorial Cuatro Vientos

Casilla 131, Correo 29, Santiago de Chile

UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO

© The Guilford Press

A Division of Guilford Publications, Inc.

Cognitive Processes and Emotional Disorders

A Structural Approach to Psychotherapy

© Cuatro Vientos Editorial, 2006

Procesos Cognitivos y Desórdenes Emocionales

Enfoque Estructural de la Psicoterapia

ISBN: 956-242-101-5

Inscripción N° 158.130

Derechos reservados de esta traducción
para los países de habla hispana.

Traducción: Francisco Huneus

Asesoría técnica: Álvaro Quiñones

Índice analítico: Vicky Jorquera

Corrección y verificación: Daniela Huneus

Diseño portada: Mario Albarracín

Diagramación: Héctor Peña

Esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, no puede ser reproducida, almacenada o transmitida por algún medio, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin permiso previo, por escrito, del editor.

www.cuatrovientos.cl

AGRADECIMIENTOS

Este libro es resultado de más de diez años de investigación y práctica clínicas con personas con desórdenes emocionales. Por las observaciones clínicas que hicieron posible este trabajo, estamos en deuda con colegas que cooperaron con nosotros tanto en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Roma como en el Centro de Psicoterapia Conductual de Roma.

También damos las gracias a nuestros colegas que leyeron el manuscrito e hicieron valiosas sugerencias para mejorarlo: Mario Reda, Antonio Caridi, Cesare De Silvestri, Daniela Amoni Guidano y Sandra De Biase.

Agradecemos a Priscilla De Angelis y Flavia Nati del centro de traducción Il Melograno de Roma y a Carol Hendrickson por ayudarnos en la difícil tarea de traducir el manuscrito al inglés.

El equipo editorial de The Guilford Press prestó una inapreciable ayuda en la composición final del manuscrito, así como también en la preparación de los índices. Debemos dar nuestros más sinceros agradecimientos a todo el equipo.

Es imposible mencionar los nombres de todos los colegas con quienes estamos en deuda por sus estimulantes ideas y útiles críticas. Si no hubiéramos analizado con ellos tantos puntos y leído sus trabajos, probablemente este libro nunca habría sido escrito.

Agradecemos especialmente a Michael J. Mahoney. Desde muchos puntos de vista, es gracias a su estímulo y consejos que nuestras ideas sobre la posibilidad de un paradigma integrativo de la psicoterapia han tomado la forma expresada en estas páginas.

026078

UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO
BIBLIOTECA

CONTENIDOS

Prólogo a la edición en español.....	xi
--------------------------------------	----

PARTE I: BASES TEÓRICAS

Capítulo 1

<i>Conocimiento humano: algunas notas epistemológicas y psicológicas.....</i>	3
---	---

Capítulo 2

<i>Desarrollo del autoconocimiento</i>	35
--	----

Capítulo 3

<i>Un modelo descriptivo de la organización del conocimiento</i>	61
--	----

Capítulo 4

<i>Mantenición y cambio de las estructuras cognitivas.....</i>	91
--	----

Capítulo 5

<i>Etiología de la disfunción cognitiva.</i>	
--	--

PARTE II: IMPLICANCIAS GENERALES PARA LA PSICOTERAPIA

Capítulo 6

<i>Naturaleza de la relación terapéutica</i>	127
--	-----

Capítulo 7	
<i>Evaluación de las estructuras cognitivas</i>	139

Capítulo 8	
<i>Psicoterapia como proceso estratégico de cambio cognitivo.....</i>	153

PARTE III: APLICACIONES CLÍNICAS

Capítulo 9	
<i>Depresión</i>	185

Capítulo 10	
<i>Agorafobia y múltiples fobias relacionadas</i>	221

Capítulo 11	
<i>Patrones obsesivo-compulsivos</i>	263

Capítulo 12	
<i>Desórdenes alimenticios</i>	299

En conclusión	335
----------------------------	-----

Apéndice A	
<i>Estructura del conocimiento psiquiátrico y el problema de la personalidad premórbida.....</i>	341

Apéndice B	
<i>Muestra de pacientes</i>	351

Referencias bibliográficas.....	353
--	-----

Índice analítico	367
-------------------------------	-----

A John Bowlby

PRÓLOGO A LA EDICIÓN EN ESPAÑOL*

Han transcurrido más de veinte años desde que, junto con Vittorio Guidano, escribí el libro *Procesos Cognitivos y Desórdenes Emocionales* (PCDE), que ahora se presenta traducido al español. Veinte años: un intervalo que podría permitir captar si, entre las ideas expuestas en el libro, hay algunas que, habiendo resistido bien la prueba del tiempo, justifican aún su lectura. Sería pues oportuno prologar esta traducción con un debate crítico de aquellas ideas presentes en la obra, que han demostrado una validez duradera, para que guíe la atención del lector y permitirle detenerse en aquellos puntos que puedan ser considerados una contribución especialmente sólida y eficaz para la comprensión de la psicopatología y la psicoterapia.

Dos consideraciones me impiden dedicar este prefacio a tal debate crítico. La primera, es que un autor nunca puede ser objetivo al juzgar su propia obra. La segunda, es que el recuerdo de mi colaboración con Vittorio Guidano, de la cual surgieron las ideas expuestas en PCDE, está marcado por un duelo. Vittorio desapareció prematura e inesperadamente, y para mí inconcebiblemente, hace cinco años. No podría detenerme sobre las ideas que ocupan las páginas del libro, sin recordar las conversaciones con Vittorio durante las cuales tales ideas tomaron forma. Y no puedo recordar esas conversaciones, prolongadas durante tantos años de profunda amistad, sin experimentar emociones intensas que, fuerte

* Traducción del original italiano al español por Empar Torres, Universitat de Barcelona.

y dolorosamente, me llevan a querer todavía conversar con él, a discutir animadamente, a entusiasmar me sobre temas en los cuales estaríamos aún hoy de acuerdo; a pelearme con él sobre puntos de desacuerdo. El deseo, que rechaza la muerte, de dialogar y de discutir aún con Vittorio sobre las ideas que nos unían y sobre las que nos separaban, me impediría, por tanto, tener esa serenidad necesaria para orientar al lector sobre su valor científico intrínseco. Para mí, las ideas que compartía y las que en cambio me llevaban a oponerme a Vittorio no pueden tener sólo un valor científico: tienen pues, inextricablemente, un valor personal. Si ningún autor puede ser objetivo al valorar su propia obra, yo, en mi duelo, lo sería ciertamente menos de cuanto puede perdonarse.

Dar a conocer al lector qué, en PCDE, se debe sobre todo a Vittorio y qué es atribuible principalmente a mí, puede conciliar las necesidades mínimas de un prólogo —enumerar al menos las ideas centrales del libro— con mi incapacidad de ofrecer una evaluación crítica objetiva de los contenidos teóricos y clínicos de la obra. Compartir este conocimiento con el lector, además, puede hacer comprensible cómo, del cuerpo conceptual de este libro, se fueron ramificando, en los años posteriores a su publicación, dos diferentes trayectorias de investigación clínica y de reflexión teórica: una seguida por Vittorio y la otra seguida por mí.

Vittorio y yo abrazábamos con entusiasmo, desde principios de los años setenta del siglo pasado, el proyecto de dotar a las terapias cognitivo-conductuales de una *teoría del desarrollo* y de una *teoría de la estructura*, capaces de explicar cómo se originan y cómo se organizan los contenidos del conocimiento (creencias o *beliefs*, expectativas, constructos) objeto del análisis clínico y de las intervenciones típicas de esta perspectiva psicoterapéutica naciente, en aquel entonces. A partir del originario proyecto conjunto, cada uno de nosotros aportó a la empresa común del libro algunas competencias, que uno y otro había desarrollado particularmente.

La contribución específica de Vittorio a la obra se refiere principalmente a la atención prestada a la epistemología. De Vittorio, entre nosotros dos, fueron las primeras y más atentas lecturas de los escritos de Karl Popper y, sobre todo, de Imre Lakatos. Suya fue la intuición de que las ideas de Lakatos sobre los programas de investigación científica podían ofrecer una guía útil (una especie de metáfora-guía) también para describir cómo se organiza, en cada ser humano, el conocimiento del sí mismo.

Siempre fue de Vittorio¹ la idea de que —además de las creencias verbalizadas características del conocimiento explícito que el individuo tiene de sí mismo y del mundo— también deberían ser objeto de la atención del terapeuta cognitivo procesos y estructuras de otro nivel, tácito, de conocimiento. En otras palabras, Vittorio buscó en la filosofía de la ciencia y del conocimiento —y no sólo, como yo, en la psicología cognitiva experimental— el armazón conceptual necesario para formular hipótesis sobre el conocimiento del sí mismo: sobre cómo se organiza el conocimiento del sí mismo, para cada individuo, en una estructura compuesta de diferentes niveles interconectados y que interaccionan entre sí, implicando tanto modalidades tácitas como modalidades explícitas de elaboración, mantenimiento y cambio de recuerdos y significados. Mientras la psicología experimental no ofrecía modelos conceptuales suficientemente amplios y articulados como los que eran necesarios para la empresa teórico-clínica que nos habíamos fijado, la epistemología parecía ser capaz, al menos a nivel de estímulos conceptuales heurísticos, de procurarlos.

Mi particular contribución a PCDE deriva de la recopilación exhaustiva y sistemática de datos clínicos relativos a la estructura de significados atribuidos por diversas categorías de pacientes en psicoterapia, no sólo a la experiencia directa de sus trastornos emocionales, sino también a los *acontecimientos interpersonales* implicados en la génesis y en el mantenimiento de esos trastornos. Parecía imposible distinguir, para cada uno de los (al menos cuatro) síndromes psicopatológicos, un núcleo *específico* de tales significados *interpersonales*. Es necesario hacer notar que la terapia cognitiva hasta ese momento no se había mostrado particularmente atenta a la dimensión interpersonal de las cogniciones correlacionadas a los trastornos emocionales. Las observaciones clínicas que había realizado, y sistemáticamente discutido, durante años, con Vittorio y con otros colegas de nuestro Centro di Terapia Cognitiva di Roma (mientras Vittorio, al mismo tiempo, compartía con nosotros sus indagaciones en el ámbito de la epistemología), parecían adaptarse al esquema general de organización del conocimiento del sí mismo que Guidano iba elaborando a nivel teórico. Pero era necesario un ajuste entre observaciones clínicas (que incluían también las narraciones que los pacientes hacían de la propia relación con sus padres durante los años de desarrollo) y esquema teórico (que requería

¹ Basada en la lectura de otro epistemólogo, Polanyi,

tomar en consideración niveles tácitos y acríticos de conocimiento del sí mismo, potencialmente diferentes en su origen de aquellos verbalizados y por tanto potencialmente más accesibles a la reflexión y revisión crítica). Este ajuste o ensamblaje nos lo proporcionó la teoría del apego, elaborada completamente por John Bowlby una década antes de la publicación de nuestro PCDE.

Una vez más fue Vittorio Guidano, explorador rápido e incansable de las novedades más importantes emergentes en el ámbito de la epistemología evolucionista, el primero en señalarme, desde 1972, la obra de Bowlby. Después, por varias razones contingentes, fui yo más que Vittorio quien mantuvo contacto con el psicoanalista “hereje” de Londres (en aquel tiempo, Bowlby era considerado, por la comunidad psicoanalítica, como un autor bastante alejado de la ortodoxia, porque estaba demasiado cerca del evolucionismo de Popper, del cognitivismo y de la psicología del aprendizaje). La relevancia de la teoría del apego para nuestro proyecto de dotar a la terapia cognitiva de fundamentos teóricos adecuados a los problemas relativos al desarrollo y a la estructura había sido pues intuita primero por Vittorio, y después explorada más detalladamente por mí.

Como puede inferirse de estas notas, la primera parte de PCDE fue escrita prevalentemente (aunque no exclusivamente) por Vittorio, y la tercera principalmente (no exclusivamente) por mí, mientras que la segunda parte es aquella escrita verdaderamente “a cuatro manos” por ambos. Pero las partes del libro que tratan sobre la teoría del apego ponen un límite a esta reconstrucción esquemática de cómo el libro tomó originariamente forma. Desde el primer capítulo se habla de la teoría del apego, y estando dicho capítulo dedicado a las premisas teóricas, también las páginas que en él se dedican al apego son prevalentemente fruto de la pluma de Vittorio. A pesar de eso, el lector que esté atento verá una nota (la número 2) al final del capítulo, en la cual se pone en duda la validez de cuanto se afirma en el texto, donde se trata del proceso de desapego (*detachment*) considerado como una polaridad opuesta al proceso de apego. La nota es obra mía. La existencia de una parte del texto y de una nota que afirman tesis contrapuestas testimonia una divergencia de opiniones entre los dos autores de PCDE. Una divergencia expuesta mediante una nota, como solución de compromiso. Una divergencia pequeña en esa época en la amplitud del libro, pero destinada a amplificarse en los años posteriores a su publicación.

Después que PCDE fue publicado en 1983, Vittorio y yo seguimos trayectorias distintas. Vittorio continuó con la exploración de los procesos cognoscitivos que caracterizan la identidad personal, iniciada en este libro. A través de una originalísima conceptualización del sí mismo entendido como un proceso autopoyético complejo, Vittorio llegó a formular una versión de la psicoterapia que llamó “post-racionalista”. Entre los trastornos psicopatológicos no tratados en este libro, la atención de Vittorio terminó concentrándose sobre la esquizofrenia. En toda su obra posterior a la publicación de PCDE, los resultados de la investigación empírica más reciente sobre el apego tienen una influencia relativamente modesta. Contrariamente, yo he continuado dedicándome básicamente a las aplicaciones clínicas de la investigación sobre el apego, que iban progresivamente extendiéndose al gran tema del apego desorganizado (aún no identificado en la época de la colaboración con Vittorio). Los resultados de tales investigaciones invitan a indagar, más que los procesos de construcción de la identidad personal, predilectos como tema de investigación para Vittorio, los procesos de conciencia. La adhesión al paradigma del apego conduce a interesarse en detalle a las vicisitudes de la relación terapéutica más que a un modo específico de conducir la psicoterapia cognitiva (llamado post-racionalista por Vittorio). Más que a la esquizofrenia, las reflexiones sobre la influencia de los procesos de apego en la génesis de trastornos emocionales no tratados en este libro, dirigen, en la actualidad, la atención sobre los trastornos post-traumáticos, y en particular sobre los trastornos disociativos y los trastornos limítrofes de personalidad. Así pues, temas sobre los cuales he escrito después de 1983, son: la conciencia, la relación terapéutica y los trastornos limítrofes y disociativos. Como se puede ver, la divergencia de opiniones entre Vittorio y yo sobre el rol y el valor de la teoría del apego (tal como la formuló Bowlby y cómo ha sido explorada en la investigación empírica), que había sido apenas apuntada en el texto del primer capítulo de este libro y en la Nota 2 de éste, se amplió hasta conducirnos en dos direcciones distintas: el sí mismo para Vittorio, la conciencia y sus funciones (metacognitivas, Teoría de la Mente) para mí; la psicoterapia cognitiva post-racionalista para Vittorio, las dinámicas de la relación terapéutica para mí; la esquizofrenia para Vittorio, y los trastornos disociativos y limítrofes para mí.

Espero que la sumaria descripción de las trayectorias seguidas por los dos autores de PCDE, en los años posteriores a su publicación, pueda

asumir de manera no demasiado insatisfactoria la tarea de un prólogo escrito a veinte años de la elaboración del texto original: indicar con claridad al lector la esencia de lo que encontrará en este libro. Encontrará pues lo que *precede* o *prelude* al interés que un psicoterapeuta que se ha formado en la perspectiva del cognitivismo clínico, pero atento a los procesos cognitivos interpersonales, a su desarrollo y organización, a lo que se puede desarrollar por la conciencia, por el sí mismo o por los trastornos que más clamorosamente interrumpen la continuidad de la conciencia y la coherencia de las narraciones autobiográficas. Encontrará no sólo una manera de comprender, en la clave conceptual de la psicología cognitiva, los trastornos mentales menos graves, sino que un modo de comprensión de los trastornos menos graves que puede abrir posteriormente una perspectiva teórica y clínica sobre aquellos más graves, sin que entre la conceptualización de unos y otros haya una discontinuidad evidente. Espero que una promesa tal justifique la atención que el lector en lengua española —una lengua tan amada y tan bien conocida por Vittorio Guidano— quiera dedicar a este, nuestro libro.

GIOVANNI LIOTTI, M.D., Roma, Italia.

PARTE I

BASES TEÓRICAS

Capítulo 1

CONOCIMIENTO HUMANO: ALGUNAS NOTAS EPISTEMOLÓGICAS Y PSICOLÓGICAS

OBSERVACIONES GENERALES

Visión evolutiva de la relación entre cognición y realidad

Es casi una verdad universalmente aceptada de la biología moderna que los seres humanos son producto de una larga historia evolutiva que comenzó hace millones de años a partir de simples organismos unicelulares o ancestros similares a los virus y sus progenitores aún más simples. A lo largo de este proceso evolutivo, la especie humana, como todas las demás especies, se ha adaptado adecuadamente al ambiente a través de una continua confrontación con la realidad regulada por el paradigma de la selección natural.

Nosotros creemos que la evolución, y en particular el proceso de adaptación que la caracteriza, se puede considerar al mismo nivel que los procesos del conocimiento. Cada adaptación progresiva puede ser vista como una ulterior adquisición de información acerca de la realidad, y por lo tanto, como una verdadera adquisición de conocimiento. Así, el enorme incremento progresivo de la adecuación adaptativa que ha ido paralelo al aumento en complejidad neurológica a lo largo de la evolución ha sido registrado gradualmente —gracias a la aparición de pautas mnemónicas y perceptuales cada vez más organizadas— en patrones almacenados, moldeando las regularidades útiles —o significativas— del ambiente. Finalmente, habiendo adquirido un nivel único de desarrollo cerebral y con la aparición del lenguaje, la adaptación de los humanos a la realidad

se ve incrementada por sofisticados mecanismos perceptuales y cognitivos que permiten construir modelos representacionales de la realidad mediante los cuales se hace posible una exploración y control del ambiente sin precedentes en la escala zoológica.

Por lo tanto, desde una perspectiva evolutiva, el conocimiento ha evolucionado junto con otros aspectos de la vida. En nuestra opinión, la adopción de un punto de vista "epistemológico evolutivo" (cf. Campbell 1974) puede ser útil en al menos dos sentidos.

- ① Primero, permite que el conocimiento como concepto deje de ser exclusividad del campo filosófico, ya que ofrece un marco de referencia biológico donde el conocimiento puede convertirse en objeto de estudio, lo cual es compatible con la metodología utilizada en disciplinas experimentales.
- ② Segundo, este punto de vista nos permite definir de un modo distinto el controvertido problema del "realismo", esto es, la postura filosófica que plantea la teoría de la existencia independiente de la realidad, aparte del sujeto que la percibe, así como la teoría de que el conocimiento perceptual que posee un individuo tiene una perfecta correspondencia con esa realidad. En particular, se torna absolutamente insostenible la posición fomentada por la tradición empirista con su creencia de que la realidad no sólo existe independientemente del sujeto que conoce, sino que esta realidad puede ser conocida por el sujeto mediante impresiones sensoriales libres de prejuicio (el llamado realismo ingenuo). Efectivamente, desde el punto de vista evolutivo, nuestro aparato perceptor y cognitivo es producto de la adaptación que ha sufrido la especie humana, y por lo tanto, es en sí un elemento del mundo real (cf. Lorenz 1973). Así, el conocimiento humano está rigurosamente relacionado con pautas procesadoras de información de origen evolutivo, en el sentido de que los marcos de coordenadas que regulan nuestra percepción y conocimiento son funciones de la organización neurosensorial producida durante la adaptación filogenética.

Por otra parte, a pesar de que el cerebro humano es asombrosamente complejo, no tiene ni puede tener acceso a la totalidad de los datos del mundo exterior. Por lo tanto, no cabe duda que nuestro aparato perceptor nos subinforma: por ejemplo, no nos informa de la existencia de la luz infrarroja y muchas otras dimensiones de la realidad para las cuales no hemos desarrollado órganos receptores. Sin embargo, es probable que la información que nos entrega nuestro cerebro sea bastante confiable y tenga una correspondencia real con el mundo externo (aunque obviamente es

reducida y algo "distorsionada" en comparación con la totalidad de datos potencialmente disponible); de lo contrario, no estaríamos aquí.

Así, nuestro aparato perceptor no es capaz de ofrecernos una reproducción exacta de la realidad externa, sino que más bien nos presenta una imagen del mundo que es una versión un tanto simplificada de la realidad, construida según criterios "utilitarios". En otras palabras, bajo la presión de procesos selectivos específicos, esas pautas perceptuales y cognitivas han sido desarrolladas y adaptadas funcionalmente al procesamiento de información concerniente a aspectos específicos de la realidad que son de especial importancia para la conservación de la especie.

Dentro de los límites de un punto de vista evolutivo, la única posición sostenible respecto al problema de la relación intercurrente entre el mundo real y su representación parece ser el llamado realismo crítico o hipotético, según el cual no existen posibilidades efectivas de conocer la realidad *como tal*. Cada unidad de conocimiento, lejos de ser una copia del mundo real, siempre se debe considerar como un producto de la interacción entre el sujeto que conoce y el objeto conocido, ambos igualmente reales (Lorenz 1973). De esta manera, nuestro conocimiento puede adoptar la forma de una serie ininterrumpida de construcciones con las cuales tendemos a aproximarnos gradualmente a la realidad, descubriendo sus cualidades a través de una continua sucesión de aproximaciones.

A pesar de la creencia en la imposibilidad de alcanzar una certeza definitiva y final acerca de la realidad externa, el realismo crítico es radicalmente distinto del solipsismo y el idealismo (posturas que niegan la autonomía de la realidad externa): la realidad existe independientemente de nosotros y es el "límite", por así decirlo, hacia el cual tendemos, sin alcanzarlo jamás.

Bosquejo de un modelo activo de la mente

La tradición empirista, que aún tiene influencia en la psicología moderna, ha contribuido enormemente a la creación de modelos de aprendizaje y desarrollo basados en la teoría de que los órganos sensoriales son las fuentes del conocimiento. Esta posición ha sido definida incisivamente por Popper (1972) como "la teoría balde de la mente", para señalar que la mente se considera una especie de recipiente originalmente vacío —o casi vacío— donde el "material" que proporcionan los sentidos es acumulado y finalmente asimilado.

En su versión original, esta teoría asumía que, al nacer, el organismo era una tábula rasa donde los mensajes sensoriales se imprimían progresivamente. Esta afirmación se mantiene sustancialmente igual hasta ahora, incluso en las formulaciones más recientes basadas en el enfoque del procesamiento de la información que admite que la mente en realidad no está completamente vacía, sino que, al momento de nacer, puede estar provista de una especie de programa computacional. Estas dos versiones comparten la creencia de que el conocimiento se puede obtener inmediatamente mediante el registro directo de datos sensoriales y que la mente es un receptor pasivo de los estímulos ambientales. Desde este punto de vista, el proceso que regula y coordina el aprendizaje se identifica esencialmente con el mecanismo de asociación. En base a la adquisición de relaciones contingentes entre estímulos ambientales cronológicamente cercanos (condicionamiento clásico) o entre acciones y los consiguientes cambios ambientales (condicionamiento operante), el organismo se vuelve capaz de asociar entre sí sensaciones y acciones; las expectativas y creencias se consideran subproductos de estas asociaciones.

Hoy en día, varias críticas epistemológicas hacen insostenible la teoría balde de la mente, invalidando, sobre todo, sus dos supuestos básicos: (1) el origen sensorial del conocimiento y (2) la pasividad del organismo. La primera suposición sostiene que el conocimiento se puede obtener de un modo directo e inmediato a través de los órganos sensoriales. Este punto de vista puede ser rebatido con los siguientes argumentos:

1. a. Desde un punto de vista evolutivo, todo organismo, incluyendo el ser humano, posee disposiciones innatas que, aun antes de cualquier experiencia, lo predisponen a prestar atención selectivamente a la ocurrencia de determinados eventos. Entre estas disposiciones, sin duda las más importantes tienen que ver con la "necesidad de regularidad". El organismo humano no sólo está dotado de un aparato perceptor capaz de seleccionar las regularidades del mundo exterior, sino que también tiene la tendencia innata a buscar pautas ambientales regularmente recurrentes. Como señala Popper (1963), esta necesidad innata de regularidad corresponde en muchos aspectos a la ley de causalidad invocada por Kant. De hecho, constituye un dato *a priori* que precede a cada experiencia sensorial, apareciendo como una especie de inclinación innata en la cual se basan las posibilidades de la experiencia sensorial. Como dice Popper:

La teoría de las *ideas* innatas es absurda, creo yo; pero todos los organismos tienen *reacciones* o respuestas innatas; y entre ellas, respuestas adaptadas a eventos inminentes. Estas respuestas las podemos describir como "expectativas", pero con ello no queremos decir que éstas sean conscientes. En este sentido, el recién nacido "espera" ser alimentado (e, incluso se podría argumentar, protegido y querido). En vista de la estrecha relación entre expectativa y conocimiento, incluso podemos hablar razonablemente de un "conocimiento innato". Sin embargo, este "conocimiento" no es válido *a priori*; una expectativa innata, por más clara y específica que sea, puede ser errada. (Quizás el recién nacido sea abandonado y muera de hambre).

Así, nacemos con expectativas; con un "conocimiento" que, pese a no ser *válido a priori*, es *psicológica* o *genéticamente a priori*, vale decir, previo a una experiencia observacional. Una de las más importantes de estas expectativas es la de encontrar una regularidad. Se relaciona con la propensión innata a buscar regularidades o con la *necesidad* de encontrar regularidades, como podemos ver en el placer de un niño que satisface esta necesidad.

Esta expectativa "instintiva" de encontrar regularidades, que es psicológicamente *a priori*, tiene una estrecha correspondencia con la "Ley de Causalidad" que Kant creía era parte de nuestro equipamiento mental y válida *a priori*. Uno podría verse tentado a decir que Kant no supo distinguir entre modos psicológicamente *a priori* de pensar o responder y creencias válidas *a priori*. Pero no creo que su error fuera tan burdo como ese. Ya que la expectativa de encontrar regularidades no es sólo psicológicamente *a priori*, sino también lógicamente *a priori*: es lógicamente *a priori* para toda experiencia observacional, porque, como hemos visto, es previa a cualquier reconocimiento de similitudes; y toda observación implica el reconocimiento de similitudes (o diferencias) (1963, pp. 47-48).

Así, la suposición de que el conocimiento se deriva directamente de las impresiones sensoriales fracasa desde su enunciado. Efectivamente, en el punto de vista presentado, las impresiones sensoriales puras no existen. Dado que las teorías de las expectativas están incorporadas genéticamente en cada órgano sensorial, cada sensación ya es una abstracción, una construcción del organismo.

b. Si cada sensación ya es una construcción, la mente es un sistema capaz de producir no sólo su propia salida (output), sino también, en gran medida, la entrada (input) que recibe. Como una alternativa a las teorías sensoriales, Weimer (1977) ha propuesto una teoría motora de la mente que puede explicar la indudablemente más importante naturaleza generativa de los procesos del conocimiento humano. Como dice él:

La mente es intrínsecamente un sistema motor y el orden sensorial mediante el cual conocemos los objetos externos, así como a nosotros mismos, los procesos mentales superiores que construyen nuestro sentido común y conocimientos científicos —de hecho, todo lo mental—, es producto de lo que son, si se interpreta correctamente, habilidades motoras constructivas (1977, p. 272).

Según este marco conceptual, la mente ya no es un recipiente pasivo de sensaciones que crea una copia de la realidad ("realismo ingenuo"), sino más bien un sistema que construye su propio modelo de la realidad, un modelo que comprende las sensaciones más básicas que subyacen a la construcción de sí mismo ("realismo crítico o hipotético").

En cuanto a la segunda suposición de las teorías sensoriales —es decir, la pasividad del organismo—, las consideraciones previas ya han sugerido que el organismo desempeña constantemente un rol activo. Sin embargo, el tema de la actividad aún se puede desarrollar y explicitar mediante nuevas consideraciones.

Si las impresiones sensoriales puras no existen, entonces se puede deducir lógicamente que no existe ningún tipo de experiencia pasiva. Incluso en el caso de una sensación simple se produce la actividad de extraer y detectar regularidades con las cuales funcionan los órganos sensoriales. Por otra parte, desde el punto de vista de las teorías "motoras" de la mente, la actividad del organismo representa la base indispensable de cualquier aprendizaje y adquisición de conocimiento de la realidad. En efecto, todas las teorías de la mente presuponen implícitamente un modelo de interacción entre organismo y ambiente dentro del cual se definen los procesos que median la interacción misma. Si en una teoría "sensorial" el mediador fundamental de la interacción organismo-ambiente es la percepción, entonces en una teoría motora la actividad

misma del organismo se convierte en ese mediador. Sin embargo, esto no niega completamente la importancia de los sentidos o de la percepción: la actividad del organismo se expresa constantemente a nivel motor (exploración ambiental), a nivel sensorial (extrayendo y detectando regularidades) y a nivel cognitivo (elaborando y calzando hipótesis). En este sentido, como afirma Piaget (1970), conocer un objeto significa esencialmente actuar sobre él.

Según esta visión, aprender de la experiencia depende de un proceso de elaborar y calzar expectativas e hipótesis mediante un procedimiento activo de ensayo y error. Por lo tanto, el aprender es esencialmente cognitivo y depende de un proceso de formación de conceptos cuya característica esencial es la actividad constructiva y generativa de la mente, más que la simple asimilación de datos sensoriales. Como señala Popper:

Pienso que la vieja historia de que los sentidos son básicos en el aprendizaje es errada (especialmente al aprender algo nuevo, vale decir, al descubrir). Yo creo que en el aprendizaje las hipótesis desempeñan un papel primordial; elaborar viene antes que calzar. Los sentidos cumplen dos roles: primero, nos desafían a *elaborar* nuestras hipótesis; y segundo, nos ayudan a *calzar* nuestras hipótesis, asistiéndonos en el proceso de refutación o selección (Popper y Eccles 1977, p. 429).

Hay que apreciar la naturaleza generativa y constructiva de los procesos de aprendizaje para entender cómo los modelos personales de la realidad corresponden más a construcciones reales que a simples copias del mundo. A pesar de que pueden tener un grado variable de correspondencia con el mundo real, estos modelos de la realidad juegan un rol preponderante en dirigir la interacción del individuo con el mundo. En efecto, tales modelos determinan la pauta con la cual el individuo puede ver y concebir el mundo, contribuyendo así sustancialmente a la forma que asume la experiencia. Popper (1974) expresa este concepto con su habitual claridad:

Nuestras teorías son nuestras invenciones; pero pueden ser meras suposiciones irracionales, conjeturas audaces, hipótesis. *A partir de éstas creamos un mundo: no el mundo real, sino nuestras propias redes en las cuales tratamos de atrapar el mundo real* (p. 46; énfasis añadido).

Aspectos tácitos y explícitos del conocimiento

Desde los estudios de Polanyi (1966, 1968) se pueden distinguir dos aspectos del conocimiento: el conocimiento tácito, acerca del cual no podemos hablar, y el conocimiento explícito, respecto al cual sí podemos hablar. Pese a las numerosas evidencias respecto a que el conocimiento tácito se relaciona con casi todos los aspectos del proceso mental (*cf.* Franks 1974; Turvey 1974; Weimer 1973, 1974, 1977), aún no poseemos un adecuado marco conceptual que nos ofrezca un modelo satisfactorio de la relación entre conocimiento tácito y explícito.

En esta sección daremos un vistazo a esta relación, considerando cómo se origina la distinción entre ambos tipos de conocimiento. Primero revisaremos el punto de vista evolutivo y después veremos cómo se desarrollan y articulan los conocimientos tácito y explícito en la ontogenia de un solo individuo.

La Perspectiva Evolutiva

Desde un punto de vista evolutivo, el problema de distinguir dos tipos de conocimiento sólo surge en la especie humana, y probablemente esté relacionado con la aparición del lenguaje y la especialización hemisférica.

Los estudios de Sperry y asociados (*cf.* Sperry 1974) en pacientes cuyo cuerpo calloso fue seccionado en el tratamiento de enfermedades neurológicas refractarias (los llamados pacientes con cerebro escindido) han arrojado datos extremadamente interesantes sobre la organización funcional del cerebro humano. Entre éstos es particularmente notable el descubrimiento de la singularidad y exclusividad del hemisferio izquierdo con respecto a la experiencia consciente; vale decir, aunque el hemisferio derecho aún era capaz de realizar movimientos hábiles y decididos, especialmente en el área de pruebas espaciales e ilustrativas, se volvió completamente incapaz de suministrar alguna experiencia consciente de su actividad. Por lo tanto, con una buena aproximación, uno podría concluir que la actividad del hemisferio derecho en las personas normales llega a la conciencia sólo mediante la transmisión al hemisferio izquierdo a través del cuerpo calloso. Así, la capacidad de experiencia consciente parece ser una prerrogativa exclusiva del hemisferio izquierdo, el cual contiene las áreas lingüísticas.

Esta especialización hemisférica de los seres humanos es única; de hecho, las áreas corticales homólogas de los primates no muestran ninguna evidencia de asimetría funcional (*cf.* Eccles, en Popper y Eccles 1977,

especialmente Caps. E5 y E6). También es probable que tal especialización hemisférica se haya producido durante la evolución humana en respuesta a las singulares exigencias y a las presiones específicas impuestas al surgir la posibilidad evolutiva sin precedentes representada por el lenguaje.

A diferencia de los mensajes inmediatos y precisos que envían y reciben los animales, el lenguaje le otorgó a la especie humana la posibilidad de liberarse del contexto, mediante lo cual cambiaron significativamente las potencialidades de exploración y control del ambiente. Según Bronowski y Bellugi (1970), las propiedades lingüísticas que han permitido tal liberación de la inmediatez de los estímulos ambientales se pueden esquematizar en los siguientes puntos:

- Retraso entre el estímulo y la emisión del mensaje que provocó el estímulo.
- Separación del componente emocional o afectivo del contenido específico transmitido por el mensaje.
- Prolongación de la referencia, es decir, la posibilidad de utilizar mensajes específicos hacia atrás y hacia adelante en el tiempo.
- Internalización del lenguaje, que así se convierte no sólo en un instrumento de comunicación social, sino también en un instrumento de reflexión y exploración que el individuo podría usar para elaborar diversos mensajes hipotéticos antes de escoger el que considere adecuado.

Además, todos estos puntos son parte de aquello que seguramente es la cualidad más importante que el lenguaje ha dado a la mente humana: ser capaz de cosificar la experiencia y estructurarla en elementos, los cuales, como conceptos, tienen estabilidad y consistencia y por lo tanto pueden ser manipulados al mismo nivel que los objetos reales. Con esta capacidad para cosificar la experiencia, la especie humana no sólo alcanza un nivel sin precedentes de liberación del contexto, sino que también obtiene nuevas posibilidades para controlar e influir en su propio ambiente como resultado de un creciente nivel de comprensión de la realidad externa. Así, las posibilidades creadas por la aparición del lenguaje pueden justificarse como el hemisferio izquierdo, más verbal y lógico que el derecho, se ha convertido progresivamente en el centro del control y la experiencia conscientes.

Sin embargo, esto no significa que se hayan extinguido o atrofiado las formas de "pensamiento" prelógico producidas durante el largo proceso evolutivo. Como sostiene convincentemente Teuber (1974), el concepto de dominio unilateral del hemisferio izquierdo sobre el derecho debe ser abandonado y sustituido por uno de especialización complementaria. Más aún, es posible que desde el principio la complementariedad funcional de un hemisferio izquierdo especializado en tareas analíticas y lógicas y un hemisferio derecho especializado en tareas sintéticas y holísticas haya incrementado considerablemente las posibilidades de una adecuación adaptativa. Por lo tanto, lo que probablemente se haya producido es una nueva integración funcional, donde el control de esta especialización complementaria fue asumido desde las funciones corticales superiores emergentes. En otras palabras, es como si hubiera ocurrido una suerte de "selección de las especies" en la cual el control sobre la exploración ambiental fue asignado a las capacidades lógico-conceptuales que aparecieron y a las nuevas posibilidades que ellas ofrecieron. Por otra parte, dado que las formas de conocimiento prelógico —que no se pueden verbalizar y por lo tanto son esencialmente tácitas— aparecieron mucho antes durante la evolución, uno podría pensar que estaban enraizadas más profundamente en la estructura filogenética. De esta manera, podrían haber funcionado como un continuo punto de referencia a través del cual se hizo posible focalizar el control consciente en funciones corticales "superiores" extremadamente especializadas, pero por estas mismas razones inevitablemente parciales.

La Perspectiva Ontológica

Volviendo al nivel de desarrollo individual, es posible encontrar algunas analogías formales de lo que ya ha sido explicado a nivel filogenético. Efectivamente, desde que la embriología fue establecida como una disciplina autónoma, se ha enfatizado cómo la ontogenia recapitula formalmente la filogenia. Si observamos el curso del desarrollo individual desde esta perspectiva, podemos ver las siguientes analogías formales en secuencia.

1. El conocimiento tácito es indudablemente el primer tipo de conocimiento que aparece durante el desarrollo. De hecho, dada la relativa lentitud del crecimiento cognitivo, la primera infancia se caracteriza esencialmente por la presencia de un conocimiento directo e

inmediato para el cual las capacidades de verbalización, reflexión y toma de conciencia son absolutamente secundarias.

2. La progresiva elaboración del conocimiento explícito es mucho más gradual; esta gradualidad surge de la lentitud personal para dominar e internalizar el lenguaje hasta que el individuo es capaz de emplear los conceptos mismos, independientemente de las situaciones en que se originaron. Sin embargo, también en el desarrollo individual, el establecimiento gradual de un conocimiento explícito va en paralelo a una liberación progresiva del contexto por parte del niño. En particular, la lenta estructuración de las capacidades lógico-conceptuales es acompañada por un desapego progresivo del pensamiento del niño del "aquí y ahora" situacional del ambiente, así como de la inmediatez de sus experiencias del sí mismo. De esta manera, por ejemplo, si bien durante la infancia los autoconceptos de los niños están estrictamente relacionados con el contexto familiar específico, al llegar la adolescencia y aparecer el pensamiento lógico-deductivo, se vuelven progresivamente más competentes para estructurar su identidad personal como algo estable e independiente del contexto sociofamiliar (ver Cap. 2).
3. El control consciente de toda la organización cognitiva es asumido por el conocimiento explícito de sí mismo y el mundo que el individuo progresivamente ha organizado. Sin embargo, también en este caso, el conocimiento tácito elaborado durante el curso del desarrollo suministra un continuo marco de coordenadas mediante las cuales el control de la experiencia consciente puede focalizarse en las funciones cognitivas superiores. En particular, las reglas profundas del conocimiento tácito, que provee a los individuos (de manera directa e inmediata) de los aspectos permanentes de la percepción de sí mismo y del mundo, le permiten dirigir su atención consciente y su pensamiento racional hacia objetivos específicos y definidos. Finalmente, debiera enfatizarse que aun en una relación complementaria funcional, los aspectos tácitos y explícitos corresponden a formas distintas de conocimiento, cada una caracterizada por pautas funcionales propias. Por esta razón, el convertir el conocimiento tácito en explícito nunca corresponde a una traducción lineal simple desde un código no verbal a uno verbal; por el contrario, corresponde a una construcción nueva y real en la esfera del conocimiento explícito (ver Cap. 3).

El papel central del autoconocimiento¹

En el primero de una serie de diálogos entre Popper y Eccles, que constituyen la tercera parte de su libro *The Self and Its Brain* (1977), Eccles dice:

Estoy siempre pensando en mí mismo como central en el primer lugar de mis percepciones, mis fantasías y mi ambiente. Todo me llega a *mí* en primer lugar. Luego, a partir de todo lo que es innato en mi cerebro y de todo lo que se ha construido en mi cerebro por la experiencia, procedo a interpretar de modo que puedo actuar más apropiadamente en varias situaciones, y desde luego, asimilar el nuevo conocimiento a todos los recuerdos vivenciales que ya he acumulado. De modo que tengo la creencia que *yo soy central a mis propias experiencias e interpretaciones. Escapo del solipsismo utilizando estas experiencias para entender a otras personas y al mundo que me rodea...* Y gustoso le doy a cada sí mismo experimentador la misma prerrogativa de ser *primario* en la tremenda carga de información entrante que llega a través de los órganos sensoriales y que tiene que ser interpretada a la luz de la memoria (p. 426; énfasis añadido).

La respuesta de Popper concuerda sustancialmente con esto, pero con una especificación importante:

Después que me he establecido, por así decirlo, como una persona autoconsciente, las cosas parecen ser como estas frases lo sugieren; pero la palabra "primario" conlleva la errónea sugerencia de que el ego es en el tiempo, o lógicamente, lo primero. Pero en el tiempo, o lógicamente, yo soy primero que todo un organismo no plenamente consciente de mí mismo —cuando soy un bebé... Lo que es "primario" es la disposición innata del bebé a sentir e interpretar lo que llega a

¹ William James (1892) hizo la distinción entre el "sí mismo empírico" y el "sí mismo consciente". El primero puede ser objeto del propio escrutinio y el último hace el escrutinio. El sí mismo consciente experimenta cosas, pero no puede, paradójicamente, ser experimentado por sí mismo. Podemos vivenciar el mundo que choca contra nosotros y podemos vivenciar los recuerdos y pensamientos derivados de nuestra interacción con ese mundo, pero solamente podemos inferir aquel "ego" que hace consciente esas experiencias. En este libro, cuando hablamos de sí mismo, de autoconocimiento, de identidad personal, de actitud hacia uno mismo, etc., estamos hablando del "sí mismo empírico" de James.

través de los sentidos. Por lo tanto, si uno dice que uno es central a la experiencia, entonces yo lo acepto, pero *únicamente después que me he constituido como una persona o un yo, que en sí mismo es resultado del aprendizaje* (pp. 426-427; énfasis añadido).

Así se va bosquejando un perfil bastante preciso de la organización del conocimiento humano. Al nacer, el organismo está provisto de una identidad biológica pero no todavía de una psicológica, personal. Más aún, viene provisto de disposiciones innatas precisas para percibir e interpretar lo que le llega a través de los sentidos y para procesar activamente el conocimiento tácito acerca del mundo y su propio cuerpo, con sus ritmos y sentimientos.

El desarrollo del lenguaje y la creciente capacidad de interiorizarlo permiten la construcción progresiva de un conocimiento explícito en base al punto referencial suministrado por el conocimiento tácito. El desapego del contexto y la conciencia permitida por este desarrollo permiten el gradual establecimiento de un conocimiento ordenado y estable de la realidad. En este proceso de construcción de la realidad, el "aprender a ser uno mismo" (Popper y Eccles 1977) representa el elemento que ordena e integra tanto el conocimiento adquirido como la "tremenda carga de información que llega a través de los sentidos" (p. 426).

Así, en forma gradual, el organismo aprende a reconocerse a sí mismo activamente. Progresivamente unifica el conocimiento que está adquiriendo acerca de sí mismo dentro de una identidad personal: se identifica consigo mismo y se coloca en el centro de la realidad, esto es, al centro de su conocimiento. A la luz de este rol central en la organización del conocimiento, los aspectos del desarrollo del autoconocimiento y de la identidad personal merecen especial atención.

Aspectos del desarrollo del conocimiento humano

La integración progresiva de la organización del conocimiento que se produce durante las distintas fases del desarrollo no es un proceso que se despliegue por sí solo en un individuo pasivo. Más bien, aparece como la obra de un agente activo que aprende a conocerse a sí mismo a través de este mismo proceso, y por lo tanto, a construir gradualmente una identidad personal única. A partir de esta perspectiva, la construcción del conocimiento de sí mismo, que surge progresivamente a lo largo del

desarrollo, es el elemento integrador de todo el proceso: a través de la organización gradual del autoconocimiento, los procesos orgánicos inherentes al desarrollo y las condiciones ambientales que moldean y regulan el aprendizaje del individuo asumen formas idiosincrásicas y enlaces definitivos.

Efectivamente, una descripción satisfactoria del desarrollo debiera ser unitaria e ilustrar la integración progresiva de las disposiciones innatas específicas de la especie, desarrollar el autoconocimiento, el crecimiento cognitivo y las experiencias emocionales, tomando también en cuenta a la familia y las influencias ambientales que regulan todo el proceso.

Marco conceptual para la integración de los procesos de maduración e influencias ambientales

A pesar de que un recién nacido tiene un complejo repertorio de disposiciones innatas, él o ella aún no es un sí mismo (*self*). Más aún, a través de un desarrollo lento y gradual, el niño tiene que llegar a ser un sí mismo. El autorreconocimiento, y más tarde, la adquisición del autoconocimiento, no pueden llegar simplemente a través de una observación directa de sí mismo. Como sugiere Popper (Popper y Eccles 1977), esto puede lograrse únicamente a través de un desarrollo activo y progresivo de conceptos y teorías acerca del sí mismo. En otras palabras, el conocimiento de uno mismo se desarrolla a través de la acción. Esta suposición implica que la interacción del organismo con el ambiente circundante precede al desarrollo del conocimiento y representa un prerrequisito para él.

Por lo tanto, un niño aprende a conocer mediante la interacción activa y exploratoria de su propio ambiente. Indudablemente que las personas son los objetos más importantes en ese ambiente. Mediante el interés en el niño, y a través del conocimiento del niño de su propio cuerpo, el que adquiere en forma gradual, es que puede aprender que él es una persona.

En apoyo a la teoría que plantea que los seres humanos adquieren el conocimiento de sí mismos mediante las interacciones en curso con otras personas (ver, por ejemplo, Cooley 1902, Mead 1934), muchos datos indican que un niño que crece aislado no logra una plena conciencia de sí mismo (Curtiss, Fromkin, Krashen, Rigler y Rigler 1974). Estudios con primates también han aportado datos interesantes: los chimpancés criados en familias humanas pueden percibirse a sí mismos como semejantes a los

seres humanos (Hayes y Nissen 1971). Este fenómeno, conocido como "efecto espejo social", es definido por Popper así: "De la misma manera como aprendemos a vernos a nosotros mismos en un espejo, el niño también se hace consciente de sí mismo al ver su reflejo en la conciencia de otras personas" (Popper y Eccles 1977, p. 110).

Pese a que consideramos el "efecto espejo social" como algo absolutamente fundamental para la adquisición del conocimiento de sí mismo, no estamos de acuerdo con la formulación de que la construcción del "sí mismo" (yo) sea exclusivamente una adquisición social. Según este punto de vista, el conocimiento de sí mismo es resultado de roles sociales y del conocimiento de nosotros mismos que el ambiente social nos impone; en otras palabras, somos lo que la sociedad nos hace creer que somos. Como ha sostenido Hamlyn (1977) convincentemente, en esta formulación *el contenido* del conocimiento se confunde con las *condiciones* necesarias para su desarrollo. Si la interacción con los demás es una condición indispensable para la adquisición del conocimiento de sí mismo, no puede dejarse de considerar la propia actividad del organismo al seleccionar el contenido de este conocimiento. El organismo no es un contenedor pasivo que se llena progresivamente por las definiciones que la sociedad y otros le suministran; más bien, a través de esas definiciones, selecciona y construye activamente reglas y conceptos acerca de sí mismo y de los otros. Además, las peculiaridades de los procesos del desarrollo debieran considerarse dentro de las actividades del organismo. Al influenciar la sensibilidad del organismo y sus habilidades para procesar información, los cambios en la maduración intervienen activamente sobre las condiciones del aprendizaje (interacciones sociales) y en la organización del contenido del conocimiento.

La teoría del apego, la organización de las experiencias emocionales y el crecimiento cognitivo son las áreas de interés más importantes en un enfoque integrativo de los procesos de maduración, las influencias ambientales y la organización del conocimiento.

Teoría del apego

El "medio" a través del cual progresan los procesos del desarrollo (cognitivo y emocionales) es la relación con aquellas personas que constituyen el ambiente más temprano del niño. En base a las posibilidades que ofrece el gradual crecimiento cognitivo y emocional, este medio entrega una gran

cantidad de material que el niño procesará progresivamente en el conocimiento de sí mismo y del mundo.

Desde esta perspectiva, y de acuerdo con Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978), consideramos la teoría del apego (Bowlby 1958, 1969, 1973, 1980) como una especie de teoría explicativa, que esencialmente suministra una guía para entender y organizar las observaciones y datos experimentales a nuestra disposición. Esta teoría podría ser un nuevo paradigma integrativo del desarrollo humano, dándonos una visión incluyente y organizada de todos los factores que intervienen en la evolución del conocimiento de sí mismo.

Apego

La "conducta de apego" se definió originalmente como la clase de sistemas conductuales que apuntan a mantener la cercanía y el contacto con otras personas, particularmente con la "cuidadora", que generalmente es la madre.

Los famosos estudios experimentales con primates de Harlow (1958) han demostrado que las primeras teorías psicodinámicas respecto a la naturaleza del apego eran falsas. Según éstas, la alimentación, que actúa reduciendo el impulso del hambre, es la mediadora del apego. En contraste con la hipótesis de que una "necesidad de dependencia" adquirida es secundaria a una pulsión primaria del hambre, Harlow demostró inequívocamente que el mediador fundamental de la conducta de apego es el contacto con la persona que brinda los cuidados.

La conducta de apego —que puede ser descrita en otras especies animales además de los primates tan intensamente estudiados— indudablemente posee fuertes determinantes filogenéticos. Éstos brindan a los infantes un complejo repertorio de esquemas de acción y sistemas de codificación que les permiten intervenir activamente con sus cuidadores desde las fases más tempranas de la vida (Brazelton, Koslowski y Main 1974). Por otro lado, una amplia gama de situaciones ambientales (enfermedades, ausencia relativa de la madre, eventos estresantes como la presencia continua de extraños o la exposición a situaciones poco familiares, etc.) pueden modificar el apego. Una serie de observaciones favorecen la idea de que la programación innata de la conducta de apego es continuamente modelada y modificada mediante la experiencia (*cf.* Bowlby 1969); en otras palabras, las diferencias individuales en experiencias van a conducir

a diferentes "pautas" de conducta de apego. Por lo tanto, pese a que las condiciones generales que activan y moldean la conducta de apego ya han sido ampliamente descritas en la literatura, cabe recordar que el principio coordinador de la organización de la experiencia llega a ser, muy tempranamente, algo altamente específico del individuo tanto como las características particulares de esa etapa del desarrollo.

A pesar de que durante las primeras fases de la vida el apego se expresa esencialmente por medio de sencillas pautas de búsqueda de contacto, más adelante se tornan progresivamente más articuladas y complejas, gracias al emergente desarrollo cognitivo y emocional. Particularmente cuando la internalización ha adquirido alguna estabilidad, los niños son capaces de formar modelos representacionales de sus figuras de apego, de sí mismos y del ambiente que los rodea. A medida que aprenden más acerca de sí mismos y de su mundo, estos modelos representacionales también se tornan más articulados y complejos.

Mediante la consolidación de complejas representaciones internas, los niños no sólo son capaces de tolerar períodos cada vez más prolongados lejos de sus madres sin presentar reacciones de ansiedad, sino que también pueden incorporar sus expectativas con respecto a la accesibilidad y disponibilidad de sus madres dentro de sus modelos representacionales. Ellos también entienden cómo la accesibilidad y la disponibilidad pueden ser modificadas por diferentes circunstancias. Es obvio cómo el desarrollo de estos modelos representacionales lleva consigo el núcleo de futuras estructuras cognitivas estables relativas a los atributos más importantes del yo y de la realidad externa.

A estas alturas puede resultar útil distinguir explícitamente entre la conducta de apego y el apego (por ejemplo, Ainsworth *et al.* 1978). La conducta de apego incluye los sistemas conductuales y las estrategias utilizadas para mantener el contacto con la figura del apego; el apego es el modelo representacional de la relación de apego más el vínculo afectivo que el niño establece con su figura de apego. Este modelo representacional y vínculo afectivo tienden a persistir y hacerse más independientes de las situaciones contingentes. Mientras que la conducta de apego temprana puede ser intermitente y elicitarse a través de situaciones específicas, el apego es mucho más constante y estable y menos influenciado por situaciones ambientales. Por ejemplo, si el niño está interesado en explorar su ambiente y no demuestra una abierta conducta de apego, no significa que

no esté apegado a su madre en ese momento o que esté menos apegado a ella de lo que estaba cuando expresaba conductas explícitas de apego.

Por lo tanto, el "apego" podría definirse como una estructura cognitiva que se construye durante el curso del desarrollo, comenzando por las disposiciones innatas formadas por los datos experienciales y que dirigen la búsqueda del niño de proximidad física y contacto afectivo. La cualidad distintiva individual de pautas de conducta de apego exhibidas en respuesta a las diversas situaciones ambientales también es una función de esta estructura cognitiva. Más aún, estas pautas de conducta muestran una organización jerárquica; esto es, las conductas incluidas en ellas son más o menos intercambiables y pueden ser integradas de varias maneras en planes y estrategias para adaptarse a las exigencias de distintas situaciones ambientales. De más está decir que el apego adquiere un significado cualitativamente distinto en la especie humana, en donde el período de desarrollo y cuidado familiar es el más prolongado en la escala zoológica.

Al concluir esta discusión sobre el apego, queremos enfatizar en la creciente toma de conciencia entre los investigadores respecto a que la importancia de la madre ha sido sobrestimada y que el rol del padre ha sido erróneamente subvalorado. Esta sobrestimación del rol de la madre probablemente proviene de la influencia de los primeros modelos psicodinámicos y de la observación inmediata y obvia de las madres que generalmente pasan más tiempo con los niños que sus padres. Al menos así es en la cultura occidental. Sin embargo, hace unos quince años aumentó la cautela contra la conclusión que la madre es inevitablemente la principal figura de apego. Schaffer y Emerson (1964) demostraron que la calidad, y no la cantidad, es la variable más crítica en los "vínculos emocionales", por lo que introdujeron la noción de "apego intenso". Éste puede formarse con individuos que están disponibles por períodos de tiempo relativamente limitados, pero que reaccionan intensamente con el niño. Así, si un padre atento y disponible se asocia con una madre relativamente poco estimulante, posiblemente será el primero en la jerarquía de objetos de apego, pese a la mayor disponibilidad temporal de la madre. Estudios recientes sobre el rol paterno en el desarrollo (cf. Lamb 1976; Lynn 1974) han enfatizado su rol en el desarrollo desde la infancia a la adolescencia. La importancia de su rol está documentado aún más por los efectos que su ausencia puede producir en el desarrollo cognitivo y emocional (Biller 1974).

Desapego² Como se sabe, el apego se desarrolla inmediatamente después de la infancia temprana (1-2 años), con la adquisición progresiva de la marcha y el comienzo del desarrollo del lenguaje, los niños pueden avanzar más rápidamente en la exploración del ambiente. Su búsqueda específica de cercanía física, que era casi exclusiva hasta esa época, se torna menos intensa. Los niños en crecimiento, debido a la estabilidad de sus representaciones internas, se hacen cada vez más capaces de tolerar separaciones breves. A estas alturas, ya son capaces de dejar por iniciativa propia a su madre con mayor frecuencia; apartándose cada vez más de ella por períodos más largos. En otras palabras, se ha iniciado el proceso de desapego.

Los seres humanos están sujetos a un período inusualmente largo de apego parental. Esta condición sería desadaptativa si inhibiera la conducta adaptativa. En otras palabras, las ventajas de haber sido provistos de una fuente segura de cuidado parental (protección, guía, etc.) durante largo tiempo se anularían si el apego interfiriera con la recolección de nueva información mediante la exploración autónoma del ambiente. Dada la importancia evolutiva de la conducta exploratoria, es curioso que el proceso de desapego haya sido mucho menos estudiado que la conducta de apego. Rheingold y Eckerman (1971) argumentan a favor del significado evolutivo del desapego. Ellos observaron que el desapego de figuras parentales es un proceso distintivo cuya duración y complejidad se correlacionan positivamente con un mayor nivel en la escala zoológica. De acuerdo a estas observaciones evolutivas, creemos que el proceso de desapego merece una descripción detallada.

Aun cuando el desapego y la exploración empiezan a partir de las iniciativas del niño, la presencia del cuidador es fundamental por lo menos en un comienzo. Según Rheingold (1969), la ausencia de la madre tiene un efecto inhibitorio en la conducta exploratoria dentro de un ambiente

² Bowlby (1969, 1973, 1980) usa el término "desapego" en referencia a la condición *patológica* en la cual la conducta de apego ha sido desactivada. En la terminología de Bowlby, el proceso que estamos describiendo bajo el rótulo de "desapego" (siguiendo fundamentalmente el uso que hacen Rheingold y Eckerman del término; cf. Rheingold y Eckerman 1970, p. 79) sería subsumido bajo el término "desarrollo de la confianza en sí mismo". Pese a que el uso de Bowlby del término "desapego" es ciertamente muy apropiado al punto de vista de las aplicaciones clínicas de la teoría del apego, hemos preferido (dado el estado actual de conocimiento sobre estas materias) quedarnos en la vaguedad, dando a este término un significado que pudiera abarcar también aspectos positivos y sanos de la conducta del niño.

poco familiar. La presencia (o ausencia) de la madre demostró ser una variable crucial que permitía (o inhibía) la exploración de ambientes novedosos. Aparentemente, *el sólo estar consciente de su presencia* le da al niño suficiente confianza como para abordar un ambiente poco familiar; es decir, en su presencia la novedad es atractiva, mientras que sin ella se convierte en una fuente de temor. Más aún, debiéramos considerar que la madre no es en absoluto una espectadora pasiva; ella pueda intervenir en el proceso ya sea estimulando o disuadiendo la exploración del niño. Presumiblemente, la respuesta de la cuidadora a la iniciativa de separación del niño también va a influenciar cómo y en qué medida el niño se aleja. Podría esperarse que para explorar con confianza las novedades en el ambiente circundante, el niño no sólo tiene que tener un punto de referencia familiar al cual retornar, sino que también tiene que concebir la "base segura" como una de accesibilidad estable y disponible para él. Por lo tanto, la exploración autónoma parece estar correlacionada con la respuesta de la persona que brinda los cuidados y con el grado de confianza que el niño tiene en esa persona.

Se debe recalcar que el inicio del desapego exploratorio no es para nada indicación del fin del apego, tampoco el desapego representa el polo opuesto del apego. Al contrario, apego y desapego debieran ser considerados como "clases de conductas interactuantes que se desarrollan lado a lado y *coexisten* a lo largo de la vida de un individuo" (Rheingold y Eckerman 1970, p. 79; énfasis añadido).

Debido al largo período de desarrollo y cuidados parentales típicos de la especie humana, el desapego es gradual y requiere mucho tiempo. La exploración ambiental que comienza con el inicio de la marcha es únicamente la fase inicial obligatoria. Las fases subsiguientes van a ocurrir cuando el niño se incorpore a la escuela, donde hay mayor contacto frecuente con pares, y en situaciones sociales donde el niño se separa de su familia (campamentos, vacaciones, actividades deportivas, etc.). Finalmente, durante la adolescencia, se producirá una diferenciación más definida. Estimulado por el desarrollo cognitivo y la maduración sexual, el joven no sólo será capaz de formar sus propias opiniones acerca de la realidad, que en algunas oportunidades diferirán de aquellas de la familia, sino que también será capaz de establecer relaciones afectivas que pueden ser vivenciadas como de la misma importancia que las relaciones parentales. Por lo tanto, el largo proceso de desapego puede organizarse

más completamente en los niveles cognitivos y afectivos durante la adolescencia (cf. Bloom 1980).

Ciertamente, en un proceso tan gradual y largo, muchos factores pueden interferir con las estructuras cognitivas en desarrollo relacionadas con el desapego. Por ejemplo, si el cuidador o cuidadora interfiere negativamente en la exploración autónoma del niño, éste podrá fácilmente desarrollar la creencia de que el mundo exterior está lleno de peligros y que es poco seguro alejarse de las figuras "protectoras". Más aún, la duración del proceso de desapego hace que éste sea gradualmente menos dependiente de la respuesta inmediata de quien brinda los cuidados y más dependiente de la presencia de otras variables, como la posible existencia de modelos significativos en el colegio o entre sus pares y la calidad de la "red social" familiar, que, en cambio, determina la cantidad, calidad y variedad de los estímulos culturales. Por ejemplo, incluso bajo la influencia de padres que reprimen el proceso de desapego, niños a quienes se les ha suministrado un ambiente cultural estimulante podrían obtener suficiente información con la cual construir autoimágenes y reglas alternativas para poder desapegarse de la familia y afrontar directamente el mundo externo.

Como ya dijimos, el desapego no representa el polo opuesto del apego; más bien influye en la calidad y desarrollo del apego mismo. Es una hipótesis plausible que el desarrollo progresivo del lenguaje y de las habilidades conceptuales permite a los niños comunicar a personas significativas para ellos, las experiencias que han tenido durante su propia exploración. De esta manera, el desarrollo regular del desapego podría permitir que las estructuras relacionales del apego se desarrollen más allá, de modo que el apego va a incluir no sólo las modalidades de contacto físico y afectivo, sino también pautas de comunicación de sus propias opiniones y significados emocionales. Finalmente, se podría hipotetizar que las pautas de búsqueda de contacto y comunicación que son desarrolladas de esta manera se convierten en los elementos básicos utilizados en la construcción de los apegos de la vida adulta.

Desarrollo de la experiencia emocional

Hay bastante evidencia que indica que desde las fases más tempranas de la vida existe un repertorio de respuestas faciales y motoras; estas respuestas se acompañan de sentimientos que preceden las experiencias de aprendizaje y que por lo tanto son en gran medida dependientes del desarro-

llo genético del organismo. Según Brazelton *et al.* (1974), un niño viene equipado con una serie de "respuestas motoras" (como el seguimiento visual, por ejemplo) que parecen ser empleadas exclusivamente al interactuar con otras personas. Observaciones de niños nacidos ciegos y sordos (Eibl-Eibesfeldt 1970) revelaron pautas expresivas y de imitación iguales a las de niños normales, sugiriendo así que éstas son genéticamente determinadas más que aprendidas a través de la observación. En comparación con la conducta expresiva de los niños normales, la de los bebés sordos y mudos se hace mucho menos diferenciada y más estereotipada a medida que pasa el tiempo. Sin embargo, ni el inicio ni la pauta de respuestas expresivas son influenciados por aprendizajes anteriores.

Esta evidencia indica que desde las fases más tempranas del desarrollo, el niño posee tanto las cualidades primarias de los sentimientos como la capacidad de manifestarlos a través de mecanismos motores expresivos. Más aún, es evidente que la comunicación emocional está desde el inicio estrechamente conectada con estos mecanismos motores expresivos, particularmente la expresión facial. Muchas observaciones (Eibl-Eibesfeldt 1972) indican que existe una disposición innata para reaccionar selectivamente al rostro humano y que los primeros sistemas de comunicación recíproca entre los bebés y sus cuidadores (antes del lenguaje) se basan ampliamente en pautas expresivas motoras. En otras palabras, la cara suministra una continua y rica retroalimentación que modula la comunicación emocional entre el bebé y sus cuidadores.

Por otro lado, si bien el niño está provisto de pautas expresivas innatas asociadas a los sentimientos básicos, es poco probable que éstas puedan ser vivenciadas como emociones "verdaderas" por lo menos hasta que se haya completado la diferenciación entre el sí mismo y el otro. Según Lewis y Brooks-Gunn (1979), la diferenciación sí mismo-otro se inicia con la construcción de experiencias perdurables, es decir, con la fase de Piaget de permanencia del objeto y el desarrollo inicial de la internalización (alrededor del final del primer año). En este momento, el niño tiene la posibilidad de avanzar hacia el "reconocimiento del sí mismo" y por lo tanto de localizar sus sentimientos dentro de sí mismo: únicamente ahora los sentimientos básicos pueden convertirse en "experiencias emocionales". En otras palabras, sin una forma rudimentaria de conocimiento representacional que implica un principio elemental de conocimiento de sí mismo (es decir, reconocimiento de sí mismo) no se puede experimentar

subjetivamente una emoción. Si la primera etapa del desarrollo emocional coincide con la transición de sentimientos básicos a la experiencia emocional, este desarrollo continúa durante toda la infancia, niñez y adolescencia a través de una progresiva diferenciación de las emociones. Comenzando como estos sentimientos básicos bastante intensos, indiferenciados y no demasiado controlables, las emociones se verán continuamente mezcladas, haciéndose más sutiles, articuladas y abundantes en significados específicos, y progresivamente más sujetas al control cognitivo. Como resultado de esta diferenciación durante el curso del desarrollo, la gama de experiencias emocionales aumenta considerablemente. Esto permite al organismo responder a situaciones ambientales multiformes y diferentes con una variedad de tonos emocionales.

Obviamente, el desarrollo cognitivo que avanza paralelo con el desarrollo emocional cumple un importantísimo rol en el proceso de diferenciación emocional. Sin embargo, de acuerdo con Leventhal (1979), no consideramos la teoría de las emociones de la "alerta cognitiva" (de Schachter y Singer 1962) completamente adecuada para explicar el desarrollo emocional y la organización de la experiencia emocional. De hecho, si el rótulo cognitivo determinara complemente las emociones, entonces el desarrollo cognitivo necesariamente tendría que *preceder* al desarrollo emocional. Esto se pone en duda a través de observaciones bastante elementales. Por ejemplo, los niños tienen una gama específica de reacciones emocionales que permiten a su familia considerarlos como personas particulares, con sus propios "temperamentos", mucho antes de la aparición del lenguaje. Más aún, si la diferenciación emocional se determinara solamente a través de la capacidad de nombrar las cosas dada por el desarrollo cognitivo, las emociones no tendrían ningún papel específico en la comunicación temprana ni una relativa autonomía (*cf.* Mahoney 1980). Como indica Leventhal, el argumento que plantea que las emociones son meros epifenómenos de las cogniciones puede darse vuelta: situaciones que son vistas como potencialmente "cognitivamente" diferentes, podrían ser consideradas como semejantes desde el punto de vista cognitivo en base al hecho que generan sentimientos similares. Según los conocimientos actuales, podemos suponer que los "sentimientos" —que distan mucho de ser epifenómenos del pensar o simples "despertares"— son experiencias parcialmente autónomas y concretas con un contenido de información específico codificado fundamentalmente de modo analógico.

Cuando la internalización ha adquirido cierta estabilidad, los niños son capaces de mantener representaciones constantes de la información que proviene no sólo del mundo externo, sino también de los estados interiores. Efectivamente, gran parte de la estimulación temprana proviene del propio cuerpo del niño (autopercepción), dado que para él o para ella, su mismo cuerpo es un objeto por conocer. En consecuencia, en todo momento el niño tiene que vérselas *simultáneamente* con dos diferentes percepciones entrantes: cada percepción del mundo externo corresponde a un sentimiento de autopercepción que suministra información de su propio estatus. Ya que el desarrollo cognitivo avanza más lentamente que el desarrollo emocional, es posible que la autopercepción sea la condición más temprana que permite un sentido de continuidad subjetiva en el tiempo.

No estamos afirmando aquí que el desarrollo cognitivo es secundario a, o derivado de, el desarrollo emocional; tal afirmación sería cercana a una imitación de la posición psicodinámica. En lugar de eso, queremos decir que por lo menos hasta que el desarrollo cognitivo alcanza cierto nivel (específicamente el período descrito por Piaget como el de las operaciones concretas y luego el de las operaciones formales; cf. Flavell 1963), los desarrollos cognitivo y emocional avanzan *juntos*, influenciándose y determinándose el uno al otro. Los sentimientos y las emociones son experiencias concretas que traen consigo información y significado “desde dentro” (autopercepción) que contribuyen notablemente al desarrollo cognitivo, mientras que el crecimiento cognitivo influye en la diferenciación emocional. Como plantea Elkind (1970), durante la infancia (en contraste con la niñez más tardía y la adultez) las funciones intelectuales y afectivas son en gran medida recíprocamente indiferenciadas. Esta es la razón por la cual cualquier cosa que afecte el equilibrio afectivo a esta edad (por ejemplo, un apego emocionalmente problemático o eventos estresantes) va a influenciar profundamente el funcionamiento cognitivo, y viceversa. Un adulto sano por lo general es capaz de mantener la fuente única de sufrimiento emocional apartada del funcionamiento cognitivo en diferentes áreas.

La experiencia emocional muestra, en cada individuo, los rasgos de una experiencia *organizada* en lugar de una experiencia fragmentaria y episódica. Las emociones ciertamente difieren y la misma experiencia emocional podría aparecer cada vez con distintos matices de significado.

Sin embargo, un sentido continuo de unicidad personal empapa cada instancia de experiencia emocional y da a las experiencias perceptivas y cognitivas individuales un tipo de coloreamiento afectivo autorreconocible. Como ya lo hemos señalado, la autopercepción y la percepción del mundo son simultáneas; la percepción del mundo sería más objetiva e impersonal si no estuviera acompañada por la autopercepción. ¿Qué factores presiden la organización de las experiencias emocionales? Varios estudios indican cómo aspectos específicos de la memoria y la imaginación podrían intervenir en este proceso.

Leventhal (1979) enfatiza la importancia de un “mecanismo de memoria emocional” durante el procesamiento emocional. Este mecanismo sería una memoria relativamente concreta de tipo analógico, conformada principalmente de imágenes que incluyen “rasgos perceptuales claves de situaciones generadoras de emociones”, representaciones de pautas expresivas y de las reacciones motoras y viscerales que acompañan a esas situaciones. Aparte de cómo debieran conceptualizarse, estos “esquemas emocionales” parecen consistir en representaciones concretas de experiencias específicas que pueden ser recuperadas mediante procedimientos imaginativos; ellas constituyen lo que llamamos “recuerdos de sentimientos”. Entre las funciones que Leventhal atribuye a este esquema emocional, debieran enfatizarse las siguientes:

1. Suministran un repertorio de reacciones más o menos automático e inconsciente en respuesta a estímulos afectivos significativos.
2. Focalizan selectivamente la atención en detalles específicos del campo perceptual, influenciando toda la “codificación” de la situación del momento.
3. Contribuyen intensamente a la diferenciación emocional en el curso del desarrollo. La elaboración progresiva de “esquemas” consiste en conectar reacciones emocionales preexistentes con situaciones nuevas, modificando emociones que ya están presentes y produciendo nuevas combinaciones de estímulos ambientales, por una parte, y reacciones de pautas motoras y neuro-vegetativas y reacciones instrumentales, por otra.
4. Contribuyen al mecanismo mnemónico de la recuperación del recuerdo mediante procedimientos imaginativos.
5. Finalmente, contribuyen a la estructuración de la experiencia emocional dándole el rasgo de singularidad personal. En base a significa-

dos estrictamente personales, eventos que no podrían haberse correlacionado de otra manera son así conectados y unificados. En otras palabras, esta característica "comparativa" del paquete emocional es fundamental para dar forma a los aspectos estructurales del autoconocimiento tácito.

Queremos enfatizar aquí que, como representaciones de experiencias emocionales y por lo tanto presentes a lo largo de todo el curso de la vida, los esquemas emocionales indudablemente ya están activos mientras el desarrollo del lenguaje todavía está en sus etapas iniciales. Al apoyar esta hipótesis, si a la mayoría de la gente se le pide que retroceda lo más posible en sus recuerdos, lo que invariablemente se obtiene son imágenes ligadas a "sentimientos" específicos e intensos. En particular, es muy probable que dada la aún escasa diferenciación cognitiva, los esquemas emocionales estructurados durante la infancia adquieran una estabilidad funcional peculiar que los convierte en "emociones prototípicas". Como tales, ellas median aquellas respuestas emocionales idiosincrásicas en respuesta a estímulos particulares considerados como expresiones del "carácter" de la persona. Durante la infancia tardía y la adolescencia, el individuo se hace capaz (gracias a su crecimiento y maduración cognitiva) de prestar atención a los aspectos cognitivos de sus propias emociones, y por lo tanto, elabora progresivamente creencias y teorías de su propia experiencia emocional y de las de los demás. Instancias de creencias que son inferidas por la experiencia emocional concreta tienen que ver con cómo uno llega a reaccionar ante ciertas situaciones con emociones específicas, así como la naturaleza de la experiencia emocional, las causas que la determinan y los efectos que producen una vez que han sido elicitadas. Debido a la capacidad lógico-deductiva del pensamiento adolescente, se elaboran teorías verdaderas acerca de los estados internos a partir de estas primeras creencias las que llegarán a formar parte de la estructura de la identidad personal en la adultez.

Crecimiento cognitivo

En esta sección queremos enfatizar aquellos aspectos del desarrollo cognitivo que, desde nuestro punto de vista clínico, parecen afectar particularmente el desarrollo y la organización del conocimiento de sí mismo.

Gracias al trabajo de Piaget en este campo, se sabe mucho más acerca del desarrollo cognitivo que acerca del desarrollo emocional (*cf.* Flavell 1963). En base a la construcción de la experiencia perdurable (la llamada fase de permanencia del objeto), se logra la primera distinción entre el yo y el otro. Cuando la internalización comienza a estabilizarse, los niños proceden activamente a extraer "conjuntos" de regularidades a partir de su heterogéneo y multiforme ambiente circundante; a partir de estos "conjuntos" empiezan a elaborar reglas más o menos complejas para categorizar la experiencia que adquieren gradualmente. A través de una relación dinámica y recíproca con su ambiente, ellos inferen reglas cada vez más complejas para coordinar sus acciones, emociones y pensamientos.

La liberación progresiva del pensamiento de la persona del "aquí y ahora" situacional, así como de la inmediatez de sus experiencias del sí mismo, es tal vez el rasgo más sobresaliente de las capacidades cognitivas que se van desarrollando lentamente. Poco a poco, durante el curso del desarrollo, el niño se hace consciente de sí mismo, llega a aceptar las normas de coherencia lógica y domina los conceptos abstractos del lenguaje. Cuando el individuo llega a la adolescencia, la internalización del lenguaje por lo general es tal que permite el pensamiento abstracto y el comienzo de una liberación satisfactoria: los conceptos pueden tratarse como tales, separados de la situación ambiental en donde se aplican.

De más está decir que esta progresiva liberación del contexto de la experiencia influencia significativamente el aprendizaje durante la infancia y la niñez. En lo que sigue de esta sección vamos a revisar los aspectos funcionales de esta liberación progresiva a través de tres períodos esenciales: (1) la infancia y los años preescolares (desde 2 años y medio a 5 —niños preescolares), (2) niñez (que a grandes rasgos corresponde al período de escuela primaria) y (3) adolescencia (más o menos desde 11-12 a 15-16 años). Estas fases corresponden sólo parcialmente a aquellas descritas por los psicólogos del desarrollo; la razón para esta discrepancia es que hemos adoptado una simplificación requerida por las necesidades concretas de la práctica clínica. (Tenemos que reconstruir las historias del desarrollo de nuestros pacientes mediante entrevistas clínicas directas, y por lo tanto, necesitamos puntos de referencia —tales como los años de colegio— que sean fáciles de recordar para el paciente común)³.

³ Cuando un paciente adulto recuerda eventos estresantes de su niñez, es importante situarlos dentro de una perspectiva de tiempo adecuada. Un evento estresante ocurrido mientras el paciente estaba en la

Infancia y Años Preescolares

Los niños son bastante centrados en sí mismos con respecto a sus propias representaciones; es decir, el "descentrarse" (ver, por ejemplo, Beck 1976; Bedrosian y Beck 1980) es casi imposible. Es como si ellos asumieran que todas las demás personas ven las cosas igual que ellos. Es absolutamente imposible para ellos entender que otros pudieran tener puntos de vista distintos. No sienten ninguna necesidad de justificar su razonamiento ante otros o ante sí mismos, dado que es extremadamente difícil para ellos considerar los resultados de sus procesos de pensamiento como "objetos" de pensamiento nuevo. El rasgo distintivo de esta edad es que, aun cuando la niñez pueda responder y resolver problemas planteados verbalmente, son casi incapaces de verbalizar las soluciones que encuentran (Elkind 1970). Poco a poco, a medida que llegan al sexto año, el número de errores de ensayo para encontrar soluciones disminuye; parece que con el aumento de sus capacidades de internalización y el uso del lenguaje ellos pueden confiar más y más en las manipulaciones mentales.

En este período, el modo imaginal de representación del pensamiento juega un papel esencial en el razonamiento y en la resolución de problemas. El uso de lenguaje internalizado (diálogo interno) como un mediador en la resolución de problemas es bastante elemental y probablemente es útil fundamentalmente en prolongar el proceso imaginal en lugar de sustituirlo. En otras palabras, el pensamiento durante la infancia tiende a operar fundamentalmente a través de imágenes de la realidad relativamente estáticas y concretas. En oposición a lo que ocurre en las fases siguientes, durante las cuales las operaciones mentales formales se hacen posibles, los pensamientos se parecen mucho a secuencias de acciones explícitas. A esta edad, los niños se limitan a reescanear mentalmente las secuencias concretas, reales, como si estuvieran involucrados en una acción explícita. Uno de los aspectos funcionales más interesantes de esta concreción es lo que Piaget llama "realismo infantil": las cosas son lo que parecen ser en una percepción inmediata centrada sobre sí mismo, sin posibles alternativas, y los fenómenos incorpóreos (sueños, emociones,

escuela primaria choca contra un trasfondo de maduración cognitivo diferente que si el mismo evento ocurriera, digamos, durante la adolescencia; por lo tanto, su efecto en la organización del conocimiento en curso será diferente. En otras palabras, es útil relatar los eventos estresantes, las fases de maduración (con los correspondientes grados variables de liberación) y períodos del desarrollo definidos a grandes rasgos (dado que es imposible recuperar fechas exactas).

pensamientos, deberes, etc.) son materializados casi en entidades tangibles.

Niñez

Durante la escuela primaria comienza a desarrollarse la capacidad para descentrar. En comparación con la centralización subjetiva de la infancia, donde toda la atención del niño está focalizada en la inmediatez sensorial, emocional e imaginativa, la atención de los niños en edad de escuela primaria se traslada hacia las propiedades formales de los objetos y a la coordinación de acciones que él o ella realizó con ellos. Así las acciones pueden ser progresivamente internalizadas y se convierten en operaciones mentales (operaciones *concretas*), asumiendo gradualmente las características de reversibilidad. Por ejemplo, el niño es ahora capaz de reconstruir las posibles condiciones iniciales de una situación dada antes de que fuera modificada por una acción en curso. Por lo tanto, las acciones internalizadas son organizadas progresivamente dentro de un sistema coordinado de acciones, condiciones para acciones y consecuencias, en una relación cercana entre sí. Un rasgo típico de este período de la niñez, en comparación a la infancia, es que la representación interna de la realidad asume una organización definida, provista de estabilidad, orden y coherencia.

Pese a la importancia de este descentramiento inicial, el pensamiento del niño todavía está bastante ligado al contexto de la experiencia inmediata. Actúan como si su tarea principal y exclusiva fuera arreglar y organizar los datos de la experiencia presente. Esta estrecha dependencia de este mundo de fenómenos, además de forzarlos a tratar a menudo con las propiedades cualitativas de los efectos o eventos uno por uno, también limita su habilidad de resolución de problemas. De hecho, aún no son capaces de usar el enfoque de ensayo de hipótesis, sino que tienen que proceder mediante ensayo y error (si bien menos que durante la infancia), basados fundamentalmente en datos concretos disponibles. Más aún, cuando la solución a un problema se ha encontrado no pueden generalizarla fácilmente a otros problemas análogos; esto los hace relativamente incapaces de entender las reglas generales o de sacar conclusiones generales de sus propios ensayos.

A pesar de esta limitación, la niñez marca un paso extremadamente importante en la liberación progresiva del pensamiento de la inmediatez de la experiencia. En el período de operaciones concretas, los niños

gradualmente empiezan a extender su pensamiento desde lo que es actual a lo que es posible. Al final de la niñez, esta extensión ha llegado al grado de constituir las premisas de la revolución de "operaciones formales" del adolescente.

Adolescencia

Con el inicio de las operaciones lógico-deductivas formales en la adolescencia, los pensamientos no sólo se alejan gradualmente del contexto fenomenal, sino que se convierten, como tales, en objeto de razonamiento ulterior.

Quizás la propiedad más importante del pensamiento lógico-deductivo tiene que ver con la relación con lo que es real y lo que es posible. Es decir, la realidad llega a ser concebida como un subconjunto particular dentro de la totalidad de eventos y cosas, un subconjunto, más aún, que no sólo puede ser experimentado sino que también es *deducible* por medio de hipótesis y teorías causales. Esta distinción entre lo que es real y lo que es posible pone en movimiento un cambio radical en la relación con la realidad. A diferencia del niño, el adolescente no sólo está interesado en ordenar y organizar los datos presentes en la experiencia inmediata, sino que también puede utilizar estos datos para elaborar hipótesis y teorías explicativas. A partir de estas teorías, él o ella ahora puede imaginar "qué podría pasar", invirtiendo así los roles lógicos entre "real" y "posible". De este modo, los procesos de pensamiento se ven ahora dominados por el tipo de estrategia hipotético-deductiva. El enfoque de prueba de hipótesis se utiliza fundamentalmente en la resolución de problemas. Mediante el razonamiento hipotético, las consecuencias implícitas de una hipótesis pueden ser inferidas y es posible descartar subjetivamente hipótesis inservibles *antes* de probarlas en la realidad. Finalmente, debemos enfatizar que en la adolescencia los contenidos del pensamiento son en gran medida proposicionales. Las entidades que el adolescente manipula en su razonamiento ya no son los datos crudos de la niñez, sino más bien formulaciones y teorías que incluyen datos de la realidad como casos particulares.

La subordinación del mundo real al mundo posible, mientras orienta la atención hacia problemas que van más allá del campo de la experiencia inmediata, también modifica el concepto de tiempo, especialmente del futuro. El futuro ya no es visto como algo vago e indefinido, como era en

la niñez; parece ser un conjunto de posibilidades definidas y proseguibles que uno puede usar al planificar su propia vida.

En psicología cognitiva frecuentemente se usan metáforas para comparar al individuo con el científico. Decimos que así como la conducta del científico está constantemente dirigida por sus teorías, así también el comportamiento de un individuo está dirigido por los conceptos que él ha construido con respecto a sí mismo y al mundo. Dentro de esta metáfora podríamos decir que la carrera científica de un individuo comienza oficialmente con la adolescencia, luego de un largo y gradual período de preparación.

Capítulo 2

DESARROLLO DEL AUTOCONOCIMIENTO

¿Cómo logramos el autoconocimiento? Sugiero que no por la autoobservación, sino haciéndonos a nosotros mismos y desarrollando teorías acerca de nosotros mismos.

—Popper y Eccles (1977)

Utilizando fundamentalmente las palabras de Eccles y Popper que señalamos en el capítulo anterior, dijimos que el “sí mismo” es de alguna manera central en la organización del conocimiento y que es una construcción “aprendida”. En este capítulo vamos a tratar algunos de los aspectos más importantes del conocimiento de sí mismo, dando por sentada la validez del “efecto espejo social” (Cooley 1902; Mead 1934). El lector podría sentir que en este capítulo las presuposiciones y las hipótesis son más relevantes que los datos experimentales; admitimos que hemos sido muy cuidadosos en nuestra discusión para no contradecir los datos experimentales ya existentes y los hechos más obviamente observables vinculados al desarrollo humano. En consideración al objetivo clínico de este libro, esperamos que el lector nos perdone la frecuente referencia a metáforas, lo que hemos hecho para evitar largas y aburridas discusiones.

Dirigiendo una vez más nuestra atención al “efecto espejo social”, nos gustaría enfatizar que este principio no solamente se refiere a la relación con otras personas, aun cuando su importancia es mucho más evidente a este nivel, sino que también refleja algunas de las modalidades básicas que parecen presidir la organización completa del conocimiento. Hablando metafóricamente, la realidad externa es como un espejo en el cual reconocemos nuestra propia imagen; más adelante elaboramos esta imagen dentro

de nuestra propia identidad, mientras que al mismo tiempo nos volvemos más o menos conscientes de ella. Por otro lado, al comienzo, el espejo de la realidad no está completo, pero es reconstruido a partir de fragmentos que gradualmente extraemos a partir de nuestra experiencia y que integramos más adelante, como si fuera un mosaico. Los fragmentos a partir de los cuales se inicia esta construcción son casi todos enteramente dados, coincidiendo con aspectos de la personalidad de los progenitores, la calidad de la relación afectiva de los padres y las características socioculturales de la familia. La razón para esto es que, al menos durante la infancia, la realidad casi coincide espacialmente con el ambiente familiar. Con posterioridad, y gradualmente, otros fragmentos (extraídos de experiencias escolares, otras interacciones sociales tempranas, vida sentimental, etc.) pueden agregarse progresivamente a la construcción. Obviamente, la forma que la construcción tiene en un momento concreto determinará el tipo y la calidad del fragmento siguiente a buscar entre los disponibles, y va a influenciar el modo cómo este fragmento se inserta en el mosaico ya existente.

En otras palabras, desde las primeras fases del desarrollo, cada ser humano abstrae activamente algunas regularidades para diferenciar e integrar dos flujos de estímulos que son distintos, pero siempre simultáneos: la percepción del mundo externo y la percepción del sí mismo. Así, cualquier información acerca del mundo externo se corresponde siempre e inevitablemente con información acerca de sí mismo. De esta manera, la elaboración del conocimiento parece ser un proceso *unitario* que ocurre a través de la interacción dinámica de dos polaridades, el sí mismo y el mundo, y que pueden igualarse metafóricamente a los dos lados de una moneda: el autoconocimiento de un individuo está siempre correlacionado con su concepto de la realidad. No sólo las dos polaridades del conocimiento parecen parte de la misma organización, sino que los aspectos dinámicos del aumento del conocimiento y la integración suministran la impresión de una construcción única e ininterrumpida. Los cambios ambientales y corporales son vivenciados mientras se pasa de una fase de desarrollo a la otra, y la organización del conocimiento alcanzada en cada fase no es cancelada por los descubrimientos y adquisiciones posteriores. Más bien, como lo indica claramente el trabajo de Piaget, cada fase de la organización del conocimiento se convierte en el punto de partida para la evolución de la fase siguiente y finalmente es absorbida o integrada dentro de ella (cf. Flavell 1963).

Durante la infancia temprana (desde el nacimiento hasta los 2 años) se establecen los prerequisites básicos para el desarrollo ulterior del conocimiento. El primero de éstos es la construcción de una experiencia perdurable, es decir, el reconocimiento de que los objetos y las personas existen aun cuando estén perceptiblemente ausentes. La construcción de experiencia perdurable implica el descubrimiento de "autopermanencia": cuando los niños son conscientes de alguna manera que la existencia de otros objetos no es contingente a su propia presencia, ellos son capaces de demarcar lo que es el sí mismo y el otro. Entonces, la permanencia de los objetos y la autopermanencia se desarrollan lado a lado (alrededor de los 8-9 meses; cf. Lewis y Brooks-Gunn 1979).

La autopermanencia implica una forma rudimentaria de reconocimiento de sí mismo que permite a los niños alternar más y más activamente en la relación en curso con sus progenitores. Otro prerequisite básico para el desarrollo posterior del conocimiento está probablemente tomado de la calidad de esta relación: una especie de "tonalidad de sentimientos" acerca del mundo social, similar al concepto de "confianza básica" de Erikson (1963). A grandes rasgos, esta tonalidad de sentimientos básicos corresponde al esquema emocional que suministra la información de que el mundo social es más o menos confiable, o a la expectativa de cuán satisfactoriamente serán satisfechas nuestras necesidades. El factor principal que determina la calidad de esta tonalidad de sentimiento es, desde luego, la calidad de la respuesta dada al niño por los cuidadores. Especialmente durante el período temprano de la vida, los niños van a adquirir un sentimiento de que el mundo y las personas dentro de él son confiables mientras mayor sea la atmósfera de aceptación incondicional brindada por sus padres más allá del cuidado y la protección necesarios. El período crítico para adquirir esta tonalidad de sentimiento parece situarse alrededor de los 2 años de vida (Elkind 1970). Al final de este período, con la posesión de los dos prerequisites básicos ya mencionados y la capacidad de caminar autónomamente y de manejar un lenguaje rudimentario, los niños pueden avanzar en la adquisición de nuevos conocimientos y organizarlos en una estructura cada vez más compleja. El posterior desarrollo del conocimiento es regulado principalmente por la información acerca del sí mismo y el mundo que los niños obtienen a través de sus vínculos emocionales con los otros significativos y por las características de las fases que el crecimiento cognitivo imprime sobre el proceso de aprendizaje.

Proseguiremos con nuestra discusión respecto al desarrollo posterior del autoconocimiento usando los mismos pasos utilizados en la descripción del crecimiento cognitivo en el capítulo anterior.

INFANCIA Y AÑOS PREESCOLARES

A medida que los niños adquieren una representación interna estable de sí mismos y de los miembros de su familia, se hacen más capaces de elaborar planes y estrategias no sólo tendientes a buscar cercanía física, sino también para buscar activamente la modificación de la conducta de sus cuidadores. Es posible que las estrategias para relacionarse de un niño determinen al menos parcialmente la calidad de la respuesta de su figura de apego: mediante un refuerzo (o confirmación) recíproco, la relación padre-hijo adquiere gradualmente una forma distintiva. Dentro de esta relación recíproca, se hace asequible nueva información al niño, y su modelo representacional de sí mismo y de las personas correspondientemente se torna más articulado. Las "predicciones" anteriores con respecto a cómo obtener contacto físico por lo general aumentan, y las predicciones concernientes a la disponibilidad relacional y emocional son agregadas al modelo. Como plantean Lewis y Brooks-Gunn (1979, p. 230), "Cualquier conocimiento adquirido acerca del otro debe también obtenerse sobre sí mismo". Es decir, si los otros, como un espejo, proveen al niño una imagen de sí mismos, esto no permanece tan sólo como un dato sensorial, sino que más bien orienta y coordina la autopercepción hasta que son capaces de percibirse a sí mismos coherentemente con ella.

Influencia del apego emocional

Como dijimos en el Capítulo 1, la teoría del apego puede ser considerada como un paradigma integrativo del desarrollo. La influencia del vínculo emocional con los cuidadores en el desarrollo del conocimiento de sí mismo puede ejemplificarse de varias maneras a la luz de esta teoría.

Un buen apego emocional recíproco con sus cuidadores permite al niño percibirse a sí mismo como capaz de obtener afecto, disponibilidad y protección de parte de las personas que lo rodean, mientras que la "tonalidad de sentimiento" positivo previo acerca del ambiente social se formaliza dentro de una idea primordial de que las personas son confiables. En circunstancias donde la calidad de la relación emocional con los padres

está seriamente distorsionada, es posible que los niños lleguen a percibirse a sí mismos como incapaces de obtener afecto, disponibilidad y protección por parte de los demás. Por lo tanto, pueden construir una imagen de sí mismos no querible conectada a una impresión de que las personas que los rodean no son fiables.

Obviamente, las situaciones responsables del desarrollo de imágenes con connotaciones de no ser querido y de poca confiabilidad son múltiples. Los padres pueden ser desapegados de sus hijos (por ejemplo, por un embarazo no deseado), la dedicación a sus hijos puede ser discontinua o fluctuante (como resultado de problemas de pareja o problemas sociales conectados al trabajo) o pueden estar afectados por desórdenes neuróticos o psicóticos que pudieran limitar, hasta cierto punto, sus habilidades en relación a sus respuestas emocionales. Otro ejemplo de apego "patógeno" puede ocurrir cuando los padres intentan obtener control sobre la conducta del niño mediante la amenaza de abandono o de quitarles el amor. Si más adelante tales amenazas son efectivamente seguidas por períodos concretos de separación (hospitalización de uno de los padres como resultado de una enfermedad, separación conyugal de los padres, necesidades de trabajo, etc.), éstos pueden ser percibidos por el niño como dirigidos directamente hacia él y provocados de alguna manera por él. (Como señala Rutter 1972, no es la separación en sí misma la que influye en el niño, sino la calidad de la relación que la precede, la acompaña y la sigue).

Estas experiencias efectivamente hacen que los niños teman perder a uno de sus cuidadores y pueden producir una especie de "apego ansioso" (Bowlby 1969, 1973), caracterizado por la búsqueda de contacto y protección incesante, estereotipada y repetitiva por parte del niño. De un modo circular, este tipo de conducta infantil puede incluso estabilizar el modelo establecido de relación, ya que las amenazas de deserción o retiro del amor terminan siendo instrumentos de control cada vez más efectivos.

Como ya señalamos, la calidad emocional del apego también influye en el proceso de desapego. Esta influencia puede hacerse más manifiesta precisamente cuando el niño empieza a caminar y hablar. Los progenitores parecen ser un factor clave en este proceso, no sólo en sus respuestas implícitas y explícitas a las iniciativas de desapego del niño, sino también porque ellos representan "una base hogareña segura" cuando éste se aventura en la exploración de su ambiente. Así, los niños con un apego ansioso seguramente estarán inhibidos en su exploración del ambiente

aun cuando sus padres estimulen el desapego, dado que gran parte de su atención estará dedicada a mantener la cercanía física con sus cuidadores, hacia los cuales ellos están cultivando una sensación de pérdida inminente. Se agrega a lo anterior la incertidumbre acerca de la disponibilidad de los padres y de una "base" segura con la que contar cuando ellos se asusten por algo mientras exploran, lo que limitará sustancialmente la frecuencia y duración de sus excursiones exploratorias.

Interferencias parentales en el proceso de desapego

La posible interferencia parental en el proceso de desapego puede contribuir a que los niños desarrollen creencias primitivas referentes a la poca confiabilidad del ambiente y una sobreestimación del peligro potencial de sus novedades, junto con una limitada "confianza en sí mismo", esto es, creencias con respecto a la inadecuación de sus propias capacidades para enfrentar el ambiente. Obviamente, este tipo de desarrollo del autoconocimiento daña seriamente la capacidad del niño para tolerar períodos cada vez mayores de separación; la conducta "inmadura" de búsqueda de contacto tenderá a persistir hasta la época escolar.

El parvulario durante la infancia y más tarde el comienzo de la escuela representan situaciones claves en que el observador externo puede reconstruir tanto el grado de autonomía del niño (indicado por su capacidad para tolerar separaciones breves) como la calidad de las respuestas parentales que han intervenido en el proceso. Blurton-Jones y Leach (1972) estudiaron la conducta de un grupo de niños de 2 a 4 años que estaban yendo al parvulario por primera vez, correlacionándola con la conducta de sus madres al momento de la separación y de encuentro (cuando ellas regresaban a buscarlos). Observaron que la pauta relacional de los niños que reclamaban más al momento de separación ("llorones") estaba más centrada en la búsqueda de contacto físico con sus madres ("relación de aferramiento"), mientras que la pauta relacional de aquellos que aceptaban gustosos la separación ("no llorones") se orientaba más hacia la búsqueda de atención y aprobación ("relación habladora y sonriente"). La variable significativa parecía ser la "respuesta de sonrisa" que existía entre la madre y el niño, como si la sonrisa —una señal de la disposición materna a responder positivamente a las necesidades del niño— pudiera funcionar como un sustituto efectivo de la cercanía física. Como contraparte, las madres de los llorones, a pesar de su mayor tendencia al contacto físico

con sus hijos, mostraban una significativa menor frecuencia de respuestas sonrientes en su repertorio de conductas expresivas.

Otro ejemplo de cómo las actitudes de los cuidadores hacia la separación puede influenciar la conducta exploratoria del niño es dado por el "cuidado maternal excesivo". Además de brindar excesiva atención al bebé, la madre "sobreprotectora", en forma algo inconsciente, reprime las iniciativas de desapego y exploración, tratando de mantener al niño constantemente cerca de ella. En este tipo de situación, los niños pueden formarse una autoimagen que contiene elementos contradictorios: por una parte, la atención y los cuidados maternos pueden darles un sentido positivo de autoaceptación y de ser queribles, y por otra, simultáneamente la interferencia en el desapego limita el sentido de confianza en sí mismo en relación a sus capacidades exploratorias autónomas. El intento de encontrar una integración satisfactoria de estos aspectos contradictorios de sus propias imágenes puede representar uno de los hilos conductores que posteriormente regulan la gama de modelos a imitar así como los ámbitos de experiencia considerados como significativos durante la niñez y adolescencia.

Realismo infantil

Cabe recordar que el nivel de desarrollo cognitivo determina cómo el niño procesa la información disponible. En la infancia, el nivel cognitivo alcanzado es el período de egocentrismo y realismo infantil caracterizado por una absoluta predominancia del esquema imaginario. Dado que el lenguaje interno apenas se usa, es imposible descentralizar estas imágenes que para el niño corresponden a la realidad absoluta. En otras palabras, estos esquemas imaginarios, de intenso coloreamiento emocional (esquemas emocionales) porque derivan de experiencias concretas anteriores cuyo contenido está formado principalmente de sentimientos, conllevan información esencialmente tácita y analógica del sí mismo y de los demás. Es notoria la consecuencia de esta información tácita y fuertemente teñida emocionalmente (que es imposible de verbalizar por el niño porque aún no domina las sutilezas del lenguaje). Ya que con toda probabilidad la verbalización permite dar dimensiones temporales e históricas a los datos disponibles, los esquemas emocionales (tácitos) son principalmente "presentidos". Esto es, sin la posibilidad de insertarse en un marco temporal, estos esquemas llegan a corresponder como tales a la realidad, y por lo tanto, su

naturaleza es particularmente estable. Así, se convierten en una especie de núcleo primordial del conocimiento, que es tomado como "cierto" y preservado así porque no es "pensable" o criticable. Como han argumentado Berger y Luckmann (1966), este "protorrealismo" probablemente cumple una importante función adaptativa en la ontogenia. La estabilidad en la cual se funda nuestro sentido de unicidad y que continuamente notamos al percibir nuestra identidad personal posiblemente dependa de ella.

El realismo infantil hace que los vínculos emocionales entre los padres y los niños sean idiosincrásicos. Los niños no internalizan el mundo de sus seres significativos como uno de los mundos posibles, sino como *el* mundo, el único que existe y el único concebible. La relación temprana entre hijos y padres es absolutamente única. Por un lado, los niños tienen la necesidad compulsiva de contacto, afecto y protección —su supervivencia depende de ellos. Por otra parte, durante muchos años no serán capaces de visualizar una relación alternativa a la que las contingencias históricas les han impuesto (Berger y Luckmann 1966). Dentro de un vínculo emocional sin alternativas, los padres son los únicos mediadores posibles en el mundo; por lo tanto, ellos tienen un rol extremadamente importante en determinar qué información sobre sí mismo y el mundo será considerada significativa y cómo será procesada.

En un trabajo reciente, Bowlby (1979) llamó la atención respecto a algunas consecuencias interesantes de esta situación peculiar. Por ejemplo, cuando los padres determinan la exclusión de alguna información ambiental importante, los niños se ven obligados a negar los testimonios de sus propios sentidos y a aceptar puntos de vista paternos. Con bastante frecuencia, al parecer, los niños que más tarde desarrollarán desórdenes emocionales observan escenas que sus padres preferirían que no vieran (por ejemplo, suicidios o intentos de suicidio, dramas familiares relacionados con infidelidades, etc.). Hay gran cantidad de información que sustenta la hipótesis de que los niños, cuando son sometidos a presiones parentales o están meramente conscientes de los deseos paternos de evitar discutir ciertos temas, generalmente acceden a los deseos de sus padres, excluyendo de un posterior procesamiento lo que ellos ya han registrado. La consecuencia de esta exclusión es una aparente falta de conciencia de lo que ha ocurrido: es como si ellos nunca hubieran observado estas escenas ni hubieran extraído ciertas impresiones o emociones de ellas. El excluir esquemas ya formados del procesamiento subsiguiente impide que

más adelante los verbalicen, es decir, que los transformen en objetos de pensamiento. Sin embargo, aun cuando sean escasamente reconocibles, estos esquemas van a funcionar como un tipo de "imágenes de criterio", que brindarán un tema central para la organización progresiva de estados emocionales. Más específicamente, es muy posible que toda vez que estos esquemas emocionales se excluyan del proceso de pensamiento, van a influenciar la diferenciación emocional contribuyendo a la exclusión de sentimientos definidos del repertorio emocional e imprimiendo un sentimiento de desconfianza hacia las capacidades sensoriales e intelectuales propias (y/o el desarrollo de una desconfianza básica acerca de las intenciones de las demás personas).

Aparte de estas situaciones dramáticas (y afortunadamente raras) hay otras más sutiles que frecuentemente se descubren en el curso de la psicoterapia individual o familiar: situaciones en que los datos concernientes al mundo privado de los pensamientos y las emociones son excluidos de un procesamiento posterior debido a la influencia de los padres. A pesar que estas situaciones son bastante extendidas —casi una regla en familias con estilos de comunicación distorsionados—, son más difíciles de reconocer que las anteriores, mucho más raras. Toda vez que la experiencia personal del niño difiere de las explicaciones de los progenitores acerca de los sentimientos que ellos suponen que el niño tiene, los pensamientos y emociones que el niño ya ha tenido son excluidos y la redefinición que hacen sus padres de ellos será procesada posteriormente.

Un ejemplo común es la tristeza de los niños por la separación temporal de un amigo de su propia edad; el padre niega la tristeza del niño y la redefine como felicidad por el hecho de que el amiguito vuelve a casa de sus propios padres. El típico esquema es: "No es cierto que estás sintiendo *x*. Más bien, sientes *y*". Estas situaciones tienen considerables repercusiones en la diferenciación emocional. Por una parte, pueden contribuir a la exclusión de toda una gama de experiencias emocionales desde la autoimagen de modo que será consistente con la imagen que los padres parecen aceptar más favorablemente; y por otra parte, crean un sentimiento de poca confiabilidad en relación a sus propias habilidades para reconocer y definir adecuadamente sus propios estados internos. Si este tipo de redefinición parental ocurre repetidamente, el niño puede alcanzar el punto "psicótico" de necesitar la aprobación de una persona significativa para estar seguro de que está sintiendo determinada emoción y no otra.

Función reguladora de la experiencia temprana

Al concluir esta exposición esquemática respecto a las influencias en el desarrollo del conocimiento de sí mismo del niño, puede ser útil que revise- mos brevemente la hipótesis de que las experiencias tempranas pueden tener efectos serios y perdurables en el curso del desarrollo —y, por lo tanto, en la vida del individuo (ver, por ejemplo, Rutter 1972, 1979). A pesar de que creemos que tal hipótesis está apoyada por numerosas observaciones clínicas y algunas estadísticas, también pensamos que no debiera ser interpretada de un modo determinista. En nuestra opinión, la creencia psicoanalítica de que los primeros 5-6 años de vida determinan la personalidad y vida del individuo es falsa. En el estado actual del conocimiento científico, parece más seguro asumir que las experiencias tempranas funcionan como “imágenes de criterio” que esencialmente *regulan*, pero no determinan totalmente, los procesos subsiguientes de hacer y calzar mediante los cuales el individuo construye el conocimiento sobre sí mismo y el mundo. Desde este punto de vista, las consecuencias de este aprendizaje temprano y la experiencia temprana que se hacen evidentes en la vida adulta no son simplemente una repetición o manifestación —mediante la influencia distorsionadora de mecanismos de defensa— de esquemas acumulados y reprimidos de la niñez. En lugar de ello, estas consecuencias podrían concebirse mejor como resultado de la organización del conocimiento que se ha ido estructurando progresivamente *a partir de* esas experiencias.

Así, entonces, podríamos decir que la infancia se caracteriza por la formación de un núcleo de conocimiento relativamente estable, el que es fundamentalmente tácito o implícito. Este núcleo cumple una función reguladora en la elaboración y construcción de experiencias subsiguientes mucho antes que el niño sea capaz de recordar y reflexionar sobre ellas. En uno de sus fascinantes libros, Castaneda (1972) resume de la siguiente manera la opinión de Don Juan acerca de la influencia de los adultos en la obtención de conocimiento en los niños:

Él señaló que todo el que se pone en contacto con un niño es un profesor que le describe el mundo incesantemente, hasta el momento en que el niño es capaz de percibirlo como está descrito. Según Don Juan, no tenemos ningún recuerdo de ese momento portentoso, simplemente porque ninguno de nosotros podría haber tenido un punto de referencia para compararlo con otra cosa (pp. 8-9).

NIÑEZ

La niñez representa un punto de cambio importante en el desarrollo del individuo: él o ella puede establecer relaciones más directas e inmediatas con el ambiente social a través de la escuela, y gracias a los procesos de maduración y al crecimiento cognitivo, ahora está provisto de capacidades más amplias de procesamiento de la información. El comportamiento impulsivo de la infancia, que es notablemente egocéntrico y está acompañado por un sentido de certidumbre inmediata, es gradualmente sustituido por un comportamiento más reflexivo. El niño es ahora capaz de avanzar hacia la construcción de nuevas coordenadas para relacionar distintas impresiones y conductas entre sí, es decir, se torna más capaz de descubrir reglas y formular creencias acerca de sí mismo y del mundo exterior. Los pasos más relevantes clínicamente y las influencias sobre el desarrollo del autoconocimiento se dan en esta fase de la vida pueden ser descritos bajo tres encabezamientos: identificación, el rol de los padres y el surgimiento de la concepción de sí mismo.

Imitación e identificación

Las relaciones entre el niño y las otras personas —su canal obligado para adquirir conocimientos— están notablemente influenciadas por el crecimiento cognitivo que coincide con la niñez. En las relaciones del niño con los demás, la imitación es casi el modo exclusivo de aprendizaje, mientras que durante la infancia la identificación se produce gradualmente debido al proceso de desarrollo cognitivo.

La relevancia de aprender mediante la imitación para el proceso de conocimiento humano (modelaje; cf. Bandura 1969) puede atribuirse al hecho de que implica poco esfuerzo. Mediante el modelaje, en comparación con el aprendizaje operante, se requiere menos ensayo y error y menos gasto de energía para adquirir, por ejemplo, estrategias de resolución de problemas. Si la imitación es, por así decirlo, el lado conductual del modelaje, la identificación es su aspecto cognitivo; o sea, un aspecto que se hace posible cuando el desarrollo cognitivo ha alcanzado un nivel que permite la adquisición de reglas y creencias mediante la mera observación de la conducta de modelos significativos y de opiniones verbalizadas¹. La

¹ Uno podría observar que el modelaje cognitivo también es importante en otro sentido: sin la “identificación” de un niño con modelos significativos, mucha información que tiene que ver con

definición del término "identificación" es bastante debatible, y muchos clínicos que no tienen simpatía hacia el enfoque psicoanalítico prefieren ni siquiera usarla. Sin embargo, es una observación relativamente común en la práctica clínica que los individuos tienden a asemejarse a las personas con las que se relacionan. Los niños y los adolescentes, en particular, suelen exhibir conductas y estilos cognitivos muy similares a los de sus padres².

Por lo tanto, el modelaje cognitivo, o identificación, parece importante para entender muchos fenómenos clínicos y merece algunas observaciones especiales.

Para comenzar, la identificación no involucra simplemente una falsificación directa y pasiva del conocimiento de otras personas. Por el contrario, el individuo selecciona activamente aspectos de las actitudes de su modelo para imitar y reconstruir estos datos en base a las estructuras cognitivas que ya posee. Por lo tanto, la atención selectiva constructiva del individuo y los procesos de retención definitivamente son decisivos en el modelaje cognitivo (cf. Rosenthal y Bandura 1978).

La presencia de un involucramiento emocional también parece ser importante en el modelaje cognitivo, pese a que no está muy claro cómo promueve este proceso. En cierta medida, la tendencia a asumir los puntos de vista y las conductas del modelo no depende de su resultado, e incluso a veces ocurre a pesar de su resultado. Variables tales como admiración, fe en las capacidades del modelo y empatía (distintivos típicos de una

el autoconcepto se mantendría en un estado extremadamente fragmentario, mientras que la identificación daría una especie de matriz donde estos datos pueden encontrar una primera organización o estructura básica.

² A veces, en una revisión más cuidadosa, surgen asombrosas semejanzas donde bajo una observación superficial se veía una fuerte discrepancia —o incluso una nítida oposición— entre las actitudes de los padres y los hijos. Por ejemplo, un hijo hippie de un padre conservador afirmó que él sólo estaba viviendo según las quejas verbales de su padre respecto a lo duro de trabajar en la sociedad contemporánea: "Cuando yo era niño, mi padre siempre repetía que era un sacrificio enorme ir a trabajar cada mañana en una ciudad con tanto tráfico y un aire espantoso. ¿Por qué, entonces, él se extraña que yo me niegue a trabajar y trate de vivir agradablemente en el campo?". Otra instancia es la de una hija muy promiscua con una madre extremadamente religiosa. Resultó que la madre quería ser monja antes de casarse, pero había renunciado a su deseo a causa de sus fuertes "tentaciones sexuales", sintiéndose siempre muy "excitada" por los temas sexuales que aparecían en los diarios, aun cuando los condenara. También vemos otro ejemplo en el caso del hijo izquierdista de un padre de derecha. Ambos estaban fascinados por la "revolución", la única diferencia era la predilección por la manera trotskista o hideriana de planificar transformaciones violentas de la sociedad.

relación afectiva) pueden intervenir en promover la identificación con un modelo que obviamente no es exitoso socialmente. Un sentimiento de solidaridad que aflora de la intención de compartir la "exploración" del mismo mundo con el modelo puede agregarse a las influencias emocionales en el modelaje cognitivo.

Otro aspecto relevante del modelaje cognitivo es que los niños no parecen identificarse con un solo modelo; más bien, seleccionan toda una gama de modelos distintos (padres, hermanos, niños de la misma edad, profesores, etc.), ordenándolos de acuerdo a criterios jerárquicos basados fundamentalmente en la significación de su relación con estos modelos. Las variables fundamentales que operan al seleccionar una gama de modelos posibles podrían ser estas dos:

1. La calidad del núcleo de conocimiento formado durante la infancia. Este núcleo dirige la percepción del sí mismo y las características de los demás y por lo tanto *influye* la opción de modelos posibles, los que tendrían que caer dentro del rango de estas atribuciones preformadas.
2. La disponibilidad de modelos alternativos (a los familiares) en la red social en que vive el niño.

Si el número de candidatos para el modelaje es pequeño (interacciones sociales reducidas fuera de la familia, una exploración social impedida debido a intolerancia parental al desapego, etc.), es posible que el niño escoja como su modelo principal a uno de los padres, aquel con el que tiene la relación emocional más *intensa, indiferentemente de la característica negativa o positiva de esa relación*. En otras palabras, incluso en una relación "negativa" con uno de los padres (frecuentes disputas, oposición recíproca, etc.), el compromiso emocional puede ser lo suficientemente intenso como para causar efectos de modelaje. Esta impresión, que se extrae fácilmente de las observaciones clínicas de los pacientes que muestran tanto una relación muy negativa con uno de sus padres como una clarísima "identificación" con ese mismo progenitor, podría aparearse al hecho bien sabido que muchos niños manipulan activamente el nivel de estimulación emocional en la relación con sus padres, prefiriendo ser golpeados o castigados antes que ignorados. En otras palabras, los niños que han elegido un padre desapegado como modelo (debido a la falta de modelos alternativos

y al efecto del núcleo preformado de autoconocimiento) podrán anhelar obtener a lo menos su atención "punitiva", y la "mala" relación que por lo tanto se establece no influencia negativamente el proceso de modelaje. Las implicancias de tal situación de modelaje para entender cierto tipo de conductas y cogniciones adultas "neuróticas" (por ejemplo, la "ambivalencia" hacia sí mismo y otras personas significativas, las conductas rebeldes provocativas que aparecen tan pronto se establece una relación positiva, etc.) quizás son obvias para el lector.

Por último, debíamos indicar que la identificación se lleva a cabo fundamentalmente mediante un proceso de aprendizaje implícito (*cf.* Bandura y Huston 1961, para una descripción de la identificación como una forma de aprendizaje incidental o latente). De acuerdo a Bandura y Huston, una parte muy significativa del modelaje cognitivo tiene que ver con conductas y actitudes que son insignificantes e implícitas en relación a la situación concreta observada. En comparación con la toma de conciencia focal del momento, el aprendizaje a través del modelaje puede ser descrito como "latente". Un sencillo ejemplo podría aclarar este aspecto y también explicar algunas diferencias entre imitación e identificación.

El fin de semana un niño ayuda a su padre a limpiar las flores del jardín. Mientras el niño imita *explícitamente* la conducta del padre, también puede copiar tácitamente (identificación) la actitud emocional del padre (placer o disgusto) hacia esta labor. En lo que a resultados prácticos de este aprendizaje se refiere, la actitud emocional del padre no es sólo implícita, sino también incidental. La atención del niño está focalizada en las acciones que su padre ha llevado a cabo; él tiene que aprenderlas si quiere cooperar. Sin embargo, la copia tácita de la actitud emocional del padre hacia ese trabajo en particular (que podría, de hecho, corresponder a sus creencias respecto a su rol en el hogar, sobre cómo se está llevando la familia, etc.) puede tener una historia mucho más larga. La percepción del niño de la conducta "insignificante" de su padre puede producir un esquema emocional que va a funcionar como "imágenes de criterio" al mediar el desarrollo de actitudes equivalentes, y estas actitudes a su vez se van a manifestar cuando el niño sea nuevamente requerido para trabajar en la casa. Más aún, estas actitudes emocionales podrían influenciar la construcción de las propias creencias del niño acerca del rol que él, como hombre, debe asumir en el hogar. Es obvio que en este ejemplo simplificado hemos dado por sentado que la relación emocional entre el

padre y el niño es suficientemente buena como para asegurar una rápida identificación, que no hay otros modelos en competencia para el niño, en lo que a "trabajar en casa" se refiere y que no hay influencias adversas a la identificación (por ejemplo, la percepción negativa de la madre acerca de las actitudes emocionales del padre).

Nuestra discusión ha sugerido que las variables conductuales, emocionales y puramente cognitivas coexisten en la identificación. Y lo más probable es que debido a las crecientes capacidades lógico-deductivas, las variables cognitivas adquieran mayor importancia a medida que el niño se acerca a la adolescencia.

Rol de los padres

La identificación con un progenitor del mismo sexo (o con un modelo alternativo) durante la niñez es para el niño ciertamente importante aunque no absolutamente esencial para desarrollar su autoconcepto como hombre o mujer y en la elaboración de los atributos de la masculinidad o feminidad.

A pesar que el niño es para sí mismo un objeto a conocer, el conocimiento sobre el propio sexo (así como otros aspectos del autoconocimiento) no puede obtenerse únicamente observando el propio cuerpo. Junto a los resultados de la autoobservación, las probables disposiciones innatas ligadas al sexo que predisponen al niño a ciertas conductas, además de las definiciones verbales de otras personas acerca de su rol genérico, harán que el niño, al menos durante esta fase, tienda a elegir un modelo homólogo de donde extraer un conjunto de regularidades que lo ayudarán a definir su "identidad genérica" (Money y Ehrhardt 1972). Esto no significa que el progenitor del sexo opuesto sea ignorado o no sea una gran ayuda en la definición de la identidad de género. Por el contrario, este progenitor además de proveer de apoyo emocional e instrumental al niño, se convierte en el elemento de comparación mediante el cual el niño —y más adelante el adolescente— podrá percibir y reconocer la especificidad de la relación con los padres homólogos. En otras palabras, mientras el niño se acerca a la maduración sexual de la adolescencia, el padre del sexo opuesto puede adquirir el importante rol de "banco de prueba" en donde el adolescente mide la aceptabilidad y lo querible de su propia identidad de género. De más está decir que la efectividad de esa identificación sexual es influenciada por cuán claramente el modelo homólogo se presenta a sí mismo en

el rol de género. Cuando las características masculinas o femeninas de un progenitor son ambiguas y faltan modelos alternativos, el niño fácilmente puede desarrollar una identidad de género confusa.

Además de ser útil para un apropiado desarrollo de la identidad de género, el proceso de identificación con el progenitor homólogo parece tener un rol considerable en determinar cómo el niño se evalúa a sí mismo. Dickstein y Posner (1978) han demostrado en un grupo de niños y niñas de 8 a 11 años cómo la autoestima se correlaciona positivamente con la cercanía de la relación progenitor-hijo; la autoestima del varón está estrechamente asociada con la relación con el padre, mientras que la autoestima de la niña está directamente asociada con su relación con la madre.

La distinción de roles entre los progenitores es bastante específica en la cultura occidental. Si bien los factores sociales, económicos y culturales actualmente están cambiando, se agregan a factores biológicos (embarazo, amamantamiento, etc.) que hacen que la relación madre-hijo sea más cercana que la relación padre-hijo. Este hecho, sin embargo, lejos de privar a la relación padre-hijo de su significación, da lugar a variaciones cualitativas más amplias que pueden reflejarse en variadas influencias relevantes en el desarrollo del autoconocimiento del niño. En relación con esto, Lewis y Weinraub (1976) han sugerido que el rol del padre podría examinarse bajo tres encabezamientos fundamentales:

1. Cómo se describe al padre cuando está ausente. Por ejemplo, comentarios respecto al éxito o fracaso laboral del padre, o sobre su actitud hacia los altibajos de la vida, brindan información al niño acerca de lo que caracteriza la masculinidad, de cómo él o ella debería comportarse cuando sea adulto, sobre qué peligros hay que tener en cuenta, etc.
2. La calidad de la relación madre-padre. El apoyo emocional que el padre otorga a la madre es un punto importante de observación a partir del cual el niño puede formarse expectativas y creencias acerca de la naturaleza de las relaciones afectivas. En particular el niño varón va a construir reglas que tienen que ver con el rol masculino en la relación afectiva (siguiéndolas o rebelándose ante ellas posteriormente de acuerdo a la calidad de su relación con el padre), mientras que la niña va a construir reglas acerca de lo que ella puede esperar de un

hombre en una relación afectiva, estableciendo por lo tanto un primer "borrador" de sus futuras estrategias de acercamiento-evitación hacia los hombres.

3. La interacción observable del padre hacia la red social de la familia. Esta interacción le va a permitir al niño formarse un completo set de reglas sobre cómo actuar en las relaciones sociales y cómo encarar el mundo externo.

A medida que la niñez evoluciona (más aún durante las fases adolescentes), los jóvenes pueden tener dos figuras de apego, la madre y el padre, ambos con autoridad sobre ellos y que pueden tener diferentes opiniones y expectativas para ellos. De acuerdo a Lewis y Wainraub (1976), esta divergencia puede actuar como un estímulo en la diferenciación de su identidad personal, ya que puede aumentar la capacidad de discriminación y por lo tanto las destrezas de autoanálisis. Más aún, los intentos de integrar estas divergencias pueden llevar a un compromiso consigo mismo estable y bien definido en la postadolescencia. Sin embargo, si la divergencia es tan grande que los intentos de integración fracasan, la construcción de una identidad personal (y, por lo tanto, de autoestima) puede verse influenciada negativamente.

Una de las caricaturas de Jules Feiffer ilustra muy bien este punto. En la caricatura, un hombre confidencia a un amigo: "Yo soy igual a mi padre: el modo de caminar, su estilo de comportarse, la manera de hablar, su mentalidad". "¿Y qué pasa con tu madre?", interrumpe el amigo. "De ella aprendí a despreciar a mi padre", le contesta.

Surgimiento de la concepción de sí mismo

Durante la niñez emerge gradualmente un concepto estructurado de sí mismo. Los niños se vuelven capaces de describir los elementos que caracterizan su masculinidad o feminidad, los rasgos distintivos y los hábitos de su "personalidad", así como los valores y deberes que deben cumplir.

Sin embargo, en un plano puramente cognitivo, las definiciones conceptuales del yo que los niños son capaces de formular todavía están ligadas estrechamente a las situaciones concretas que las sugieren y a definiciones episódicas dadas por parientes, otros niños, profesores, etc. En el nivel emocional, tanto la autoestima como el control de los sentimientos y emociones están directamente ligados a las relaciones afectivas en cur-

so. En otras palabras, a pesar que el niño puede describirse a sí mismo como una persona, su identidad personal apenas está delineada, y tiene mediano éxito al definirla fundamentalmente a través de la identificación (por ejemplo, "Yo soy como mi papá") y a través de claves ambientales (por ejemplo, "Soy un niño bueno. No rompí el vaso. Juan es malo, él lo rompió").

La brecha descrita aquí es característica de la niñez. En la progresiva organización del conocimiento, los niños elaboran reglas, creencias y opiniones acerca de sí mismos y la gente que los rodea; sin embargo, como vimos en el Capítulo 1, la estructuración cognitiva de estas reglas no puede ir más allá del contexto específico en que se originaron. Los estudios acerca del desarrollo metacognitivo (Flavell 1977) claramente apoyan la hipótesis que los niños (a diferencia de los adolescentes y los adultos) no monitorean sus recuerdos y comunicaciones o sus percepciones y evaluaciones.

El niño pequeño convierte los mensajes en representaciones cognitivas y viceversa, pero ambos —mensajes y representaciones— le son en gran medida invisibles. No se convierten ellos mismos en objeto de escrutinio cognitivo y evaluación, y la generación continua y la recepción por parte del niño pequeño no son conscientemente monitoreadas por él (Flavell 1978, p. 234).

Por lo tanto, las estructuras primitivas de la identidad personal son reelaboradas continuamente en un nivel estrictamente "intuitivo" y "prelógico" y se hacen manifiestas fuera del contexto original únicamente a través del juego, fantasías, cuentos de hadas o historias con héroes o heroínas con los cuales los niños se identifican. Es a través de estas actividades que un observador atento puede reconstruir los conceptos del sí mismo y del mundo en desarrollo que el niño es incapaz de sistematizar³.

El desarrollo cognitivo logrado hasta este punto no permite al niño hacer ese descubrimiento "intelectual" de sí mismo que va a caracterizar

³ Dado que la identificación con héroes o heroínas de los cuentos de hadas es la primera ocasión en la vida en la que los constructos de una identidad personal empiezan a tomar una forma definitiva, es útil en la práctica clínica preguntar a los pacientes adultos qué tipo de cuentos de hadas preferían durante la niñez (cf. Berne 1972).

la adolescencia. Sin embargo, la estructuración lógico-conceptual que es típica del adolescente va a empezar a tomar forma a partir de esta reelaboración "prelógica" de los contenidos "intuitivos" y fantásticos del autoconcepto y de las concepciones del mundo que tiene el niño.

ADOLESCENCIA

Con la adolescencia, el individuo evoluciona hacia una notable reorganización personal. En este período se concentra un completo conjunto de transformaciones profundas: cambios físicos y emocionales relacionados con la maduración sexual atraviesan los cambios intelectuales conectados con la aparición del pensamiento abstracto. Empujados por los cambios y por las exigencias de las demás personas de una conducta más adulta, los adolescentes luchan por comportarse de acuerdo a valores, objetivos e ideales "adultos".

Luego de un desarrollo lento y gradual, el adolescente parece bien equipado con las habilidades necesarias para una relación autónoma con la realidad externa y para una organización formal del autoconocimiento. Sin embargo, a pesar que el repertorio cognitivo parece casi completo, su uso pleno por lo general es retrasado hasta la adultez temprana. Tal vez debido a las influencias sociales que retardan la autonomía económica, pero más probablemente debido a las repercusiones de las novedosas transformaciones que han tenido lugar, los adolescentes parecen tender mucho más a analizar y a observar las nuevas dotaciones cognitivas y somáticas que a encontrarles un uso práctico.

Esta es la llamada fase del egocentrismo adolescente. A diferencia de los niños en su fase egocéntrica infantil, en que son absolutamente incapaces de asumir los puntos de vista de otras personas, los adolescentes tienen muy desarrollada esta capacidad. Ellos son perfectamente capaces de captar y teorizar acerca de las opiniones de otras personas y de compararlas con las propias. Sin embargo, es como si toda esta teorización fuera un fin en sí mismo, dirigida a nutrir un nuevo autoconcepto que incluye una conciencia orgullosa de su capacidad para utilizar elaboraciones teóricas y planes, que incluso puede cambiar la apariencia fenoménica de la realidad. Teorías, opiniones políticas y/o modas sociales son típicamente extremas y raramente influenciadas por una constatación con la realidad. Efectivamente, a veces pareciera como si la realidad debiera doblegarse

ante la voluntad del adolescente. Esta contraposición entre las teorías propias y la realidad existente generalmente desaparece poco a poco en la adultez, cuando las propias opiniones (en menor o mayor medida) pueden ser progresivamente consideradas no como antagonistas inevitables de la realidad, sino más bien como capaces de interpretarla y ser eventualmente capaces de adaptarse a ella o a un esfuerzo bien diseñado para modificarla.

En esta sección consideraremos tres aspectos importantes de cómo las transformaciones adolescentes influyen en el desarrollo del autoconocimiento: la formalización del autoconcepto, el modelaje cognitivo y la autonomía de la familia.

Formalización del autoconcepto

La posibilidad de considerar los pensamientos y las emociones propias como objetos de pensamiento, y la consecuente habilidad para elaborar teorías causales verdaderas acerca de ellas, permiten la progresiva emergencia de una conciencia de sí mismo. Efectivamente, uno de los rasgos típicos de los adolescentes es su fuerte tendencia al autoanálisis y al diagnóstico de su personalidad. Esta actividad introspectiva tiene importantes efectos en la formalización conceptual del sí mismo.

Montemayor y Eisen (1977) han estudiado longitudinalmente el desarrollo del autoconcepto, siguiendo a un grupo de niños desde la niñez hasta la adolescencia. Han encontrado que el autoconstructo, que es concreto y relativamente indiferenciado durante la niñez, gradualmente se hace más articulado hacia las fases finales de la adolescencia —hasta que llega a caracterizarse por un alto nivel de abstracción—, está bien diferenciado del contexto y aparece jerárquicamente organizado. En otras palabras, mientras que los niños se describen a sí mismos de una manera extremadamente concreta, relacionada fundamentalmente al ambiente familiar, los adolescentes se describen en términos de creencias personales y actitudes. Por ejemplo, cuando un niño habla sobre deportes, podrá decir: "Me gusta el fútbol" y describir concretamente cómo él juega, mientras que un adolescente diría: "Yo tengo aptitudes para el deporte" e ilustraría sus creencias respecto a la utilidad del acondicionamiento físico.

El énfasis adolescente en aspectos más abstractos y cualitativos de sí mismo demuestra que está emergiendo una definición formal organizada de la identidad personal. Sin embargo, en esta fase del desarrollo, el mundo

conceptual de creencias e hipótesis sobre sí mismo y la realidad en la cual se funda la definición de la identidad personal, generalmente está lleno de contradicciones y aún carece de una integración coherente. Durante la búsqueda de una integración coherente, los distintos esquemas, teorías y creencias que fueron recogidos durante la infancia y la niñez son ensayados continuamente y se hacen calzar con las novedades que surgen de la maduración sexual, del crecimiento cognitivo y los cambios ambientales. A través de este ensayo y calce, la autoidentidad y la autoestima adquieren la calidad de una estructura cognitivo-emotiva estable. Hacia el final de la adolescencia, esta estructura es casi completamente independiente del contexto relacional desde donde se originaron sus elementos. La identidad personal resultante, autónoma y estable, dirigirá ahora la conducta del joven hacia ambientes novedosos, mostrando una notable resistencia al cambio.

Modelaje cognitivo

Las nuevas habilidades cognitivas emergentes en la adolescencia hacen que el modelaje cognitivo sea algo diferente de lo que fue en las fases de desarrollo anteriores.

Durante la niñez, la identificación se ve fuertemente influenciada por los aspectos emocionales de la relación modelo-observador y está en gran medida vinculada al contexto específico de las observaciones del momento. Durante la adolescencia, el componente emotivo puede estar sustancialmente reducido y el modelaje cognitivo concierne fundamentalmente a las actitudes globales hacia la vida y las creencias personales, las que pueden ser influyentes incluso cuando el modelo no está físicamente presente (por ejemplo, mediante lecturas o ensayos de memoria). Un ejemplo clínico extremo podría demostrar cómo se hace posible en la adolescencia un efecto de modelaje duradero y poderoso mediante la extracción activa de las creencias del modelo, que están implícitas en sus actitudes y conductas, y también podrían explicar la razón básica de este efecto, es decir, la búsqueda adolescente de una identidad adulta satisfactoria.

Muchos años atrás tuvimos la oportunidad de observar a un joven médico que padecía de reacciones fóbicas frente a casi todo lo que tenía que ver con hospitales (pabellones, salas de operación, etc.). Dado que él mismo afirmó que nunca había sentido un entusiasmo especial por la medicina, nos sorprendió (tanto como a él) que hubiera decidido hacerse

médico, y empezamos una investigación clínica para averiguar las razones de su elección profesional.

Su familia estuvo más o menos aislada hasta el comienzo de su juventud porque vivían en un país extranjero tendenciosamente hostil y su padre no toleraba ninguna relación social que su hijo pudiera establecer. El padre era el soberano absoluto del hogar. Era un hombre de mal carácter, violento e impredecible; menospreciaba a su hijo tratándolo como si fuera un inepto o mediocre. Más aún, actuaba así con todo el mundo; podía encontrarle defectos y limitaciones a cualquiera y casi siempre tenía éxito en imponer sus opiniones acerca de los demás.

La única persona hacia la cual no tenía esta actitud era con el médico familiar. Cuando éste venía a visitarlos, el padre se mostraba abierto y cortés. El adolescente, de acuerdo a la reconstrucción psicoterapéutica de su historia del desarrollo (ver Cap. 7), notaba el cambio de actitud de su padre y, a partir de esta observación, al parecer infería que su padre creía que la profesión médica era particularmente honorable. El joven "modeló" esta creencia del padre y concluyó que si él también era médico, tal vez su padre finalmente reconocería su valor. Debido al aislamiento familiar, el padre era el único modelo disponible para el niño. Este efecto modelador también era casi completamente implícito, y el joven no estaba ni siquiera consciente de ello cuando fue a matricularse en la universidad. Dado que se había negado a matricularse a la universidad que su padre había elegido para él y había impuesto su propia opción —medicina—, estaba asombrado que a pesar de lo que generalmente sucedía, su padre no sólo no se enojó sino que pareció respetar y valorar la opción de su hijo. No se daba cuenta de lo que había ocurrido incluso cuando pidió psicoterapia como resultado de sus fobias. (La única razón plausible que tuvo en ese momento para explicar su opción profesional fue que se quería rebelar contra su padre).

Reconstruyendo la historia pudimos establecer que la deferencia y respeto que su padre demostró hacia el médico posiblemente se debían a su preocupación hipocondríaca. De hecho, el paciente fue capaz de recordar que su padre frecuentemente estaba ansioso por su propia salud y a veces era incapaz de controlar y esconder esta angustia. Sólo la visita del médico lo alegraba, restaurando su confianza en sí mismo por un tiempo. Si acaso el hijo hubiera atribuido la deferencia del padre hacia la profesión médica a su actitud hipocondríaca en lugar de una supuesta convicción en

la honorabilidad intrínseca de la profesión médica, el efecto de modelaje cognitivo hubiera sido bastante diferente. Por lo tanto, es evidente que el niño no adquirió ni directa ni pasivamente el conocimiento de su padre. En vez de eso, seleccionó una de las creencias de su padre, la cual asumió un significado específico sólo después que las relacionó a creencias sobre el valor personal y de sí mismo que el niño ya poseía.

Desde la adolescencia en adelante, es posible que muchas "unidades de conocimiento" —o "memes", por usar el término propuesto por Dawkins (1976) para los "replicadores" de genes análogos comprometidos en la transmisión de conocimiento adquirido— son adquiridas, como en el caso de nuestro paciente, mediante aprendizaje latente o implícito. Más probablemente, estos "memes" pueden aprenderse tácitamente incluso dentro de un proceso de identificación con un modelo cuya relación con el que aprende es emocionalmente "neutra", debido a la capacidad de liberación del contexto que el adolescente ya ha alcanzado. Las unidades de conocimiento tácitamente adquiridas pueden funcionar como criterios de referencia en los procesos de hacer y calzar en los cuales la construcción de conocimiento subsiguiente es llevada a cabo. En otras palabras, el modelaje cognitivo en la adolescencia y juventud puede dar lugar a la elaboración tácita de estructuras cognitivas de las cuales uno sólo se hace consciente más adelante, cuando éstas se han convertido en instrumentos operativos en el manejo de la realidad. Como plantea Robert Musil en su obra maestra, *The Man Without Qualities*, los adolescentes y los jóvenes frecuentemente consideran ridículas o aburridas las enseñanzas morales de los adultos, sólo para descubrir más tarde en la vida que a pesar de todo las han adquirido y se comportan de acuerdo a ellas.

Búsqueda de autonomía del adolescente

La maduración que trae consigo la pubertad y el crecimiento cognitivo permiten al adolescente separarse de la familia y dar inicio a una búsqueda autónoma de parejas sexuales y afectivas.

En la práctica clínica, el recuerdo de la historia adolescente frecuentemente es útil para captar el estilo del paciente de crear y romper vínculos afectivos; esta fase de la vida es la primera en la cual las representaciones internas que tienen que ver con los vínculos emocionales pueden reflejarse claramente en las conductas manifiestas, y por tanto, las pautas

conductuales observables que se relacionan con el apego y el desapego aparecen en una forma más simplificada y reconocible que durante la adultez. La influencia de relaciones "patógenas" con los padres (ver sección de los roles parentales en la niñez, p. 49) puede manifestarse ahora.

Hetherington (1972), al estudiar el comportamiento afectivo y de emparejamiento de un grupo de niñas adolescentes cuyos padres estaban ausentes, observó distorsiones muy nítidas y dificultades en su interacción con sus pares varones y hombres adultos. Las hijas de mujeres divorciadas tendían a buscar el contacto con hombres, pero una vez que lo conseguían propendían a comportarse agresivamente con sus parejas. Las hijas de viudas aparecían excesivamente tímidas y retraídas, prefiriendo la compañía de mujeres y evitando situaciones sociales donde era posible encontrarse con hombres.

Biller (1974) observó que los adolescentes varones con madres dominantes y sobreprotectoras, y con una figura paterna relativamente ausente, tomaban fácilmente la iniciativa con amigas y generalmente eran exitosos en establecer relaciones de coqueteo, pero tendían a retraerse rápidamente apenas éstas se convertían en relaciones más duraderas que requirieran un compromiso emocional más fuerte. Su estilo de conducta afectiva y sexual se parecía algo al estereotipo de Don Juan.

Los datos de Hetherington y Biller concuerdan con muchas de nuestras observaciones clínicas. A ellas podríamos agregar que estos tipos de estilos relacionales generalmente dificultan la liberación del adolescente y del joven de su familia de origen. Es más o menos evidente, y generalmente se ve confirmado por la experiencia clínica, que la imposibilidad de un compromiso emocional pleno hacia una nueva pareja afectiva dificulta seriamente el lograr autonomía de los padres.

Sin la pretensión de ofrecer un cuadro completo de los obstáculos para la autonomía que podrían hacerse manifiestos durante la adolescencia, vamos a delinear brevemente algunas pautas que a menudo se encuentran en la práctica clínica.

1. Una identificación precaria con el progenitor homólogo (debido a su ausencia, a una relación muy perturbada o a la falta de modelos alternativos). A pesar que esta situación no influencia inevitablemente el ajuste heterosexual (ver los datos ya citados de Biller), la capacidad de adaptarse a la vida conyugal y a una relación afectiva estable parece

verse adversamente afectada por ella. Por ejemplo, un varón puede tener dificultades en estructurar roles tales como esposo y padre, en tanto que la masculinidad para él tiende a coincidir esencialmente con la heterosexualidad (es decir, con un desempeño sexual que tiene su paralelo en amoríos superficiales). Asimismo, vemos que en la mujer puede haber un repertorio más o menos bueno de técnicas sociales vinculadas a la heterosexualidad, pero los correspondientes roles de esposa y madre pueden ser precarios.

2. Falta del padre del sexo opuesto (debido a muerte prematura, divorcio temprano de los padres, etc.). En estos casos, las destrezas sociales relacionadas con el cortejo o las relaciones heterosexuales pueden ser relativamente rudimentarias o inadecuadas. Tal vez con mayor frecuencia, los sujetos que han vivido este tipo de experiencias pueden considerarse a sí mismos predispuestos a ser abandonados en futuros vínculos afectivos, o de otra manera sentirse destinados a la soledad. Es posible teorizar que este tipo de autoconocimiento surge tanto del modelaje del progenitor homólogo que permanece, como de la carencia de un "banco de prueba" (ver p. 49) que permite asegurarse el ser queribles en las relaciones heterosexuales. Estos individuos generalmente parecen ser algo pasivos y retraídos en sus relaciones afectivas, o al contrario, estar predispuestos a varios tipos de conductas provocativas y agresivas hacia la pareja que, de hecho, hacen muy posible que el abandono ocurra (*cf.* la cita reciente de Hetherington).
3. Una relación conflictiva con el padre del sexo opuesto. Un padre que rechaza al sexo opuesto (es decir, descariñado, crítico, enjuiciador) hace que el desarrollo de creencias generalizadoras negativas acerca del sexo opuesto sea muy posible, particularmente si la relación conyugal entre los padres está perturbada. Como consecuencia, la vida afectiva o sexual de sujetos que han tenido este tipo de experiencias es usualmente problemática y se ve teñida de demostraciones agresivas.
4. Progenitor sobrecontrolador del sexo opuesto. Un individuo cuyo progenitor del sexo opuesto es tal vez suficientemente afectuoso pero tiende a controlar la conducta de toda la familia, puede esperar (generalmente de una manera tácita) que tal situación con probabilidad se repita en sus propias relaciones afectivas. Como consecuencia, el individuo está dispuesto a romper incluso relaciones afectivas agradables tan pronto como se convierten en un poco más comprometidas

y exigentes, buscando en forma casi compulsiva parejas no controladoras, a veces con resultados paradójicos (por ejemplo, ver Cap. 10, p. 245).

El bosquejo anterior del desarrollo cognitivo, emocional y conductual en la adolescencia está lejos de ser completo o incluso suficientemente preciso. Su objetivo es destacar algunos rasgos relevantes para el trabajo del psicoterapeuta y establecer las bases para la discusión de la organización estructural del conocimiento, tema del próximo capítulo.

Capítulo 3

UN MODELO DESCRIPTIVO DE LA ORGANIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO

Sólo si podemos imaginarnos a nosotros mismos como cuerpos actuantes y de alguna forma inspirados por la mente, es decir por nosotros mismos, únicamente entonces por medio de toda esta reflexividad —por el modo que podría llamarse una reflexividad de enlace— es que podemos hablar realmente de un sí mismo o un yo.

—Popper y Eccles (1977)

FORMALIZACIÓN DEL AUTOCONOCIMIENTO

Observaciones preliminares

El conocimiento adquirido por una persona durante el curso de su desarrollo puede estructurarse aún más con el desarrollo pleno de las capacidades lógico-deductivas durante el período que va de la adolescencia a la adultez (entre los 15 y los 20 años).

La epistemología —disciplina que trata de la constitución y evolución de las teorías científicas— puede suministrar analogías formales útiles para describir la transición cognitiva desde la adolescencia a la adultez. Según Popper (1974), esquemáticamente se pueden distinguir dos fases durante la elaboración de las teorías científicas que usamos para explorar y ordenar nuestro mundo circundante: una fase dogmática o precientífica, generalmente seguida de una fase crítica o científica. Mediante el ensayo y el error, las teorías míticas y dogmáticas se desarrollan en la fase precientífica, las que son el resultado final de la disposición innata humana de buscar y descubrir pautas de regularidades (es decir, rutinas establecidas y expectativas establecidas). Más aún, estas teorías son indispensables

para la exploración de este mundo desconocido y multiforme, dado que suministran el marco de coordenadas necesarias para clasificar y ordenar los descubrimientos que están siendo hechos gradualmente. Sólo más adelante, con el aumento de experiencias y recursos cognitivos, es posible reconocer los límites explicativos y los errores que caracterizan a las teorías míticas. Éstas pueden entonces alcanzar progresivamente una evaluación crítica y un estructuramiento lógico-conceptual que respondan a las normas de coherencia y verificación experimental.

Es importante recalcar que, tanto en la formación del conocimiento sistemático de un individuo como en la formación de las teorías científicas, la fase crítica o científica está necesariamente precedida por una fase dogmática o acrítica. Utilizando esta analogía, podríamos decir que la elaboración del conocimiento que ocurre durante el desarrollo de una persona tiene muchas características de la fase dogmática precientífica; o, usando la terminología de Kuhn (1962), es esencialmente preparadigmática. Únicamente más tarde y gracias a la emergencia del pensamiento conceptual y abstracto, sigue un proceso de reelaboración conceptual que permite una reestructuración lógica del conocimiento preadquirido, de modo que finalmente se establezca una organización del conocimiento que ha recibido una coherencia interna que la hace similar a un "paradigma científico".

En las fases de adquisición y estructuración del conocimiento también es posible encontrar analogías formales con el proceso evolutivo que ocurre a nivel biológico. Uno de los aspectos característicos de la evolución biológica es que la información se almacena primero en los genomas y luego progresivamente es decodificada durante la ontogenia en estrecha relación a las presiones del ambiente. Teniendo en cuenta que estamos comparando dos niveles de observación obviamente distintos, es posible percibir, en el desarrollo del conocimiento individual, pautas semejantes a las de la ontogenia biológica. Así entonces, durante el largo período del desarrollo humano y de cuidados parentales, el conocimiento es construido y almacenado; únicamente más tarde, cuando surgen nuevos instrumentos conceptuales en la edad adulta, puede el conocimiento almacenado ser decodificado y amplificado. En otras palabras, análogamente con lo que ocurre en el nivel biológico, la evolución del conocimiento es un proceso unitario: el autoconocimiento previamente adquirido representa la base esencial para una posterior decodificación y amplificación. Efectivamente

podríamos decir que incluso a pesar de que el conocimiento adquirido durante el desarrollo no determina totalmente las fases subsiguientes, de alguna manera define los límites dentro de los cuales ocurrirá la subsiguiente articulación y elaboración de estructuras cognitivas en respuesta a las presiones ambientales en curso. Debiera especificarse que estos límites son esencialmente determinados por el hecho que el conocimiento del sí mismo adquirido es la condición inicial inevitable para la construcción subsiguiente, y que por lo general no son tan estrechos como para limitar de modo específico el desarrollo posterior.

Así, por ejemplo, si un sentimiento de incertidumbre y desconfianza hacia el otro se ha entereado con las estructuras del conocimiento temprano, esto no significa que uno inevitablemente vaya a desarrollar una angustia social o, en el peor de los casos, una paranoia. Ambas cosas podrían ocurrir, pero sólo como subproductos de cómo el individuo llegue a tratar de hecho con otras personas en la organización y programación de su propia vida. De esta manera, el problema representa únicamente una condición inicial; el modo como el problema vaya a ser progresivamente formulado y las soluciones que se encontrarán cada vez van a contribuir a desarrollar la organización cognitiva que dependerá únicamente en forma parcial de la condición inicial.

Definición de la identidad personal

La capacidad de transformar los propios procesos cognitivos y emocionales en objetos de pensamiento es la condición que, comenzando en la adolescencia, permite a un individuo empezar a decodificar y conceptualizar el conocimiento previamente adquirido. Antes de la adolescencia, el conocimiento de sí mismo previamente desarrollado, a pesar que aparece en juegos, fantasías y la conducta interpersonal como una estructura compleja llena de reglas, atributos y significados, es en gran medida inmediato y tácito. Esto significa que es más o menos directamente experimentado por el individuo a través de los aspectos invariantes del procesamiento mental con que se ha estructurado su modo de percibir y conocer y es, de alguna manera, una parte constitutiva de su persona.

Con la emergencia de las destrezas autoanalíticas resultantes del pensamiento abstracto, los individuos pueden empezar a explicar y ordenar en teorías y creencias gran parte de lo que previamente conocían en forma tácita y directa. Estas teorías y creencias, arregladas en conjuntos más o

menos coherentes, serán usadas después fundamentalmente por individuos que piensan acerca de sí mismos y acerca de actitudes y actividades que les son únicas. Debe especificarse que estas teorías corresponden a aquellos aspectos del autoconocimiento que han sido explicitados, de los cuales las personas han tomado conciencia y con los cuales definen su identidad personal a nivel consciente. En otras palabras, la formalización de la identidad personal no corresponde de ninguna manera a una "traducción" conceptual simple de un conocimiento de sí mismo adquirido previamente, sino que más bien a una construcción posterior. Si el conocimiento de sí mismo es una parte constitutiva del individuo, un tipo de visión general tácita de uno mismo —que puede dar cuenta de las pautas específicas de vivenciarse a sí mismo en el mundo—, entonces, como dice Hamlyn, "un aspecto central acerca del autoconocimiento es que no hay una *cosa* que deba ser conocida" (1977, p. 196).

La relación con el autoconocimiento puede ser únicamente de tipo indirecto; es decir, los individuos usan fundamentalmente procedimientos inferenciales para construir aquellas características que consideran que son sus rasgos distintivos. En particular, esta construcción está continuamente mediada por un tipo de decisión o compromiso con uno mismo que resulta, por un lado, del modo específico en que el autoconocimiento afecta al individuo, y por otro, de la relación que consecuentemente el individuo es capaz de establecer consigo mismo. La identidad elaborada de esta manera implica, por una parte, una actitud hacia uno mismo, y por otra (según la perspectiva del efecto espejo social), una actitud hacia la realidad que incluye lo que el individuo cree que es para los demás y lo que los demás son para él.

Por lo tanto, paralelamente a la formalización de la identidad personal, un programa de vida —que es más o menos consistente con los aspectos de sí mismo que el individuo está infiriendo y conceptualizando— empieza a tomar forma (Piaget 1972).

Sin embargo, cabe señalar que la cultura occidental hace de este proceso algo aún más crítico y apremiante que otras culturas contemporáneas o, posiblemente, eras anteriores. De hecho, muchos sociólogos (por ejemplo, Luckmann 1979) han señalado en sociedades evolucionadas una brecha característica entre la socialización primaria —relacionada con el período de desarrollo y la adquisición de un conocimiento constitutivo de sí mismo— y la socialización secundaria —ligada a una interacción

más directa con la realidad social y la adquisición de un conocimiento conceptual más especializado. Además de otras consideraciones posibles, es obvio que una brecha de este tipo corresponde a un tipo de presión ambiental que, enfatizando la necesidad de una autodefinición nítida, exige un compromiso más bien preciso y duradero con uno mismo para encarar eficientemente la complejidad de la realidad circundante.

A estas alturas, vamos a definir brevemente cómo, en nuestra opinión, debiera entenderse el concepto de identidad personal.

El proceso unitario y gradual que comienza con la individuación biológica del sí mismo en el nacimiento y prosigue durante el curso del desarrollo hacia la individuación psicológica (reconocimiento del sí mismo, conceptualización del sí mismo durante la niñez, etc.) alcanza la etapa de formalización conceptual y abstracta representada por la identidad personal. Por lo tanto, la continuidad subjetiva y temporal en la cual se basa la identidad personal es inseparable de la persona, dado que constituye el punto de referencia inmediato disponible y el horizonte de expectativas que permiten al individuo percibir y evaluarse a sí mismo con respecto al mundo circundante. Esta identidad personal consciente es una experiencia humana básica; perderla significa perder realidad.

Sin embargo, la identidad personal no debiera considerarse una estructura conceptual separada, sino más bien el resultado de la relación continua existente entre el autoconocimiento tácito —que determina y regula las pautas iniciales de percepción, sentimiento y categorización de la realidad— y la concepción consciente que los individuos tienen de sí mismos y con los cuales ellos intentan explicar e interpretar lo que están vivenciando. Es una relación dinámica sujeta a una realización temporal. La identidad personal no se define de una vez y para siempre, sino que más bien acepta una retroalimentación continua de la autopercepción y autoevaluación en curso, las que, a su vez, afectan y se ven afectadas por la interacción individual con su mundo.

Finalmente, la relación entre el autoconocimiento tácito y explícito es más o menos compleja y no coincide simplemente con llegar a tomar conciencia de las propias acciones, emociones y pensamientos o con la "represión" y "remoción" de experiencias conscientes hacia el ámbito del conocimiento tácito. La creencia respecto a la "primacía" del autoconocimiento explícito (concordante con el optimismo tentador hacia el poder de la razón tan típico de tantos enfoques cognitivos a los problemas clínicos) le

daría un énfasis desproporcionado a la racionalidad con respecto a la realidad de los seres humanos, que después de todo es, sobre todo, biológica. Más aún, este punto de vista se identificaría más o menos explícitamente con la percepción de la polaridad en la cual la relación entre conocimiento tácito y explícito debiera tener su conclusión lógica. En vez de ello, creemos que esta relación se basa en una interacción continua entre la intencionalidad del individuo, regulada por su conocimiento consciente de sí mismo, y los aspectos de su vida emocional e imaginativa que están regulados fundamentalmente por un autoconocimiento tácito.

Esta interacción no puede reducirse a una u otra polaridad, las que coexisten durante toda la vida del individuo. Los aspectos tácitos del autoconocimiento son experiencias concretas para el individuo y supuestamente forman la base de un desarrollo continuo de teorías causales explicativas orientadas a integrar esta experiencia dentro del ámbito del conocimiento explícito e "intencional". En otras palabras, el autoconocimiento explícito no coincide con el total autoconocimiento. Para usar una imagen metafórica, el conocimiento de sí mismo tácito es como uno de los platillos de una balanza, con el cual el otro platillo —el autoconocimiento explícito (o la identidad personal formalizada consciente)— debiera estar en un equilibrio dinámico¹.

¹ Cada ser humano, mientras viva en un mundo social y público, está siempre caracterizado por un mundo interno, privado e inmediato, definiendo en términos particularmente personales su interacción con el mundo externo. Sócrates, utilizando el dicho delfico "Conócete a ti mismo", solía exhortar a sus discípulos a actuar de acuerdo a un sistema de opciones vitales basado en su mundo interno, en sus sentimientos y en sus capacidades y limitaciones percibidas, más que en meras reglas del mundo exterior.

Consideremos cómo este antiguo consejo puede ser aplicado a las ideas que hemos expresado hasta aquí. No estamos completamente entregados a nosotros mismos, ni nuestra vida es algo estático; por el contrario, nosotros y nuestras vidas están cambiando constantemente. Por lo tanto, nuestro conocimiento de nosotros y del mundo es una construcción continua. En este sentido, el continuo remodelaje de nuestro autoconocimiento explícito implica un remodelaje continuo del compromiso hacia nosotros mismos de lo ya construido. Las señales utilizadas para construir esta actividad constante no debieran venir sólo de datos pertenecientes al ámbito del conocimiento explícito, sino también de nuestro conocimiento tácito (es decir, de nuestra vida imaginativa y emocional).

Desde esta perspectiva, el balance entre autoconocimiento tácito y explícito puede considerarse logrado si es que el "conocerse a sí mismo" corresponde, con leves incongruencias, a "ser uno mismo". Esto es así si la persona hace calzar activa y constantemente la autoimagen explícita y la planificación de su vida con el autoconocimiento de sí mismo directo que la caracteriza. Desde luego que esta perspectiva debe ser vista más como un ideal a alcanzar en el curso de la vida, que como un propósito a lograr dentro de una situación psicoterapéutica.

ORGANIZACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS COGNITIVAS

Consideré el conocimiento humano como formado de nuestras teorías, nuestras hipótesis, nuestras conjeturas; como el *producto* de nuestras actividades intelectuales. Desde luego que hay otra manera de mirar el "conocimiento": podemos considerar el "conocimiento" como un "estado mental" subjetivo, como un estado subjetivo de un organismo. Pero yo prefiero tratarlo como un *sistema de declaraciones* —teorías sujetas a discusión. En ese sentido, el "conocimiento" es *objetivo*.

—Popper (1974; énfasis añadido).

Observaciones preliminares

A medida que los individuos avanzan en su formalización conceptual, su conocimiento asume gradualmente los rasgos de una organización articulada, semejante en complejidad a una verdadera "teoría científica".

Generalmente, la organización de las estructuras cognitivas se denomina "sistema de creencias" (*cf.*, por ejemplo, Ellis 1962; Meichenbaum 1977), expresión que indica un conjunto de principios abstractos más o menos coordinados, creencias específicas y procedimientos de resolución de problemas que el individuo ha desarrollado gradualmente. Por lo general se asume que dentro de tal "coordinación", existen reglas de transformación que, a pesar de no estar explícitamente definidas, posibilitan el paso desde principios abstractos de una naturaleza general a creencias más concretas y específicas dentro del sistema. A su vez, estas creencias "concretas" y bien definidas regulan la conducta del individuo con respecto a un ambiente cambiante.

Finalmente, tal vez encontremos en esta perspectiva una conexión con la noción filosófica oriental de acuerdo a la cual la imagen de nosotros mismos y de nuestra realidad es una especie de "ficción" (es decir, una construcción) necesaria para nuestro funcionamiento, pero que no corresponde a nuestra totalidad como personas o a una "verdadera" comprensión de la realidad. Obviamente, es imposible ir más lejos en este tema en un libro científico. De hecho, la ciencia en sí misma corresponde por su misma naturaleza al ámbito del conocimiento explícito.

Sin embargo, también en este sentido, la necesidad de buscar un equilibrio con cualquier cosa tácita o implícita puede deducirse de las advertencias sobre los límites de la ciencia que vienen desde diferentes campos. Entre otros, ver, por ejemplo, la afirmación de Bateson (1979) que "la ciencia nunca prueba nada" (su Cap. 2) y la idea de Wilson (1978) de que a medida que aumenta el conocimiento, la ciencia debe convertirse cada vez más en un estímulo a la imaginación (su Cap. 9).

Creemos que conviene formalizar el concepto de “sistema de creencias” de tal modo que incluya las siguientes consideraciones:

- Todos los elementos (principios abstractos, creencias específicas, procedimientos de resolución de problemas) que constituyen el sistema están organizados de tal manera que hay una relación estructural estable y definida entre ellos. Esta relación permite que las transformaciones al interior del sistema ocurran de acuerdo a criterios definidos y coherentes; es decir, la transición de creencias generales a creencias más específicas siempre se activa de la misma manera —una manera que es plausible para el individuo que sostiene las creencias.
- Las relaciones estructurales que definen la organización debieran justificar las pautas regulares recurrentes con las cuales se lleva a cabo y se activa en el ambiente circundante.

Sin embargo, debemos considerar que los psicólogos aún están buscando una definición precisa del cognitivismo tanto a nivel teórico (por ejemplo, Weimer 1977) como terapéutico (por ejemplo, Mahoney 1980). En la búsqueda actual de un paradigma, tal vez se justifica el uso de herramientas conceptuales desarrolladas en las disciplinas más consolidadas que operan en áreas cercanas de investigación —como la epistemología.

De hecho, durante los últimos años hemos sido testigos de una progresiva intensificación de intercambios entre la epistemología y la psicología cognitiva. Esto ha sido así debido a que practicantes de ambas disciplinas han orientado su investigación hacia la formulación de un modelo que describa el modo en que los seres humanos elaboran y organizan el conocimiento del mundo y de sí mismos. La epistemología, teniendo a la evolución de la ciencia como su tema de estudio, ha suministrado un sistema conceptual útil para la investigación de las pautas de organización del conocimiento humano. Más aún, los mismos epistemólogos parecen estar cada vez más interesados en el estudio del conocimiento particular del individuo (cf. Popper y Eccles 1977).

Por otro lado, en el campo de la psicología, Piaget (1970) primero trató con el problema de la psicogénesis en los niños siguiendo un método puramente epistemológico. Actualmente, la epistemología está influyendo cada vez más en la psicología cognitiva tanto como en el campo

del desarrollo. Considérese, por ejemplo, cuántos psicólogos cognitivos, siguiendo el trabajo pionero de Kelly (1955), comparten la visión de que el ser humano se asemeja a un científico; es decir, está equipado con una compleja teoría acerca de sí mismo y el mundo que es usada para dirigir activamente y controlar su propia conducta en interacción con el ambiente circundante (ver, por ejemplo, Mahoney 1976; Tweney, Doherty y Mynatt 1981).

Los “programas de investigación” de Lakatos

En vista de las consideraciones anteriores, creemos que el análisis estructural propuesto por Lakatos (1974) —que considera que una teoría científica está organizada como un “programa de investigación”— es un modelo útil para el estudio de la organización y funcionamiento del conocimiento de un individuo particular. Pasando por alto el debate epistemológico aún en desarrollo, y que va mucho más lejos que el objetivo de este tratado (para información más detallada, ver trabajos de Feyerabend 1975 o Laudan 1977), las razones fundamentales por las que hemos seleccionado el programa de Lakatos como modelo son esencialmente las siguientes.

- Considera que una teoría científica es una *estructura organizada y abierta*, capaz de suministrar tanto una descripción heurística del mundo como un programa de investigación a seguir.
- El énfasis en la racionalidad es relativamente reducido, mientras que los aspectos “metafísicos” o “dogmáticos” de la estructura de la teoría se acentúan. En particular enfatiza cómo los científicos —frecuentemente sin hacerse conscientes de sus propias presuposiciones metafísicas— pueden buscar confirmaciones más que falsificaciones, de manera que los escasos resultados de un experimento o de una observación anómala, de acuerdo a ellos, no desafían la validez de la teoría que sostienen como cierta.

Esquemáticamente, la estructura del programa de investigación de Lakatos puede describirse así: cada programa está centrado en torno a un “núcleo duro metafísico” que contiene las presuposiciones básicas que, debido a una elección metodológica, no deben ser refutadas ya que constituyen la hipótesis general sobre la cual se basa el desarrollo futuro de todo el

programa. El núcleo duro metafísico se formula mediante un proceso lento y gradual de ensayo y error que precede la estructuración del programa de investigación.

Una vez que el núcleo duro metafísico central se ha formado origina una “heurística negativa”, extremadamente rígida, cuya tarea es preservar el núcleo sin refutación mediante una exclusión selectiva de hallazgos y áreas de interés científico incompatibles.

Finalmente, una “heurística positiva” se origina desde el núcleo, la que es más flexible y articulada que la heurística negativa. Sus tareas son definir los campos de investigación hacia los cuales debiera dirigirse la investigación y proteger el núcleo de otras refutaciones que pudieran surgir en el curso de la investigación. Debido a esto, la heurística positiva da lugar a una serie de hipótesis auxiliares que, en un orden consecutivo, crean las siguientes estructuras:

1. “Un cinturón protector”. Las hipótesis auxiliares que forman el cinturón protector se ubican alrededor del núcleo, exponiéndose a eventuales refutaciones y anomalías y por tanto salvaguardando la integridad del núcleo. De esta manera, las eventuales incongruencias entre el programa de investigación que se lleva a cabo y los datos observados pueden atribuirse no tanto a las presuposiciones nucleares como a su cinturón protector, que entonces puede ser ampliado o reacomodado.
2. “Planes de investigación”. Las hipótesis auxiliares que constituyen los planes de investigación son estructuras complejas y articuladas que modelan los campos de investigación a los cuales se aboca el programa. Esto permite a los científicos dirigir su atención únicamente hacia la articulación recíproca de estas estructuras, sin tener que considerar las anomalías y chequeos experimentales uno a uno (lo que sería una ardua prueba a su plausibilidad).

Por lo tanto, el programa de investigación se forma a partir de una serie de presuposiciones e hipótesis (núcleo duro metafísico, cinturón protector y planes de investigación) ordenadas en una relación que coordina las posibles pautas de su desarrollo en la realidad. El desarrollo del programa involucra una articulación progresiva de la presuposición básica del núcleo, llevada a cabo mediante una modificación continua del cinturón

protector en relación a los datos experimentales, que a su vez aparecen en el curso de los planes de investigación.

Cabe enfatizar que este cinturón protector es el “banco de prueba” del programa completo de investigación, y los resultados experimentales producidos por los planes de investigación pueden influenciar el núcleo únicamente *a través* del cinturón protector.

En particular, cuando se lleva a cabo un programa de investigación, éste puede tener dos resultados.

1. Los planes de investigación tendrán un buen resultado experimental, aportando datos que corroboran las presuposiciones del núcleo. Dependiendo del grado de corroboración obtenida, tendrá lugar una reestructuración del cinturón protector, y por ende, será capaz de aceptar otras implicancias del núcleo; una vez reorganizado de esta manera, puede comenzar a elaborar más y más sofisticados planes de investigación y, por lo tanto, será más capaz de explicar los fenómenos ya conocidos y de predecir fenómenos nuevos con un incremento global de experiencias asimiladas (“cambio progresivo”).
2. Los planes de investigación no tendrán un buen resultado experimental y no obtendrán datos que corroboren las presuposiciones nucleares. Sin embargo, el núcleo estará a salvo de ser refutado gracias a un “engrosamiento” del cinturón protector que va a multiplicar “teorías defensivas”, por lo tanto, “sobrecontrolando” el programa de investigación. En otras palabras, el programa no se suspende debido a las refutaciones sino que tiende a organizarse fundamentalmente en una estrategia defensiva, refrenándose únicamente —al menos en parte— de los intentos de articular y desarrollar las presuposiciones del núcleo. El programa de investigación completo se tornará algo estático y redundante; no será capaz de predecir nuevos hechos y habrá una reducción global de la experiencia de asimilación (“cambio regresivo”).

Organización de las estructuras cognitivas personales

Antes de describir la organización estructural del conocimiento individual a la luz del modelo de Lakatos, cabe señalar que usaremos este modelo únicamente como una especie de guía metafórica. De hecho, los distintos niveles de aplicación —el curso de las teorías científicas en la epistemología

y la organización de las teorías de un individuo particular en psicología—nos obligan a considerar seriamente las discrepancias entre el modelo y el objeto de nuestro estudio. Así, mientras que en la epistemología tratamos con un proceso que tiene un sujeto impersonal (la ciencia), en psicología tratamos con un proceso que tiene un sujeto existencial definido. Por esta razón los psicólogos clínicos se ven enfrentados a fenómenos más dinámicos y de gran variabilidad que inevitablemente harán que sus programas de investigación sean considerablemente diferentes de aquellos estudiados por un epistemólogo.

Con esta precaución en mente, consideraremos ahora las estructuras que conforman la organización del conocimiento individual —que es análogo a una teoría articulada capaz de dirigir y desplegar un programa de investigación (es decir, un programa vital). En la última sección de este capítulo se tratan los aspectos funcionales de esta organización estructural.

Aspectos estructurales

Núcleo duro metafísico. La organización del conocimiento humano se caracteriza por la presencia de un núcleo duro metafísico relativamente irrefutable. Esta estructura profunda es identificada esencialmente en el autoconocimiento tácito que ha sido elaborado progresivamente durante el curso del desarrollo y que, como ya mencionamos, resulta para los individuos en un tipo de visión general implícita de sí mismos, la que les es otorgada directamente por los aspectos invariables de su procesamiento mental.

El autoconocimiento es innegable, debido más a una *necesidad* metodológica (determinada por la absoluta falta de alternativas reales) que a una *elección* metodológica (como en el caso del núcleo duro metafísico científico). De hecho, la construcción del autoconocimiento durante el curso del desarrollo sigue esencialmente un tipo de procedimiento “lógico situacional” (cf. Popper 1974). Como los niños, no podemos percibir la vida que nos caracteriza a nosotros y nuestro mundo *en sí*, sino sólo a través de una pauta limitada de referencias de nuestra situación particular (características familiares, naturaleza y curso de los procesos de apego y desapego, calidad de la red social más amplia en la que acontece el desarrollo, calidad y cantidad de modelos identificatorios, etc.). De esta manera, en tanto que

la elaboración del autoconocimiento —con la gradualidad y los límites que le impone la lentitud del desarrollo cognitivo— es lógicamente *parte de la situación en sí misma*, los patrones de las regularidades y las implicancias extraídas de la situación son progresivamente generalizados hasta que forman un tipo de modelo general capaz de explicar directamente la realidad al individuo.

Incluso cuando este modelo está más estructurado y desarrollado —gracias a la aparición del pensamiento lógico-conceptual— su curso es siempre del tipo lógico-situacional, pero a un nivel más sofisticado. Así, mientras que durante las etapas iniciales del desarrollo era la situación concreta a la que pertenecía el modelo la que conformaba el esquema de referencia limitado, en la fase de la elaboración conceptual del conocimiento el autoconocimiento formado previamente se vuelve el esquema de referencia limitado. La formalización de la identidad personal y la construcción gradual de un programa de vida proceden necesariamente de este repertorio limitado. La irrefutabilidad de la estructura profunda es, por tanto, una necesidad metodológica real. Para nosotros como individuos, nuestro propio autoconocimiento tácito es una parte constitutiva de nosotros mismos; sin alternativas reales. En el caso de que nos imagináramos como otra persona, esta fantasía por sí misma no dejaría de considerar los aspectos invariantes de la autopercepción; esto es, podría llevarse de regreso al esquema de referencia limitado de nuestro propio autoconocimiento, haciéndonos desear ser otra persona. En otras palabras, no tenemos alternativas para nosotros mismos y nada podemos hacer más que asumirnos como un dato indiscutible.

El autoconocimiento que forma el núcleo del programa de investigación de un individuo incluye un conjunto de reglas generales profundas que determinan los aspectos invariantes del procesamiento mental de la persona, a través del cual él o ella tácita y directamente obtiene las pautas de coordenadas que sustentan el reconocimiento del sí mismo y del mundo circundante. Estas reglas ordenan las pautas tanto de la percepción como de la atención selectiva, extrayendo sólo esquemas específicos de regularidad y excluyendo activamente los demás. Aún más, estas reglas generales —dotadas de un notable poder heurístico— actúan como un continuo criterio de referencia en los procesos de hacer y calzar a través de los cuales las teorías venideras, creencias y expectativas son elaboradas y se hacen parte de las otras estructuras del programa.

Estas reglas también pueden influir en el desarrollo de una cierta "teoría del tiempo"² (comprendida como la organización de las rutinas temporales que caracterizan el paso subjetivo del tiempo). La "lógica interna" de esta teoría consiste en regular el despliegue progresivo de las implicancias derivadas de las estructuras profundas en la realidad objetiva del llegar a ser temporal. Esta función reguladora opera a través de:

- Coordinar los ritmos de atención y percepción por medio de la representación interna.
- Coordinar la modulación en curso de la información entregada por la actividad unificadora y constructiva de la memoria.
- Coordinar el pensamiento deductivo en la regulación de la sucesión de hipótesis o soluciones a los problemas (dependiendo de la "lógica de origen" a la cual pertenece).

Finalmente, las estructuras profundas del autoconocimiento, a través de los tonos de sentimiento y las memorias de sentimiento (esquemas emocionales) procesados durante el curso del desarrollo, dirigen y coordinan la mayor parte de la vida emocional e imaginativa del individuo. De acuerdo con Hamlyn (1977), creemos que una completa teoría del autoconocimiento (la que creemos lejos de poseer en la actualidad) debiera incluir un modelo conceptual de los "reguladores" que presiden el desarrollo y la organización de las experiencias emocionales.

El cinturón protector. El cinturón protector corresponde a las estructuras que definen y mantienen la identidad personal. Como sostuvimos en la primera parte de este capítulo, la identidad personal es la expresión de una relación dinámica. Es inevitable que, en tanto individuos, asumamos

² El estudio psicológico del tiempo está en una fase de revitalización, tal vez gracias a los efectos de la revolución einsteniana que ha ocurrido en la física y que ha comenzado a extenderse a otros campos del conocimiento humano. En este momento, la investigación científica sobre la experiencia del tiempo está en sus fases iniciales. Al lector interesado podemos referirlo a los expedientes de la Sociedad Internacional para el Estudio del Tiempo (ISST) (Fraser, Haber y Mueller 1972; Fraser y Lawrence 1975; y especialmente Fraser, Lawrence y Park 1978). En la ciencia cognitiva, los datos que han surgido de estos estudios sobre el tiempo han sido usados fundamentalmente por investigadores de la inteligencia artificial y estimulación conductual; para la elaboración de modelos de la cognición humana. Implicancias promisorias de estos modelos para trabajo clínico pueden encontrarse en el reciente trabajo de Bara (1980b).

nuestras propias maneras de ser y experimentar el mundo como una realidad dada e indiscutible; es por ello que necesariamente debemos estructurar una actitud hacia nosotros mismos que nos permita sostener una definición plausible de nosotros mismos; esto es, una definición que no sea incompatible con —sino que, por el contrario, salvaguarde— aquellos aspectos del autoconocimiento que reconocemos como el "yo mismo". En otras palabras, la actitud hacia nosotros mismos, expresada a través de la identidad personal, dirige la definición del "ser" yo mismo, una definición que el individuo considera como sostenible a la luz de los eventos y situaciones varias que caracterizan su interacción con el ambiente.

La identidad personal es una estructura más bien compleja. En pro de una descripción concisa, podemos —en una forma un poco simplista— considerar que tiene dos componentes centrales, los que llamaremos "autoidentidad" y "autoestima".

La autoidentidad incluye el conjunto completo de características y actitudes que un individuo considera "personales" y distintivas, y que están inmediatamente disponibles en la representación consciente que el individuo tiene de sí mismo. Esta representación es la forma codificada, y por ende sintetizada, de pensar acerca de y de evaluarse a sí mismo en un determinado momento. A saber, es la autoimagen "lista para ser usada" que no necesita ser reelaborada cada vez.

Tal imagen también puede definirse como el resultado de todas las relaciones estructurales que existen entre los variados ámbitos de creencias que constituyen el conocimiento de un individuo. Cada ser humano tiene un amplio número de creencias que atañen a diversos ámbitos. Por ejemplo, existirán creencias que se relacionan con el apego (el significado que es generalmente dado a las relaciones afectivas e interpersonales), los deberes (cuáles deberes debe uno establecer para sí mismo en la vida, de qué manera debe uno enfrentarlos, etc.), los valores (qué valores personales uno debe buscar, qué objetivos debe uno establecer para la propia vida, etc.), la atribución de causalidad (por ejemplo, el sentido de fatalismo o responsabilidad personal con que uno explica los acontecimientos de la vida), etc. De la manera en que componemos un esquema completo de los variados ámbitos, extraemos una imagen de la realidad que nos rodea y, al mismo tiempo, una imagen de nosotros mismos yendo y viniendo en esa realidad.

Por ejemplo, supongamos que las creencias de un individuo en relación al apego excluyen el atribuir un significado profundo a las experiencias

afectivas en su programa de vida. También supóngase que esta persona tiene un alto concepto del valor personal ("Yo no puedo soportar ser un hombre de poco o mediano valor") y un fuerte sentido del deber ("Para merecer respeto uno nunca debe, bajo ninguna circunstancia, desviarse de sus deberes") conectado a un estilo atributivo centrado en la responsabilidad personal ("La suerte no existe; lo que uno logra en la vida es resultado del compromiso y el sacrificio"). Lo más probable es que este individuo tenga una imagen de sí mismo como alguien que ordena y da significado a su vida a través de su sentido de la responsabilidad y devoción hacia el trabajo. De modo similar, en sus relaciones afectivas, su autoimagen no será la de un esposo o padre que está feliz por el afecto que brinda y recibe, sino más bien la de una persona que se "sacrifica" a sí mismo para que a su familia no le falte nada, y que espera recibir respeto y consideración a cambio. No huelga decir que una relación estructural que combine las creencias de este hombre en un panorama general (un panorama que corresponda a la autoimagen de este hombre) podría no estar tan claramente definida como para estar inmediatamente (o directamente) disponible en su esfera de conciencia. No obstante, podría tener éxito en deducir el panorama general con relativa facilidad toda vez que se le provea información adecuada (por ejemplo, en una relación interpersonal o durante la psicoterapia), pero no le será posible hacer lo mismo con los principios de autoconocimiento de los cuales ha surgido esa actitud hacia sí mismo.

La autoestima es el segundo componente central de la identidad personal. Al tratar de adherir, en la conducta y las emociones experimentadas, a una autoimagen específica, cada ser humano se vuelve proclive a la autoevaluación. El grado de congruencia entre las creencias relacionadas con el "valor" de uno mismo y las valoraciones en curso acerca de la propia conducta y emociones, corresponde al grado de autoaceptabilidad y autoestima. En breve, podríamos decir que la autoestima implica la "teoría de las emociones" a la que adherimos en la relación que establecemos con nosotros mismos. Esta teoría define qué gama de emociones podemos reconocer como parte de nosotros mismos, de qué manera esas emociones son rotuladas y controladas, y en qué circunstancias y formas es posible expresarlas.

Como ya mencionamos, es completamente arbitrario distinguir la teoría de las emociones de la autoidentidad, ya que ambas son partes inseparables de la identidad personal. Hacemos la distinción sólo para llamar la atención respecto a la forma en que uno considera sus propias

emociones, ya que el reconocimiento de estas "teorías" idiosincrásicas tiene importancia a nivel clínico. De hecho, suele ocurrir que algunos individuos no pueden reconocer ciertos sentimientos como propios porque el rango emocional congruente con su autoimagen está limitado. La relevancia clínica de este fenómeno es notable.

Por decir algo, el hombre del ejemplo anterior, cuya autoimagen estaba centrada en un sentido general del deber y responsabilidad personal, no podría reconocer como propio un sentimiento "despreciable" de enojo o resentimiento hacia su esposa. Mientras más intenso el sentimiento, más intentará él decodificarlo a través de "teorías causales externas", por ejemplo, a través del concepto de enfermedad. Por lo tanto, en situaciones que evoquen enojo, él hablará sobre estar "mareado" o "sentirse desvanecer". La repetición de episodios de enojo inapropiadamente rotulado puede hacerle creer que sufre una "extraña enfermedad" que los médicos no pueden diagnosticar. Una autoimagen de "enfermo" es tolerable, en tanto la autoimagen como "enojado" no lo es. De esta manera, sólo conservando la autoimagen a la que él piensa debe adherir, puede tener éxito en preservar un nivel aceptable de autoestima, al tiempo de mantenerlo a salvo de darse cuenta del enojo que siente hacia su esposa. El concepto psicodinámico de emoción "reprimida" es cambiado radicalmente en la perspectiva cognitiva. La codificación cognitiva (teoría de la emoción) a través de la cual el individuo rotula los estados internos —y por lo tanto les atribuye el significado de experiencia emocional— toma el lugar de "fuerzas" hipotéticamente responsables de los "mecanismos de defensa".

Planes de investigación. La identidad personal, además de ser la expresión de la actitud hacia uno mismo, correspondientemente guía esta actitud hacia la realidad. En otras palabras, las estructuras que permiten que el programa completo de investigación se lleve a cabo en la realidad circundante son elaboradas bajo el control directo de las estructuras cognitivas de la identidad personal y dentro de los límites de coherencia que éstas implican. La elaboración de planes de investigación consiste esencialmente en la producción de *modelos que simulan y anticipan la realidad*, cuya coherencia y estabilidad representacional son constantemente controladas por al menos dos tipos de reglas: reglas que coordinan la asimilación de experiencia —definiendo qué dominios de la experiencia serán considerados como significativos, así como las pautas de integración de estas

experiencias dentro de las estructuras cognitivas preformadas— y reglas que coordinan procedimientos de resolución de problemas —definiendo tanto la naturaleza de problemas significativos como la estrategia para tratar con ellos.

Esquema estructural. Lo dicho hasta acá puede resumirse en el esquema presentado en la Figura 3-1. Este esquema muestra cómo la organización del conocimiento como programa de investigación se ordena jerárquicamente en su estructura. El flujo permanente de modelos representacionales de la realidad puede influenciar el conocimiento de sí mismo únicamente a través de la estructura de identidad personal. Al mismo tiempo, las presuposiciones o implicancias del autoconocimiento encuentran su camino hacia modelos representacionales de la realidad sólo pasando a través de las estructuras de la identidad personal. Por lo tanto, la identidad personal representa un tipo de “banco de prueba” de toda la organización, y el avance del programa de investigación, de hecho, implica su continuo remodelaje.

Como ya dijimos, la identidad personal no se define de una vez y para siempre, sino que continuamente está siendo remodelada de acuerdo al progreso de nuestro propio programa de vida hasta que alcanza una organización más o menos estable. Este remodelaje debe seguir una pauta temporal y de procedimiento específico, de modo que el sentido básico de una continuidad temporal subjetiva —sobre la cual se funda la percepción de sí mismo y del mundo— sea preservado mientras la identidad personal es modificada. De esta manera, la identidad personal aparece como la principal estructura de control de toda la organización. Generalmente, la función de control ejercida por la identidad personal tiende a aumentar progresivamente con el paso del tiempo: durante las fases juveniles e intermedias de la vida, es posible incluso un remodelaje consistente de la propia identidad, mientras que en la adultez la posibilidad de un cambio significativo de la identidad por lo general decrece progresivamente.

Cabe señalar que, en nuestro modelo, la función de control ejercida por la identidad personal se explica mediante las mismas relaciones estructurales involucradas en las demandas de un remodelaje continuo. Por eso es que en todo momento la estructura puede ser considerada como resultado de un equilibrio dinámico entre las demandas de cambio que recibe y las exigencias para mantenerlo que éste emite. Los principales aspectos de este equilibrio pueden ser descritos como se muestra en la Tabla 3-1.

Figura 3-1. Organización del conocimiento como un programa de investigación

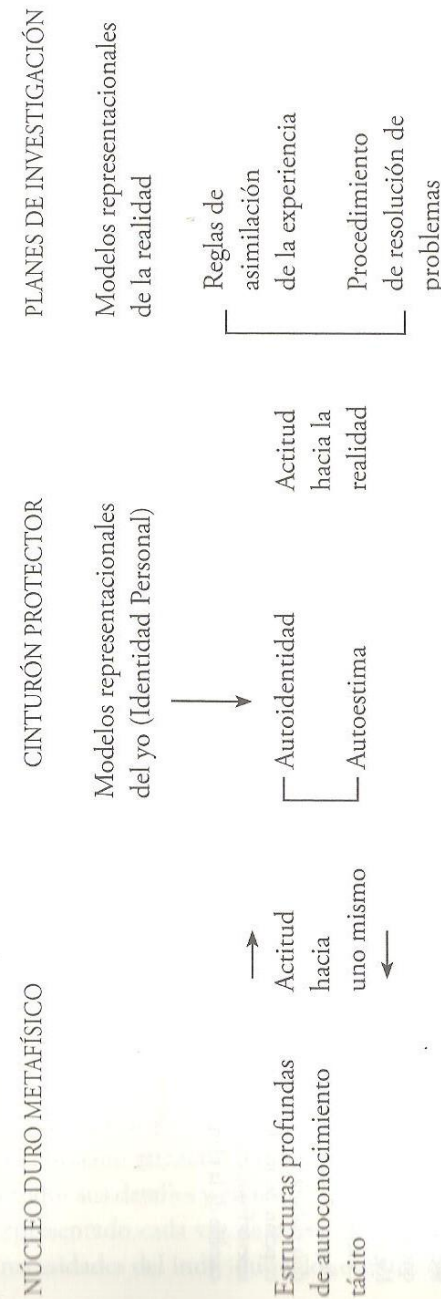


Tabla 3-1. Elementos de la función de control de la identidad personal

Actitud hacia uno mismo		Actitud hacia la realidad	
Tendencias al cambio	Tendencias a la mantención	Tendencias al cambio	Tendencias a la mantención
Tiende a emerger continuamente material nuevo (imágenes, fantasmas, información cargada emocionalmente) a partir del autoconocimiento tácito. Cada vez que se ponen en marcha procesos lógico-deductivos y un adecuado escaneo de la otra información disponible de sí mismo, el individuo elabora una mayor autodescripción de modo de explicar el nuevo fenómeno, ocurriendo un cambio de la identidad personal.	La atención selectiva tiende a operar en el automonitoreo del individuo, de modo que únicamente la información que es congruente con las estructuras preformadas de la identidad personal es abstraída del esquema emocional y de las imágenes guardadas de autoconocimiento.	Las expectativas derivadas de los modelos representacionales de la realidad pueden no ser confirmados por los eventos en curso. Cuando una discrepancia entre las expectativas y el resultado de las acciones se hace calzar por medio de un flujo contemporáneo de información a partir del autoconocimiento tácito, se hace posible un cambio en la representación interna de la realidad (mediado por un cambio concomitante de la autodescripción: "Yo estaba equivocado al creer esto y esto otro").	La representación de la realidad tiende a mantenerse constante cuando enfrenta una experiencia contradictoria. Mediante la atención selectiva y la abstracción selectiva (focalizándose en un detalle sacado de contexto, ignorando otros rasgos de la situación y conceptualizando toda la experiencia en base a este detalle), las expectativas forman parcialmente los objetos de la experiencia. Las expectativas generalmente difieren de las simples predicciones debido a una adherencia emotiva personal a la propia representación interna de la realidad. Si un evento esperado no ocurre, generalmente hay una tendencia a hablar de una "ilusión" o una "desilusión" más que simple y llanamente reconocer que la "predicción x" no se hizo realidad.

En el próximo capítulo se ofrece un relato más detallado de los puntos considerados en esta tabla. Ahora nos abocaremos a algunas observaciones sobre aspectos funcionales de nuestro modelo.

Aspectos funcionales

Las estructuras que constituyen la organización del conocimiento interactúan con la realidad mediante las representaciones internas que ellas pueden determinar. El *contenido* del conocimiento (reglas profundas, creencias, etc.) es continuamente procesado por medio de representaciones estructurales que contienen tanto aseveraciones respecto a las situaciones y eventos que caracterizan la realidad externa como procedimientos a seguir en las situaciones representadas. En las representaciones internas, los fenómenos del mundo externo son dispuestos a manera de modelos que simulan y anticipan la realidad. Los eventos y situaciones que caracterizan la interacción de un individuo con el ambiente son reconocidos y evaluados mediante estos modelos simulatorio-anticipatorios. La representación interna está provista de flexibilidad —que permite la adaptación a la variabilidad de la realidad externa— y de estabilidad y congruencia interna. Es mediante estas propiedades que podemos percibir el mundo con aquellas estructuras de regularidad y coherencia que parecen ser indispensables para considerar las cosas que nos rodean como "reales". Efectivamente, como asevera Polanyi (1968), "Es la coherencia de la cosa lo que nos hace atribuirle su realidad" (p. 28). Pasando por alto las antiguas y bien conocidas controversias filosóficas acerca de la correspondencia entre la "realidad" y sus representaciones (ver discusión al respecto en Cap. 1, pp. 3-5), queremos enfatizar una vez más que los modelos internos contribuyen a determinar la forma de la realidad que vivenciamos.

En la práctica clínica, algunas características funcionales de las representaciones internas del conocimiento merecen una particular atención:

1. En comparación con la organización más abstracta del conocimiento estructural, la representación interna describe el mundo de una manera más parcial y limitada. No todo el conocimiento contenido en la organización estructural es representado en el flujo de la conciencia con todos sus detalles y en todo momento. Más bien, el conocimiento es representado cada vez de un modo episódico en concordancia con las necesidades del individuo y los eventos que él o ella enfrenta.

2. La representación interna está en una relación recíproca tanto con la percepción de los eventos en curso como con la información derivada de las experiencias pasadas provista por la memoria. La memoria debería ser considerada como una modulación activa de la información en curso más que una simple recuperación de datos almacenados (Weimer 1977). Las estructuras más profundas de la organización del conocimiento (los esquemas emocionales, los constructos de identidad personal, etc.) influyen la representación interna de acuerdo al despliegue del programa de investigación ya sea mediante la atención selectiva (y, por lo tanto, orientando la percepción hacia pautas específicas de regularidades ambientales) o dirigiendo la modulación de la información suministrada por la memoria. De esta manera, incluso con la remodelación continua producida por la retroalimentación perceptual y mnemónica, el curso de la representación interna satisface, en cada momento y con incongruencias mínimas, el conocimiento contenido en toda la organización.
3. Es importante tomar en cuenta que existen dos modalidades interrelacionadas fundamentales mediante las cuales se procesan las estructuras profundas; ellas son los códigos analógicos y los códigos analíticos.

Código analógico. El código analógico procesa fundamentalmente "imágenes". Las imágenes (ya sean visuales, auditivas, kinestésicas, etc.) no deben ser entendidas como "cuadros" del mundo; esto es, como "copias sensoriales" de eventos almacenados del pasado o eventos esperados del futuro elicitados por estímulos específicos internos o externos. Más bien, debieran ser consideradas como fenómenos estructurales que contienen información en forma de aseveraciones (es decir, relaciones entre los elementos que configuran la situación representada) y de procedimientos (es decir, pautas con las cuales se pueden interpretar o abordar las relaciones entre los elementos de la situación).

Desde esta perspectiva, muy similar a aquella que sostiene la naturaleza constructivista o propositiva de las imágenes (cf. Kieras 1978; Pylyshyn 1973), una imagen no es "algo" que simplemente se almacena. Por el contrario, lo que se almacena es la información correspondiente y, en base a esta información, la imagen es reconstruida cada vez. De esta manera, cada reconstrucción de la imagen contiene no solamente la información

específica que la caracteriza, sino también otra información colateral derivada de las relaciones que el contenido informativo específico de la representación ha asumido en la organización del conocimiento del individuo. En otras palabras, el imaginario es un modo activo de procesamiento de información, que hace de la elaboración de cada imagen una *construcción única*. Por ejemplo, cada vez que imaginamos repetidamente una situación del pasado, no siempre la representamos de la misma manera, como si fuera una diapositiva; más bien, cada vez va a contener nuestras interpretaciones en curso de esa misma situación, con detalles adicionales o importantes omisiones.

Otra característica del proceso imaginal es su coloreamiento emocional. Esto depende muy posiblemente del hecho que la imaginación es el mediador principal en el proceso de recuperación de la memoria esquemática (cf. Leventhal 1979, sobre esquemas emocionales) en que varias experiencias son codificadas, especialmente mediante el almacenamiento de sentimientos que las hacen semejantes o diferentes. Eventos que han sido codificados como semejantes porque tienen el mismo componente emocional recurren como eventos semejantes en la representación interna (con la subsiguiente generalización), resultando principalmente de la repetición de la experiencia emocional que acompaña su reproducción en el modo imaginal. Más que un simple acompañamiento de las emociones a la imaginación, parece existir una relación recíproca entre imágenes y emociones; por ejemplo, una emoción inesperada puede ser seguida por una serie de imágenes que contribuyen a caracterizar y especificar su naturaleza y significado.

Típico también de los procesos imaginales —y especialmente de las ensoñaciones diurnas— es su curso extremadamente variable, que a veces da la impresión de un fenómeno mental arbitrario, sin ningún significado. Con frecuencia las imágenes corren rápidamente, otras veces parecen detenerse, e incluso otras veces tienden a "reverberar" y seguir en la dirección de singularizar situaciones específicas, aun cuando no exista un foco "evidente". Más aún, las pautas que combinan imágenes no se basan en la lógica, y por esta razón pueden deambular indiferentemente en varios sectores. Además, dado el coloreamiento afectivo que las acompaña, las imágenes siempre tienen una fuerte caracterización individual que, aun cuando se haya automatizado como un tipo de "actitud mental", son así siempre dentro de un convencionalismo personal que el mismo individuo

puede encontrar difícil de comunicar. En otras palabras, debido a su codificación analógica y a las emociones que lo acompañan, el contenido informativo de la imaginación es fundamentalmente notado tácita y directamente por el individuo, quien tendrá dificultades en explicárselo a sí mismo o a otros de acuerdo a los términos descriptivos, secuenciales y analíticos del lenguaje.

Precisamente debido a estos rasgos, el flujo imaginal puede ser considerado como una de las maneras más características en que se manifiesta el autoconocimiento tácito de un individuo. En particular representa una de las pautas fundamentales con las cuales las estructuras profundas del autoconocimiento pueden suministrar nuevo "material" a la organización del programa de investigación, de modo que éste puede ser elaborado y convertido en parte del conocimiento explícito del individuo. A veces este material representa una importante exigencia de cambio en la identidad personal, dado que el flujo imaginal tiende a entrapar los intentos del individuo de mantener creencias específicas acerca de sí mismo y la realidad mediante la exclusión selectiva de información incompatible, actual o almacenada. A pesar de que en la práctica clínica frecuentemente se observan problemas de este tipo, no son fácilmente accesibles a controles experimentales adecuados, y por lo tanto, actualmente son difíciles de formalizar a nivel teórico. Tal vez una anécdota clínica a menudo manera de describir estos problemas.

Hace algunos años observamos un interesante fenómeno en un paciente que llegó en busca de tratamiento. El problema específico por el cual el paciente había buscado terapia no tenía mucho que ver con esta discusión y podría ser omitido. Mientras recopilábamos la historia, se hizo evidente una pesadilla recurrente que había perseguido al paciente desde que tenía 14 años, la que él explicaba únicamente como una idiosincrasia bizarra. La pesadilla representaba la cara de un hombre que, de acuerdo al paciente, lo miraba en forma amenazante y avanzaba hacia él con intención de matarlo. Durante muchos años el paciente experimentó esta pesadilla frecuentemente (a veces todos los meses), de modo que ya podía reconocerla durante sus sueños y lograba despertar antes que la escena imaginada prosiguiera.

Perplejos por la insistencia del paciente de hablar sobre este fenómeno durante las sesiones, le pedimos que describiera tan precisamente como le fuera posible los rasgos de la cara que se le aparecía, con el objeto de

reconstruir una especie de "kit de rasgos de identidad". Como era de esperar, el paciente no reconoció ninguna cara conocida dentro del kit que habíamos diseñado. Dado que sospechábamos de la absoluta confianza con que negaba que pudiera ser alguien conocido, le pedimos que trajera —en las siguientes sesiones— fotografías de sus parientes, especialmente de su familia inmediata, ya que su pesadilla había empezado cuando él tenía 14 años.

Cuando nos trajo estas fotografías, nos impresionaron las semejanzas entre el "kit de rasgos de identidad" y la fotografía de su padre. A pesar que el paciente también se impresionó por esta increíble semejanza, negó que la cara que se le aparecía durante la pesadilla pudiera ser la de su padre. Tenía una imagen casi "celestial" de su padre recientemente fallecido. Su madre había fallecido cuando él era un bebé y por lo tanto permaneció con su padre, al que consideraba una especie de "santo" que lo había sacrificado todo para poder dedicarse exclusivamente a criar a su hijo. Por otra parte, era cierto que como niño casi siempre estuvo con su abuela, ya que su papá estaba fuera, llegando generalmente tarde en la noche. Pero todo esto era siempre parte del sacrificio y la "santidad" del padre que trabajaba horas extras de modo que su hijo no tuviera necesidades insatisfechas.

La única alternativa era seguir con la investigación, y dado que la hermana mayor del padre vivía cerca en esa época, decidimos entrevistarla. Surgió una historia bastante interesante: algunos años después de la muerte de su esposa, el padre del paciente había tenido una aventura que duró algunos años con una mujer del mundo del espectáculo. Ella viajaba frecuentemente e insistía en afirmar que su relación podría continuar únicamente si él cambiaba de vida de modo que pudiera viajar con ella. El padre deseaba hacer este cambio, y por lo tanto, el único obstáculo a esta unión estaba representada por su hijo. (Este último nunca supo de esta relación; el padre justificaba su ausencia diciendo que trabajaba tiempo extra por el bien de su hijo). La hermana del padre reveló cómo, en varios momentos de desesperación de esta relación romántica, el padre le había confiado su intención de deshacerse del hijo internándolo en un colegio para escapar con su amante. Esto nunca sucedió, dado que la mujer finalmente lo abandonó, aburrida de la precaria situación.

Nuestro paciente estaba asombrado de la historia que escuchó, pero no podía negarla dado que su tía ofrecía una prueba indesmentible. Naturalmente, el mito respecto a su padre como un hombre santo y

virtuoso se vino abajo. La cosa más interesante fue que sólo entonces él repentinamente recordó algo. Una noche, cuando él tenía más o menos 14 años, al pasar por la puerta abierta de la habitación de su padre, vio una expresión inusual en su rostro —sin hablar, su padre “lo miró en forma fija y penetrante”. Se le ocurrió inmediatamente que la mirada que lo había perseguido por años en sus sueños era la misma que había visto aquella noche y que “por alguna extraña razón” había olvidado por completo. La historia de su tía reveló que los momentos más dramáticos de la relación con su padre y su amante habían ocurrido precisamente cuando él tenía 14 años.

Código analítico. El código analítico procesa fundamentalmente unidades léxicas. El procesamiento de estas unidades aparece en las representaciones internas en varias pautas, una de las más relevantes para objetivos clínicos es el llamado diálogo interno (ver, por ejemplo, Meichenbaum 1977)³.

Característicamente, se dice que el pensamiento verbal está orientado a la elaboración de conocimiento descriptivo y explícito a través de la producción de conceptos, que en comparación con las imágenes, son entidades mucho más estables y perdurables. Más aún, una vez que los conceptos han sido elaborados, son fácilmente separables del contexto situacional en que se originaron y pueden ser tratados como unidades de conocimiento en sí mismas (por ejemplo, como entidades u objetos) sin considerar su origen o aplicación real.

En las representaciones internas, el pensamiento verbal puede asumir formas extremadamente diferentes, variando desde un razonamiento estructurado e intencional a diálogos internos más o menos automáticos y “estenográficos”. Incluso en la variabilidad de sus formas, el pensamiento

³ La nomenclatura relacionada a los modos de representación del pensamiento es bastante variada. El modo “verbal” (léxico) de representación del pensamiento (Horowitz 1972) es algunas veces identificado con el “monólogo interno” (ver, por ejemplo, Mahoney y Mahoney 1976) o el “diálogo interno”. Este último término es usado en este libro ya que, fenomenológicamente, los pensamientos verbales aparecen a menudo en la conciencia como una especie de diálogo entre distintas personas. Por ejemplo, en momentos difíciles puede uno hablarse a sí mismo en silencio, con pensamientos tales como: “Vamos, un poquito más de empeño” o “No seas tonto, no te rindas todavía”, además de decirse —obviamente en silencio— “No debo rendirme justo ahora cuando estoy cerca de la solución”. En trabajos de Berreen (por ejemplo, 1961, 1972) se puede encontrar un análisis fenomenológico de los pensamientos verbales que apelan a nosotros mismos con distintos pronombres (“yo”, “tú”, etc.).

verbal fluye de manera más regular y constante que la imaginación, por lo tanto, le da mayor estabilidad a la representación interna total. Más aún, ligado por naturaleza a las palabras, fluye *en secuencia* de acuerdo a derivaciones formalmente coherentes y reglas de combinación. De esta manera el pensamiento verbal es un instrumento de orden y coherencia para toda la representación interna, ya que comparado a la “excentricidad” de las imágenes, tiene éxito en definir con bastante precisión los aspectos generales y particulares de un problema, infiriendo las adecuadas conexiones lógicas y cronológicas.

Los procesos de pensamiento verbal son extremadamente importantes, no sólo porque permiten la formalización conceptual del conocimiento, sino también porque constituyen una parte esencial de los procedimientos de resolución de problemas que son tan importantes en el desarrollo práctico del programa de investigación. Según Popper (1972), la actividad de comprensión es esencialmente aquella que ocurre cada vez que uno avanza hacia la resolución de un problema. Desde esta perspectiva, el progreso del conocimiento es igual a la resolución de problemas; es decir, la organización del conocimiento mismo se desarrolla y modifica a lo largo del tiempo a través de un proceso ininterrumpido de resolución de problemas. Por lo tanto, a estas alturas, merece que hagamos una digresión sobre la resolución de problemas.

Durante muchos años después de los trabajos de Newell y Simon (1972), se creyó que la formulación y solución de cualquier problema podrían ser delineadas de acuerdo a un simple conjunto de técnicas de pensamiento: el llamado Resolvedor General de Problemas. Mientras que el procedimiento de solución era considerado como algo único y de tipo lógico-formal, la formulación del problema podía variar según las diferentes representaciones de la realidad que pudiera tener el individuo. Los modelos derivados de la teoría Resolvedor General de Problemas —que propone una visión del razonamiento como exclusivamente proposicional y lógica— tienen poca semejanza con el pensamiento cotidiano. En nuestra opinión, parecen ser instrumentos artificiales y limitados, bastante alejados de la complejidad del mundo real.

Existen varias consideraciones teóricas y datos empíricos que apoyan la tesis que la capacidad de resolver problemas no puede reducirse a un solo tipo lógico básico. Por ejemplo, Bara (1980a), en una revisión crítica de este tema, llega a la conclusión que en los seres humanos existe una

representación *única* del conocimiento y dentro de ella hay *diferentes tipos de pensamiento lógico*. De esta manera, toda el área de resolución de problemas humana puede ser considerada como un conjunto diferenciado y articulado de procedimientos de resolución de problemas, más que un solo procedimiento aplicable a todos los problemas.

Según Bara (1980a), los tipos lógicos de pensamiento pueden ser clasificados en seis categorías principales: formal, mundana, física, interactiva, personal y de resolución de problemas del yo.

1. La resolución formal de problemas coincide con un conjunto de procedimientos lógico-formales y matemáticos. Corresponde al área clásica de estudios de resolución de problemas y es intensamente estudiado, sobreponiéndose al paradigma del Resolvedor General de Problemas. Sin embargo, contiene procedimientos (por ejemplo, soluciones a problemas lógicos y ecuaciones matemáticas) que tienen poca importancia en la vida cotidiana y, por lo tanto, poca aplicabilidad a problemas clínicos concretos.
2. La resolución mundana de problemas coincide con un conjunto de procedimientos basados en el "sentido común" que proviene de la experiencia cotidiana. En esta clase de procedimientos de resolución de problemas se incluyen un uso "intuitivo" o las decisiones "emocionales" que arbitrariamente hacen aceptable o refutable la premisa de un problema.

Dado que los procedimientos lógico-formales no son considerados en la resolución mundana de problemas, muchos "pasos lógicos" pueden ser omitidos para llegar a la solución. A pesar que las inferencias y soluciones bosquejadas mediante este método objetivamente pueden parecer incorrectas y apresuradas, por lo general subjetivamente son plausibles, tanto así que el sujeto puede tomar decisiones vitales basándose en ellas. El lado positivo de los procedimientos "alógicos" que explotan el "buen sentido" y las motivaciones emocionales es, por supuesto, que ellos permiten conclusiones rápidas con poco gasto de energía. Lejos de ser "infantil" o peligrosa, la resolución mundana de problemas puede ser extremadamente útil para los propósitos cotidianos de nuestra vida.

3. La resolución física de problemas incluye un conjunto de procedimientos necesarios para tratar problemas que tienen que ver con la

realidad física. Nos permite tratar adecuadamente problemas con el mundo externo, permitiéndonos, por ejemplo, resolver problemas de orientación espacial o temporal. Más aún, nos permite razonar respecto a las interrelaciones que conciernen a cosas concretas en torno a nosotros y a los eventos físicos a los que nos vemos enfrentados —por ejemplo, podemos predecir las posibles consecuencias de una tormenta que está por llegar durante un picnic y planificar el día de acuerdo a esto.

4. La resolución interactiva de problemas coincide con un conjunto de procedimientos relacionado con las reglas sociales, y por lo tanto es útil para comprender las interacciones entre dos o más personas. Este tipo de resolución de problemas es bastante similar a la resolución personal de problemas y de nosotros mismos y podemos tratarlas como conjuntos que se superponen.

En la resolución interactiva de problemas, el elemento distintivo es que el individuo es solamente un espectador; al convertirse en un participante activo en la interacción, él o ella usará principalmente la resolución personal de problemas. Las reglas sociales compartidas por el grupo al cual pertenece la persona y la educación que él o ella ha recibido de la familia son generalmente las dos principales fuentes de los procedimientos de resolución interactiva de problemas. De hecho, a partir de éstas un joven puede extraer progresivamente las reglas básicas de la conducta social, las que podrán ser usadas para explicar qué puede él o ella esperar de la gente.

5. La resolución personal de problemas involucra un conjunto de procedimientos utilizado en la interacción social cuando el individuo es uno de los actores. En este caso, las técnicas de resolución de problemas, a pesar que derivan de las reglas sociales y del aprendizaje familiar, se tornan extremadamente personalizadas. De hecho, aparte de la observación general de que una cosa es saber cómo uno debe comportarse y otra es saber cómo uno se comporta realmente, es obvio que cada vez que alguien está directamente involucrado en una relación, los procedimientos derivados de la experiencia personal individual deben ser agregados a las experiencias más impersonales de resolución interactiva de problemas. La experiencia personal en las relaciones afectivas, que es una parte tan relevante de la organización del conocimiento, es usada en forma tan continua por nosotros durante nuestra vida, que

puede afirmarse definitivamente que toda conducta implica un cierto grado de resolución personal de problemas.

6. La resolución de problemas del sí mismo coincide con el conjunto de procedimientos con el cual nos representamos a nosotros mismos en la vida cotidiana. Mediante estos procedimientos la propia imagen se mantiene constante, en un nivel puramente descriptivo (autodescripción) y en un nivel evaluativo (autoevaluación), enfrentada a diversas situaciones problemáticas con que uno se encuentra en la vida cotidiana. De más está decir que la resolución de problemas del yo no nos suministra una representación de nosotros mismos como somos en "realidad", sino más bien como nosotros creemos ser. En otras palabras, estos procedimientos expresan nuestra actitud hacia nosotros mismos más que el autoconocimiento que nos caracteriza. De esto se desprende que uno no puede pretender que la introspección sea como una "ventana" abierta a procesos afectivos internos, sino más bien un modelo sesgado de ellos. Tal como lo es para la resolución personal de problemas, podemos confiadamente creer que toda conducta implica un cierto grado de resolución de problemas del yo (ver Capítulo 4).

Capítulo 4

MANTENCIÓN Y CAMBIO DE LAS ESTRUCTURAS COGNITIVAS

ROL FUNDAMENTAL DE LA ACTITUD HACIA UNO MISMO Y LA IDENTIDAD PERSONAL

El sí mismo no es "sólo ego"; es decir, un mero sujeto. Más bien, es increíblemente rico. Como un piloto, observa y actúa al mismo tiempo. Está actuando y sufriendo, recordando el pasado y planificando y programando el futuro; tiene expectativas y dispone. Contiene, en rápida sucesión, o al mismo tiempo, deseos, planes, esperanzas, decisión de actuar y una conciencia vívida de ser un ser actuante, un centro de acción.

—Popper y Eccles (1977)

En el Capítulo 3 dijimos que el modelo epistemológico del programa de investigación de Lakatos debiera entenderse como un tipo de guía metafórica más que como un modelo exacto de la organización del conocimiento individual, porque al cambiar desde el nivel epistemológico a un nivel psicológico, tratamos con un proceso que tiene un sujeto existencial definido. Efectivamente, cada ser humano es una persona única, agente de sus estados emocionales y procesos de pensamiento y fuente de sus propias decisiones y acciones. En otras palabras, el control de sus intenciones, pensamientos, estrategias de conducta, etc., está dentro de la persona, y esta es una importante diferencia con los procesos más impersonales del crecimiento científico.

Mischel y Mischel (1977) llegaron a las siguientes conclusiones en su revisión de estudios concernientes al autocontrol: la falta de correlaciones coherentes entre caracterizaciones de rasgos (que intentan especificar lo que la gente es en términos de un número razonablemente pequeño de dimensiones) y la conducta de las personas es evidente; la organización idiosincrásica de cada individuo puede entenderse mejor considerando al ser humano como un activo resolvidor de problemas, consciente de sí mismo, capaz de cambiarse a sí mismo; "la persona o el yo, entonces, es el organismo actuante" (p. 51; ver también Royce 1973).

Desde nuestra perspectiva teórica, la organización idiosincrásica que yace en cada uno de nosotros y regula de un modo específico nuestras habilidades controladoras puede ser entendida en base a la actitud que cada uno de nosotros asume hacia sí mismo. En buena medida, a pesar que las estructuras profundas corresponden a nuestro modo constitutivo e inevitable de ser (todo aquello de lo cual estamos hechos), formalizamos nuestra existencia de una manera definida mediante estructuras de identidad personal (todo aquello que nosotros hacemos de nosotros mismos). Esta formalización se produce mediante una relación dinámica entre los elementos de estructuras profundas (por ejemplo, reglas invariantes, esquemas emocionales) y las capacidades cognitivas emergentes (por ejemplo, la rotulación verbal, el distanciamiento). Esta relación dinámica, mediante la cual cada uno de nosotros nos construimos a partir de lo que estamos hechos, se despliega en un proceso continuo de reconstrucciones internas. A esta relación dinámica la hemos llamado "la actitud hacia uno mismo". La identidad personal es la polaridad conceptualizada emergente de esta relación. La manera idiosincrásica de controlar la organización progresiva del conocimiento adquirido de la realidad es una función de la identidad personal. La identidad personal se convierte en un punto de referencia y de continua confrontación con el cual somos capaces de monitorear y de evaluarnos a nosotros mismos en relación a la realidad circundante. Más aún, debido a esta confrontación continua, podemos proceder a una adecuada selección de toda la información ambiental disponible casi automáticamente —tan rápido, que ocurre casi sin tomar conciencia.

La calidad y cantidad de estimulación social disponible en cada momento excede por completo nuestra habilidad de procesar y de ponerle atención a toda ella. Por lo tanto, somos necesariamente selectivos en lo

que registramos de cada situación en relación a nuestra interacción con el mundo. Esta selectividad es regulada por la continua confrontación con la autoimagen estructurada, que determina, momento a momento, qué información entrante debe ser considerada relevante. Más aún, la confrontación continua con la identidad personal percibida es también decisiva al establecer los límites selectivos de la información que proviene de nosotros mismos. Únicamente una fracción de la información potencialmente disponible es procesada, ya sea en el modo de representación verbal o imaginal del pensamiento. Del mismo modo selectivo, los estados interiores (experiencias emocionales potenciales) están siendo codificados continuamente en base al rango emocional que reconocemos como propio y que sostiene nuestra autoimagen estructurada. Finalmente, el mismo razonamiento puede ser considerado verdadero para la memoria, hacia la cual establecemos una relación extremadamente activa. Así, desde la modulación de la información continuamente propuesta por la memoria, sólo la información que es considerada acorde con la autoimagen estructurada es retenida e incorporada a ella. En el calce en curso con nuestra identidad personal percibida, tenemos acceso prácticamente ilimitado a información acerca de nosotros mismos —pasada o actualmente disponible— que intentamos buscar, y somos nosotros mismos quienes fijamos los límites. (Para datos experimentales acerca de este tema, ver Bower y Gilligan 1979; Markus 1977; Mischel, Ebbesen y Zeiss 1976; Rogers, Kuiper y Kirker 1977; Rogers, Rogers y Kuiper 1979).

Por lo tanto, la actitud hacia uno mismo es caracterizada más y más como una relación definida¹, capaz de proveernos una autoimagen

¹ En nuestra opinión, la definición y clasificación de las pautas individuales de la actitud hacia uno mismo pueden, en el futuro, suministrar una visión completamente nueva de la organización del conocimiento, incluyendo el problema de la vida consciente. Mientras tanto, la investigación sistemática del tema es deficiente y tenemos que contentarnos con algunos escasos estudios, cuyas promisorias implicancias ciertamente merecen más investigación clínica y experimental. Por ejemplo, Gur y Sackeim (1979) han propuesto el concepto de "autodecepción" para definir la situación dentro de la cual —quizás por conflictos anteriores— los individuos se impiden hacerse conscientes de algo que de hecho saben. Hamlyn (1977) ha escrito otras pautas de actitud hacia sí mismo, tales como la "ceguera hacia uno mismo", caracterizada por una "negación" a comprometerse con una línea de acción mediante una atención avasalladora hacia otras cosas; y "pararse detrás de uno mismo", por así decirlo, una actitud autoevaluativa mediante la cual el individuo siempre parece estar "un paso más atrás", continuamente observando y juzgando sus propias emociones y desempeños.

estructurada y estable, la que a su vez nos permite una autopercepción coherente y continua y una autoevaluación en vista de un llegar a ser temporal y de una realidad cambiante. Por esta razón la mantención de nuestra propia identidad personal percibida se convierte en algo tan importante para nosotros como la vida misma; sin ella, seríamos incapaces de funcionar adecuadamente.

En particular, la identidad personal ejerce su función reguladora en el devenir temporal, haciendo nuestros planes y acciones consistentes con la calidad de la actitud hacia nosotros mismos que hemos sido capaces de estructurar. Por lo tanto, podríamos decir que la actitud hacia nosotros mismos es la responsable de y coordina nuestra correspondiente actitud hacia la realidad. Esto es, nuestro modo de ver la realidad —y a nosotros mismos en la realidad— esencialmente depende de cómo nos vemos y concebimos a nosotros mismos. Por ejemplo, si hemos estructurado una autoimagen de una persona débil y frágil, consiguientemente tendremos una visión de la realidad como protectora, por una parte, y como potencialmente peligrosa y hostil, por la otra. Más aún, en esta realidad nos veremos a nosotros mismos moviéndonos con cuidado y cautela, descartando a priori dominios enteros de experiencia considerados más allá de nuestras posibilidades. Por lo tanto, precisamente mediante la correspondiente actitud hacia la realidad que es capaz de determinar, la identidad personal regula y coordina la mantención y el cambio de pautas de nuestro conocimiento durante nuestro llegar a ser temporal.

MANTENCIÓN Y CAMBIO DE LA ORGANIZACIÓN COGNITIVA

El crecimiento del conocimiento avanza de problemas viejos a problemas nuevos... La actividad del entendimiento es, esencialmente, la misma que la de toda resolución de problemas.

—Popper (1972)

Ahora describiremos brevemente los modos principales mediante los cuales la identidad personal, a través de la correspondiente actitud hacia la realidad, regula tanto los patrones de su propia mantención como sus posibilidades y patrones de cambio. Nuestras advertencias finales intentan delinear algunos aspectos inherentes a la organización del conocimiento del llegar a ser temporal.

Mantención

La actitud hacia la realidad se articula esencialmente en modelos representacionales de la realidad que describen el mundo en congruencia con la autoimagen estructurada.

La complementariedad entre autoimagen e imagen de la realidad puede ciertamente ser considerada como uno de los hechos fundamentales en los cuales descansa la mantención de la identidad personal. La selección de datos de la realidad exterior que son coherentes con la autoimagen obviamente confirma —de un modo automático y circular— la identidad personal percibida. Por ejemplo, si un hombre cree que la gente no lo acepta, tenderá más que otros a captar los más mínimos signos de crítica o indiferencia hacia él en diferentes situaciones sociales, confirmando así su “teoría”.

Otra manera de mantener la estabilidad de las estructuras de la identidad personal aflora de la capacidad humana de formular problemas y buscarles activamente una solución. Los procedimientos de resolución de problemas son un instrumento a través del cual podemos manipular activamente los datos experienciales, obteniendo confirmación de nuestra propia manera de vernos a nosotros mismos y al mundo. Acerca de esta materia, vale la pena tener presente que los problemas raramente existen como tales. La naturaleza problemática de una situación es definida más por el “código de lectura” derivado de la organización del conocimiento del individuo que por una dificultad objetiva. Consecuentemente, la hipótesis más adecuada para resolver un problema no es tanto aquella que garantiza la mejor solución “objetivamente” hablando, sino aquella que mejor puede enunciar y resolver el modo que tiene el individuo de ver la dificultad. Por ejemplo, tomando nuevamente el ejemplo precedente de un hombre que espera ser rechazado, él puede tratar de resolver su problema social asumiendo una actitud chispeante absolutamente falsa, sólo para obtener —en el mejor de los casos— una complicidad forzada a sus chistes fomes, seguida por el rechazo real que él luchaba por evitar. Más aún, como mencionamos en el capítulo anterior, en realidad, la resolución de problemas en base a la lógica, es sólo *uno* de los posibles procedimientos y ciertamente no el más usado en las situaciones de la vida cotidiana. Por lo tanto, las pautas de resolución de problemas basadas en las motivaciones emocionales o en el “buen sentido común” pueden convertirse, para muchos individuos, en maneras efectivas de tomar decisiones en la

vida que no sólo son plausibles para ellos, sino también para las personas que los rodean y que comparten el mismo sentido común y su "lógica emocional" asociada. Obviamente, esto confirma aún más al individuo la plausibilidad de la solución tomada, a pesar de su posible falta de lógica "objetiva".

Además, a pesar de las normas de la lógica, los seres humanos parecen estar más inclinados a creer y a confirmar su propio concepto del mundo que a dudar y desconfirmarlo cuando enfrentan problemas de gran envergadura. Esta tendencia hacia la confirmación puede hacerse particularmente evidente, por ejemplo, como una incapacidad de eliminar una solución tentativa aun cuando ella haya probado ser completamente inútil. En su trabajo sobre el fracaso para eliminar hipótesis, Wason (1977) afirma que "incluso individuos muy inteligentes adhieren a sus propias hipótesis con increíble tenacidad cuando éstas pueden producir alguna confirmación evidente para ellos" (p. 313), y es bien sabido cuán fácil es producir "evidencia confirmatoria". Por lo tanto, cuando la solución tentativa se mantiene a pesar de los resultados obtenidos, depende directamente de que el modo de definir y enunciar el problema sea coherente con la representación de la realidad del individuo. De esta manera, la insolubilidad misma del problema puede convertirse en una confirmación de las expectativas del paciente².

En relación con esta materia, cabe considerar un ejemplo (que es más una viñeta demostrativa que un hecho de la vida real). Pensemos en una

² Podría ser útil mencionar brevemente la diferencia postulada entre la resolución de problemas de primer y segundo grado descrita por Watzlawick, Weakland y Fisch (1974) siguiendo el modelo teórico propuesto por Bateson (1972; ver también 1979). En la resolución de problemas de primer grado, los individuos llegan a una solución que aplican directamente a la dificultad que perciben. De esta manera puede obtenerse un cambio limitado (el llamado cambio 1), consistente en resolver un problema contingente, sin modificar la actitud hacia la realidad que hizo posible el reconocimiento mismo de la dificultad. Si esto no ocurre, la solución aplicada podría no ser eliminada y convertirse en un dato de la experiencia y en un futuro rasgo de la naturaleza de la dificultad percibida. Así la solución coincide con el problema, y la imposibilidad de resolver el problema se hace una parte determinante de la actitud del individuo hacia la realidad.

El procedimiento de resolución de problemas de segundo orden es completamente distinto; la mayoría de las veces entra en acción una vez que la resolución de primer orden ha demostrado ser ineficiente. En este caso, todo el proceso es aplicado, consciente o inconscientemente, a las soluciones intentadas (es decir, a lo que ya el individuo está haciendo para resolver el problema) más que a la dificultad misma. Por lo tanto, en la resolución de problemas de segundo orden, la solución evidentemente se logra mediante una "brecha lógica" que involucra un cambio en la actitud del individuo hacia la realidad (el llamado cambio 2).

joven que ha desarrollado una autoimagen "intrínsecamente no querible". Es muy probable que esta imagen determine una actitud extremadamente específica hacia la realidad: ella puede percibir a los hombres como no interesados en ella y consecuentemente esperar que toda eventual relación romántica llegue a su fin rápidamente, porque su pareja pronto se dará cuenta de sus defectos y la abandonará. Una vez que se establece una relación afectiva, su actitud hacia la realidad la hace definir el problema como sigue: "¿Qué puedo hacer para evitar que este hombre me abandone?". Una solución "adecuada" —dada dicha definición del problema— bien podría consistir en implementar una serie de conductas cuyo objetivo fuera el "mantenerlo a toda costa". Es posible que estas conductas (por ejemplo, incesantes demandas por reafirmación afectiva, escenas de celos, intentos de controlar la vida de la pareja, etc.) efectivamente causen que su pareja se canse de la situación y decida abandonarla de modo de dedicar su atención a una mujer menos opresora y aburrida. Sin embargo, la joven no considerará este evento como la consecuencia lógica de su propia conducta. Al contrario, va a ser utilizado como una confirmación más de su propia creencia que ella es intrínsecamente no querible e incapaz de "mantener sus amores". Por lo tanto, en situaciones futuras ella tenderá a intensificar su "solución" controladora, produciendo así más abandonos.

Dado que cada vez que es abandonada, ella procesa los datos derivados de la experiencia en base a su autoimagen (de modo que sea reconfirmada y se estabilice cada vez más), poco a poco su propia incapacidad de ser querida se hace más cierta y "probada". Se comprende entonces cómo esta creencia la orientará hacia opciones específicas en la vida (en relación al trabajo, los compromisos sociales, etc.), dejando los compromisos románticos en segundo plano. Progresivamente, estas opciones constituirán un "programa vital" definido, que ella considerará como el único posible. En dicha situación, la eventual proposición de una nueva relación romántica evocará con mayor facilidad una repetición de la conducta previamente descrita, con el resultado de favorecer la ocurrencia inmediata del evento esperado (alejamiento del hombre). En otras palabras, es como si la mujer "programara" su propia conducta de modo de confirmar, en el menor tiempo posible, la expectativa que al comienzo de sus experiencias afectivas fue temida, pero que ahora se ha convertido en una certeza considerada necesaria para mantener y continuar su propio programa de vida.

Esta viñeta ejemplifica cómo, a medida que pasa el tiempo, la necesidad de confirmar las propias elecciones vitales puede expresarse cada vez más, llevando a cabo conductas que producen consecuencias previstas, funcionales a las elecciones hechas. De esta manera, la ocurrencia de eventos no deseados pero "ciertos" y, en todo caso, de eventos que no desafían las decisiones tomadas, puede ser "preferible" a la ocurrencia de eventos deseados (tales como la posibilidad de una relación sentimental continua) que podría implicar un cambio en el programa de vida.

En síntesis, podríamos decir que la tendencia a mantener nuestro propio concepto del yo y del mundo no se manifiesta sólo por la producción estereotipada de formulación de problemas y la repetición de "soluciones" de los problemas. Las estrategias idiosincrásicas de resolución de problemas también permiten manipular activamente la situación ambiental hasta alcanzar la producción de eventos en consonancia con la autoimagen estructurada. De esta manera, a través de procedimientos repetitivos y estereotipados, él o ella puede "modelar" el ambiente externo hasta alcanzar la construcción de un "nicho ambiental" adecuado para su identidad personal y su programa vital. Una de las expresiones más singulares de los seres humanos como resolutores activos de problemas se manifiesta precisamente en su capacidad de adaptación a la cambiante realidad circundante mientras mantienen su propio concepto de sí mismos y del mundo.

Cambio

Mediante la mantención de las estructuras cognitivas de la identidad personal, los individuos fundamentalmente "inventan" sus propias experiencias, operando activamente sobre su ambiente mediante la producción de eventos acordes con la mantención de su concepto de sí mismos y del mundo.

En este sentido, una vez más es posible captar la analogía formal entre el funcionamiento de los individuos y el de los científicos. En su intento por entender la realidad, los científicos construyen teorías que determinan parcialmente la forma misma de la experiencia que intentan explicar. En otras palabras, mediante sus propios conceptos del mundo, los científicos modelan la realidad, que de esa manera toma la forma que, según ellos, les permite clasificarla y arreglarla. Sin embargo, aun cuando la capacidad de los científicos de manipular la realidad les facilita el desarrollo y la manipulación de sus propias teorías, muy frecuentemente se ven enfrentados

a datos anómalos que los obligan a revisar sus propias hipótesis. De la misma manera, a pesar que los individuos modelan su propio ambiente mediante su actitud hacia la realidad y consiguientemente sus procedimientos de resolución de problemas, ellos a menudo se ven enfrentados a datos experienciales "anómalos" que no pueden ser explicados por el punto de vista de sí mismos o del mundo que han adoptado.

Como ya mencionamos, el concepto de sí mismo de un individuo y del mundo interactúa continuamente con los datos ambientales y, por lo tanto, sufre un remodelaje y una readecuación incessantes en respuesta a la variabilidad de las situaciones ambientales. Para tomar simultáneamente en cuenta tanto la tendencia hacia la mantención como la tendencia hacia el remodelaje de la identidad personal, uno podría decir que dentro de una actitud determinada hacia la realidad, el rango de cambios posibles ya está definido, de modo que cuando ellos ocurren no producen una modificación apreciable en la identidad personal del individuo.

Por ejemplo, un hombre que se considera a sí mismo una persona despreciable puede definir su propia actitud hacia la realidad no revelando jamás sus pensamientos y emociones, ya que las personas se darían cuenta de cuán indigno es. Supongamos que un amigo le brinda tales muestras de bondad, comprensión y devoción que este hombre es persuadido a revelar sus propios estados de ánimo. En un sentido, este evento constituye un cambio notable en su actitud, ya que el hombre decide confiar en alguien y hablar de sí mismo por primera vez en su vida. Sin embargo, este cambio debe ser considerado como parte de un "rango" de cambios posibles (en relación a su propia actitud hacia los demás) que permite una mantención inalterada de su propia identidad personal. De hecho, probablemente atribuirá su propio cambio a las características particulares de su amigo, elaborando, por ejemplo, teorías del siguiente tipo: "Él es definitivamente excepcional; puedo confiar en él". De esta manera, los datos experienciales anómalos (constituidos por la posibilidad de confiar en alguien sin que ocurra la temida consecuencia) serán capaces de producir exclusivamente una modificación parcial de su actitud hacia la realidad sin implicar una modificación de su autoimagen preexistente.

Cambio individual profundo

Desde el punto de vista clínico, es interesante una modificación "profunda" de la estructura de la identidad personal más que cambios "superfi-

ciales” en la actitud hacia la realidad. En nuestra opinión, las necesidades capaces de determinar este cambio profundo son producto de dos presiones distintas, que se ejercen sobre la identidad personal dentro de la configuración del conocimiento estructurado (ver Tabla 3-1, p. 80). Por una parte, pueden ser datos experienciales anómalos que provienen de la actitud hacia la realidad y que no pueden ser explicados por la autoimagen estructurada; y por otra parte, los datos anómalos pueden elicitar más implicancias derivadas del autoconocimiento, y éstos, a su vez, requerirán de su procesamiento e incorporación en la identidad personal.

Desde esta perspectiva, un cambio profundo se identifica con un cambio en la actitud hacia uno mismo obtenida a través de la explicación y reconstrucción de nuevas reglas que provienen del autoconocimiento. El cambio en la actitud hacia uno mismo provocará consecuentemente una modificación en la identidad personal que, a su vez, producirá una reestructuración de la actitud hacia la realidad a través de la cual el mundo podrá ser visto y tratado de una manera diferente. Por otra parte, vale la pena tener en cuenta que, dada la fuerte tendencia a mantener la propia identidad personal, cualquier petición de algún grado de cambio profundo debe ser considerada un desafío para el individuo. Así uno podrá esperar que mientras más profundo sea el cambio requerido, más fuertes serán la resistencia y la tensión emocional. Más aún, a pesar que el individuo esté entusiasmado en su camino hacia la autotransformación, cuanto mayor sea el estrés emocional, más tratará de salvaguardar sus estructuras de identidad personal —al menos retardando el proceso.

Las pautas de cambio profundo individual difieren enormemente de una persona a otra. Sin embargo, comparten la necesidad del individuo de tener una autoimagen alternativa de modo de posibilitar una modificación de identidad sin experimentar ninguna interrupción en la sensación de continuidad subjetiva. Tal interrupción sería equivalente a perder la noción misma de realidad. Enfrentado a tan inminente catástrofe psicológica, casi todo el mundo se vería inevitablemente obligado a reconfirmar y mantener su autoimagen habitual, por muy inconveniente que ésta haya demostrado ser.

A pesar que los intentos de cambio profundo pueden ser desarrollados con una gran variedad de procesos cognitivos y posibles resultados finales, para mayor brevedad, describiremos aquí solamente los casos más extremos y sus resultados, esto es, donde el intento de modificar la actitud

hacia uno mismo y de reestructurar la identidad personal tiene éxito y también donde este intento falla.

Intentos que reflejan un cambio progresivo. Como hemos dicho, el intento de desafiar la propia actitud hacia la realidad mediante sets de datos experienciales anómalos pone en marcha implicancias ulteriores de autoconocimiento que ejercen presión sobre la actitud que uno tiene hacia sí mismo, para hacerse explícitas y ser incorporadas en la identidad personal. Este proceso homeostático y adaptativo suministra nuevas reglas posibles en base a las cuales el individuo puede reelaborar su autoimagen, de modo que una vez más es capaz de adaptarse a la cambiante realidad que lo rodea.

Las nuevas implicancias del autoconocimiento aparecen en el procesamiento mental del sujeto en el código analógico con el cual generalmente se expresa el autoconocimiento tácito. Por lo tanto, esencialmente adoptan la forma de representaciones no verbales emocionalmente cargadas (imágenes, fantasías, sueños, recuerdos súbitos, etc.) vivenciadas experiencialmente como “intuiciones” rápidas e inesperadas. Estos contenidos de conocimiento pueden reverberar, más o menos, en las representaciones internas del individuo e inicialmente pueden no ser demasiado significativas para las experiencias personales. La pronta atribución de significado a estas imágenes reverberantes se dificulta por el hecho de que generalmente asumen formas bastante dispares, incluso durante el mismo día.

Por ejemplo, en algunas ocasiones, imágenes acompañadas por sentimientos específicos pueden de pronto insertarse a sí mismas en los procesos de pensamiento del individuo, otras veces como una consecuencia de percepciones aparentemente irrelevantes. En otras oportunidades, se hacen presentes de una manera más continua como una especie de trasfondo a la actividad representacional del individuo. Por ejemplo, tan pronto como el individuo se ve enfrentado a una tarea semiautomática, contenidos del conocimiento profundo pueden asumir la forma de ensañaciones diurnas o fantasías semi-intencionales que él o ella considera deseables pero imposibles de lograr (cf. Singer 1974). Tales contenidos casi siempre son acompañados de un coloreamiento emocional específico, aunque generalmente menos intenso en esta actividad de trasfondo que en la imagería “invasiva”.

Finalmente, en otros momentos —por lo general después de fases de reverberación iniciales, cuando un procesamiento tácito de tales contenidos

ha comenzado— pueden aparecer algunas intuiciones como verdaderas “visiones alternativas” de sí mismo y de la realidad. Según Franks (1974), estas intuiciones deben ser consideradas como indicadores fenomenológicos de nuevos conjuntos de reglas que están siendo estructurados en el autoconocimiento tácito como una consecuencia del procesamiento de información que está teniendo lugar. En un comienzo, estas intuiciones aparecen de una forma más o menos vaga y súbita, y únicamente con un procesamiento ulterior pueden adquirir una forma más definida que permita a los individuos comprender su significado. La duración del período de reverberación y de subsecuentes procesamiento más organizados, varía ampliamente de un caso a otro. Sin embargo, aun en las situaciones más favorables, el proceso debiera ser considerado siempre como gradual y acompañado por diversos grados de malestar afectivo. En particular, este último va a ser más intenso mientras más profundamente uno modifica la actitud hacia uno mismo.

El proceso de cambio profundo se acerca a la conclusión cuando el individuo logra definir explícitamente e incorporar en forma estable la visión alternativa de sí mismo en su identidad personal, volviéndola así un nuevo punto de referencia y de comparación continua. Paralelamente, la actitud del individuo hacia la realidad es modificada, produciendo una nueva manera de ver el mundo y a sí mismo en el mundo, que se traduce en una modificación más o menos extensa del programa vital. Generalmente, la fase en que el proceso de cambio está llegando a su conclusión se caracteriza porque los sujetos “súbitamente”, luego de un período relativamente largo de inestabilidad, empiezan a tener conocimiento explícito de la modificación que están experimentando y de los objetivos de vida hacia los cuales se dirigen.

Los mecanismos que regulan la emergencia de este conocimiento explícito, que a veces asume la forma de un “descubrimiento” repentino, se conocen poco. Es posible que tales mecanismos tengan algunas analogías con el proceso de “toma de conciencia” descrito por Piaget (1974). Este proceso no se identifica como un tipo de introspección que de pronto ilumina aspectos del sí mismo que hasta ahora habían estado ocultos. Más bien, la toma de conciencia corresponde a una reconstrucción real de algo que ya está siendo procesado y organizado a un nivel tácito. A pesar de que el proceso de reconstrucción es lento y gradual, la comprensión final viene en forma relativamente rápida y súbita. Esto generalmente ocurre cuando

un conjunto de reglas de autoconocimiento ha sido casi completamente organizado, influenciando considerablemente la actitud del individuo hacia sí mismo. Así entonces, únicamente el acto de tomar conciencia se caracteriza por ser inesperado, mientras la construcción tácita precedente es gradual.

La toma de conciencia da lugar, a su vez, a una nueva conceptualización, a través de la cual el individuo reorganiza su identidad personal de manera de incorporar los modos de pensar y actuar que han sido estructurados en forma gradual. Brevemente, el cambio en la actitud hacia uno mismo con el cual el individuo llega a reestructurar su propia identidad personal presenta las siguientes características:

- La nueva autoimagen es resultado de una reconstrucción conceptual de un nuevo conjunto de reglas que emergen del autoconocimiento tácito. Por lo tanto, a pesar que ha sido elicitada a partir de datos ambientales de la experiencia, la nueva manera de verse a sí mismo está determinada en gran medida por la fuerza heurística intrínseca al autoconocimiento del individuo.
- La nueva autoimagen no cancela las creencias previas que uno tenía acerca de sí mismo. Por el contrario, las viejas creencias se organizan junto a nuevas creencias emergentes en una relación estructural global en la que adquiere diferentes significados en comparación con el pasado —aun cuando, con diferentes significados e implicancias, la conservación de las viejas creencias permite la mantención de ese sentido de continuidad subjetiva del sí mismo en el cual se fundamenta la propia identidad personal.
- Únicamente a partir de la reconstrucción de la identidad personal puede uno avanzar consecuentemente hacia la reorganización de la actitud de uno mismo hacia la realidad. Esto es, las nuevas implicancias del autoconocimiento que han sido procesadas se convierten en parte de los modelos representacionales de la realidad, suministrando al individuo nuevas perspectivas y objetivos.

Intentos que reflejan un cambio regresivo. En la práctica clínica se encuentran frecuentemente situaciones donde no ocurre un cambio de actitud hacia uno mismo, y la consecuente reestructuración de la identidad personal no se produce, a pesar de la presencia de presiones ambientales

hacia dicho cambio. Por esta razón, acá sólo describiremos el proceso esquemáticamente, refiriendo al lector al siguiente capítulo para ejemplos clínicos.

El inicio del proceso es análogo a la situación previamente descrita. En base a los datos experienciales anómalos que cuestionan la actitud del individuo hacia la realidad, las implicancias del autoconocimiento ejercen presión, dentro de la actitud hacia uno mismo, para explicitarse y ser incorporadas dentro de la identidad personal. El nuevo contenido emergente de autoconocimiento, potencialmente susceptible de ser procesado, empieza a proponerse a sí mismo en representaciones internas del individuo, a través de su código analógico típico.

El elemento que diferencia el proceso "fallido" puede hallarse en la actitud particular hacia sí mismo que el individuo ha estructurado (ver Nota 1). Esta actitud ha inducido a la construcción de una autoimagen rígida, parcial y/o contradictoria en relación a la gama de posibilidades contempladas por el autoconocimiento. El efecto consecuente es que esta nueva petición de cambio propuesta por el conocimiento tácito es completamente ajena y/o incompatible con la autoidentidad estructurada a la cual se adhiere el individuo. En esta situación, el procesamiento de nuevas reglas profundas, con sus reverberaciones en la representación interna, no tiene muchas posibilidades de alcanzar una reconstrucción conceptual exitosa. De hecho, como hemos dicho previamente en este capítulo, los individuos son capaces de regular su propia atención selectiva por medio de una confrontación continua con la autoimagen estructurada, y por lo tanto pueden excluir información que proviene de sí mismos y que es incompatible con su propia imagen. Si tal exclusión fracasa y la información emerge a la conciencia, ella es distorsionada o negada, o su significado es removido.

Por otra parte, debiera tenerse presente que la proposición continua de nuevos datos de autoconocimiento se acompaña constantemente por un coloreamiento emocional importante. Cuando es imposible explicitar tales datos, se hace por lo tanto imposible explicar y controlar el componente emocional que los acompaña. De ahí entonces que el componente emocional es vivenciado más o menos como una congoja o aflicción emocional continua, que hace que la adaptación a la realidad sea algo precaria. Las consecuencias de esta aflicción emocional se reflejan en la actitud hacia uno mismo y en la actitud hacia la realidad.

La situación puede esquematizarse de esta manera:

- Actitud hacia uno mismo. A este nivel se produce un tipo de inestabilidad en las estructuras de la identidad personal dado que el individuo no es capaz de reconocer la aflicción que ella o él nota en forma continua como una experiencia emotiva personal. Entonces somos testigos de la proliferación de teorías, que tienen el propósito de explicar la naturaleza de la aflicción emocional manteniendo inalterable la autoimagen estructurada. Estas teorías comparten el rasgo común de atribución causal externa a la aflicción emocional. Vale decir, la causa es identificada cada vez como enfermedad (somática o psíquica, pero en cualquier caso percibida como fuera del control de la persona) o como presuntas hostilidades dentro del dominio de las relaciones interpersonales y sociales (negación, traición, conspiración en el ambiente laboral, etc.). De esta manera, el empeño en la mantención de la actitud hacia uno mismo puede ser el inicio del desarrollo de un síndrome clínico.
- Actitud hacia la realidad. Consecuentemente, la mantención de la identidad personal evita la modificación de la actitud hacia la realidad. Por esta razón, el individuo será incapaz de ofrecer soluciones alternativas a esas situaciones problemáticas que han generado una petición urgente de cambio. Las reacciones del individuo a estas situaciones se hacen cada vez más estereotipadas y repetitivas, con el resultado final de ser una confirmación continua del modo como él o ella encara los problemas como si fuera el único modo posible.

Niveles de intervención terapéutica. La situación brevemente descrita aquí corresponde a una visión doble de los objetivos terapéuticos. En concordancia con Arnkoff (1980), se pueden identificar dos niveles de modificación terapéutica: un cambio periférico y uno "central". El primer nivel se refiere a estructuras superficiales, y el segundo a estructuras profundas de organización del conocimiento.

Desde esta perspectiva, un cambio periférico coincide con la reorganización de la actitud del paciente hacia la realidad dentro de los límites permitidos por la mantención de su actitud hacia sí mismo. En otras palabras, con el uso, digamos, de técnicas de terapia conductual y/o de procedimientos de resolución de problemas, a veces es posible modificar los rasgos estereotipados y repetitivos de la actitud del paciente hacia la

realidad sin tener que modificar su autoimagen. Así entonces es posible obtener un mejoramiento en la adaptación del paciente al entorno y una reducción de su aflicción emocional. Sin embargo, este tipo de intervención periférica es generalmente de valor limitado y su efecto en casos complejos es de corta duración.

Por "cambios centrales" queremos decir la modificación de la actitud hacia uno mismo que sigue a la reestructuración de la identidad personal. El paciente desarrolla una nueva actitud hacia la realidad que involucra una visión alternativa de los problemas que lo afligen.

Estos dos tipos de cambios no se excluyen el uno al otro; más bien, según nuestra experiencia clínica, con frecuencia es posible alcanzar un cambio central sólo a través de un cambio periférico anterior. En el Capítulo 8 haremos una descripción más amplia de este punto.

Conclusiones

Tanto en la historia de la ciencia como en la historia de un individuo particular, el desarrollo del conocimiento se caracteriza por una integración progresiva de observaciones escasas y teorías rudimentarias dentro de unas más abarcadoras y unificadas. Popper (1972), comparando la evolución biológica con la evolución del conocimiento, muestra cómo ambos tienen, tal como los árboles, una estructura ramificada. La evolución del árbol del conocimiento, sin embargo, está invertida: mientras que la evolución biológica avanza hacia una diferenciación progresiva (desde el tronco hacia las ramas), la evolución del conocimiento avanza hacia una integración progresiva (desde las ramas al tronco). En otras palabras, desde teorías más periféricas y contingentes, el conocimiento poco a poco alcanza teorías más centrales y abstractas que incluyen las teorías originales como casos particulares.

Esta tendencia progresiva hacia la integración también es evidente en la evolución temporal del conocimiento de un individuo. El período del desarrollo se caracteriza por una elaboración de teorías más o menos contingentes estrictamente ligadas a un contexto observacional específico. Con la aparición del pensamiento lógico-conceptual, tales teorías alcanzan una generalización "paradigmática", que permite que el individuo extraiga de ellas una visión definida e inclusiva de sí mismo relativamente independiente del contexto ambiental específico. Durante la adultez y la madurez, las estructuras de identidad personal progresivamente regulan

las actitudes del individuo hacia la realidad, dándole un curso cada vez más unitario e individualizado.

De hecho, una biografía sería completamente incomprensible si los eventos vitales incluidos en ella fueran dispuestos en una secuencia más o menos casual o si esta secuencia fuera determinada únicamente por factores genéticos o estímulos ambientales. La historia de una persona y sus acciones se hacen inmediatamente más comprensibles si son vistas en términos de la formulación y solución de problemas, regulados y coordinados por el conocimiento de sí mismo y del mundo que el individuo ha ido elaborando progresivamente. Más aún, a medida que avanza la edad y se acumula experiencia, el concepto del sí mismo y del mundo de cada individuo tiende a hacerse más definido y a incluir una visión global comprensiva acerca del pasado, presente y futuro, cada vez más probable y menos incierto.

Como ha indicado Luckmann (1979), la identidad personal progresivamente tiende a tornarse en una forma de vida histórica. De hecho, varios autores han introducido términos como "plan de vida" (Popper y Eccles 1977) o "tema vital" (Csikszentmihalyi y Beattie 1979) para indicar la unificación progresiva que las acciones y el conocimiento de un ser humano asumen en el curso de su vida. Y de hecho, observando la biografía de un individuo, uno tiene la impresión de que él o ella ha seguido una especie de "sendero", o usando terminología tomada del teatro, un "guión".

Nos gustaría enfatizar que, a pesar que la gente pareciera seguir un "tema vital" durante el curso de su existencia, esto *no* es la expresión de una línea conductora predeterminada fija en sus mentes y alcanzada sin su control. Por el contrario, el tema vital es algo construido progresiva y dinámicamente día a día y año a año, en base a los eventos que han caracterizado la existencia del individuo, a como él o ella los ha interpretado y afrontado, y a las consecuencias que así se han producido. Las consecuencias de las propias elecciones y acciones a su vez se convierten en futuros eventos, que unificados en la memoria, permiten al individuo construir una imagen más uniforme e inclusiva, de sí mismo y de su vida. Por lo tanto, los individuos construyen su autoimagen en la fusión progresiva de la memoria de eventos tanto deseados como indeseados que han influenciado sus vidas. Este proceso unificador de la memoria determina, por una parte, una consonancia aún mayor entre el estilo de vida y el autoconcepto,

y por otra, una creciente “rigidez” del estilo de vida (con una concomitante disminución de alternativas posibles). Popper (1972), con su claridad habitual, explica este aspecto del desarrollo del conocimiento:

¿Cómo surge un sendero de animales en la selva? Algún animal podrá internarse a través de la maleza para encontrar un bebedero. Otros animales encuentran más fácil usar ese mismo camino. Así entonces será ensanchado y mejorado por el uso. No es planificado —es la consecuencia no intencionada de la necesidad de movimientos suaves y fáciles. Así es como se construye el sendero original —tal vez incluso por los hombres— y como pueden surgir el lenguaje y cualquier otra institución útil, y como pueden deber su existencia y desarrollo a su utilidad. No son planificados ni intencionales, y tal vez no había necesidad de ellos antes de llegar a existir. Pero ellos pueden crear una nueva necesidad, o un nuevo conjunto de objetivos: *la estructura de los objetivos de los animales o de los hombres no es algo “dado”, sino que se desarrolla, con la ayuda de algún tipo de mecanismo de retroalimentación, a partir de objetivos anteriores y a partir de resultados que fueron o no deseados.* (Popper 1972/1979, p. 117; énfasis añadido).

Capítulo 5

ETIOLOGÍA DE LA DISFUNCIÓN COGNITIVA

Una forma de adaptación se logra estrechando y distorsionando el ambiente hasta que nuestra conducta parece adecuada a él, en vez de alterar nuestra conducta ampliando nuestro conocimiento hasta hacernos capaces de enfrentar un ambiente más grande y real.

—Fraib (1943)

En los capítulos anteriores hemos tratado de mostrar cómo el desarrollo del conocimiento es un proceso unitario y sistemático que se lleva a cabo sin interrupción durante la vida, a pesar de sus cursos y ritmos variables. En este sentido, el llegar a ser temporal del conocimiento está marcado por un proceso continuo de reestructuración y remodelación, a través del cual son procesados e integrados los datos vivenciales que emergen de la interacción con la realidad. Cuando una actitud rígida hacia uno mismo evita la reestructuración de la autoimagen y de la actitud hacia la realidad requerida para encarar en forma más efectiva los datos experienciales emergentes, la interacción del individuo con la realidad se hace estereotipada y repetitiva. Por lo tanto, la asimilación de las experiencias se verá perturbada y el individuo, generalmente, se tornará un tanto desadaptado al ambiente. En base a la aflicción emocional que acompaña tal desadaptación, es que por lo general surge una disfunción cognitiva¹.

¹ El concepto de disfunción cognitiva no se refiere a una entidad “absoluta”, sino más bien a algo relativo al contexto histórico social; en particular, los códigos que la matriz cultural específica suministra al individuo para interpretar su propia aflicción emocional son obviamente importantes en este sentido. La dimensión “psicológica” del individuo puede considerarse como uno de los ingredientes de la cultura occidental, que a estas alturas se ha convertido en parte de la construcción misma de la realidad

Se cree ampliamente que los determinantes de una actitud rígida hacia uno mismo (que impide una eventual necesidad de reestructuración de la identidad personal y de la actitud hacia la realidad) han de encontrarse no solamente en las experiencias tempranas, sino que también en el modo como estas experiencias han influenciado el subsiguiente desarrollo del conocimiento. A pesar de que las experiencias "traumáticas" y su influencia en el crecimiento cognitivo son demasiado amplias como para permitir una clasificación, al menos en la etapa actual de la investigación, creemos que es posible reconstruir las líneas fundamentales en el desarrollo que llevan a una potencial disfunción cognitiva, aprovechando la teoría del apego (que pretende ser un paradigma integrador del desarrollo humano; ver Cap. 1).

En este capítulo delinearemos una etiología tentativa unitaria de la disfunción cognitiva, basada en la calidad y curso del apego durante el período del desarrollo. Luego trataremos con el modo en que las pautas específicas de apego patológico pueden influenciar la organización del conocimiento, de manera que se establece una base para la emergencia potencial de algunos síndromes clínicos comunes, que son descritos más plenamente en la tercera parte de este libro.

PATOLOGÍA DEL APEGO

Observaciones generales

El apego y la conducta exploratoria son dos clases interrelacionadas de conducta, ambas controladas al comienzo de la vida fundamentalmente

social. No puede decirse lo mismo de otras culturas. Como señalaron Berger y Luckmann (1966), dentro de una cultura que describe amplios dominios de realidad social como basados en el juego misterioso de escondidas fuerzas no humanas, los individuos se inclinarán a reconstruir sus propias crisis personales en términos de "posesión demoníaca" o "venganza de espíritus malignos". Sin embargo, la cultura occidental describe un conjunto completo de instrumentos conceptuales (angustia, neurosis, etc.) que permite a sus miembros definir las crisis de su vida y la de otra gente en términos de perturbaciones psicológicas o "enfermedades".

Debiera tenerse presente que todas las teorías (incluyendo las que vienen del contexto sociocultural) determinan en gran medida las formas mismas que asume la experiencia; esa es la razón por la cual sentir espíritus malignos y notar el inicio de una oscura y oculta enfermedad van a tener la característica de ser una experiencia "real" para el individuo. Ambos fenómenos pertenecen contemporáneamente y de una manera correspondiente a la realidad subjetiva del individuo y a la realidad "objetiva" de ese contexto social específico. Precisamente debido a esta correspondencia estos fenómenos adquieren todos los atributos que los definen como "reales".

mediante la relación entre las contingencias ambientales y lo que Konrad Lorenz llama el conocimiento específico de la especie codificado en los mecanismos cerebrales y de la memoria (Bowlby 1969, 1973, 1977a). En el despliegue de conductas exploratorias y de apego se involucran emociones particularmente fuertes.

La interrelación entre la exploración y el apego es particularmente compleja. En un sentido, la conducta exploratoria depende de la disponibilidad de una figura de apego "positiva" (recordar las "madres sonrientes" de Blurton-Jones; ver Cap. 2). En otro sentido, la conducta exploratoria del niño es antitética a la conducta de apego, ya que implica un *desapego* o *separación activa* de su figura de apego. Esta compleja interrelación da cuenta de muchas posibles distorsiones en el despliegue progresivo del apego y la exploración. A continuación, las principales clases de apego patológico y exploración dañada:

- Tanto el apego como la exploración pueden estar dañados por la ausencia relativa de figuras de apego confiables.
- Un apego ansioso, definido por la expectativa de perder la figura de apego, impide una conducta exploratoria autónoma, dado que el niño se va a negar a dejar la cercanía a su figura de apego.
- Una figura de apego puede prohibir activamente la exploración autónoma mediante amenazas y castigo.
- La conducta de las figuras de apego puede ser tan contradictoria y engañosa que es imposible para el niño desarrollar un conjunto coherente, preciso y no ambiguo acerca de sus expectativas respecto a sus capacidades de establecer apego, acerca de sus habilidades exploratorias y sobre la confiabilidad de las personas en sus vínculos afectivos.

Una vez que una de estas pautas anormales de apego se establece, influencia —generalmente dentro de los límites de un dominio específico de la experiencia— el crecimiento cognitivo subsiguiente.

Apego, autoconocimiento y distanciamiento fallido

Los tres principales argumentos para explicar la etiología de las disfunciones cognitivas de acuerdo a la teoría del apego pueden resumirse de la siguiente manera:

1. El autoconocimiento, que se construye progresivamente, es el elemento que coordina e integra el conocimiento cognitivo y la diferenciación emocional. Durante el período del desarrollo, la presencia y la conducta de otras personas son determinantes en este proceso. Según la teoría de "efecto espejo social" (ver Cap. 2), los niños pueden empezar a estructurar una autoimagen mediante la interacción con personas que están presentes en su ambiente. Cuando los padres dirigen su atención hacia sus hijos, les suministran una gran cantidad de información tanto a nivel verbal como no verbal (evaluaciones, instrucciones, definición de su conducta, etc.), y es a través de esta información que los niños progresivamente aprenden a reconocer los atributos que los definen como individuos para los demás —y consecuentemente para sí mismos. En otras palabras, los padres, como un espejo, suministran a los niños su autoimagen; esto no queda tan sólo como un dato sensorial que se guarda como tal, sino que también orienta y coordina las percepciones del yo de los niños hasta que son capaces de percibirse a sí mismos conservando la imagen que se les ha proporcionado.

La importancia para el satisfactorio desarrollo cognitivo-emocional de una relación de apego equilibrado entre el niño y las personas que lo cuidan es evidente. Todo rasgo patológico de apego necesariamente va a reflejarse en el desarrollo del autoconocimiento. Además, el lento desenvolvimiento del crecimiento cognitivo humano hace que la autoimagen establecida sea bastante estable y por tanto no muy fácil de cambiar. Esta visión de uno mismo implícita por las relaciones tempranas de apego corresponde, durante un largo tiempo, al mismo modo que el niño tiene de experimentarse a sí mismo. En otras palabras, a causa de los efectos de la interacción temprana con las personas que lo cuidan, se forma un "núcleo" de autoconocimiento mucho antes que el niño sea capaz de recordar y reflexionar acerca de él. Dentro de este núcleo están las reglas tempranas mediante las cuales el niño llega a percibir y reconocer los aspectos invariantes de sí mismo y de los demás. Estas reglas "tácitas" van a funcionar como un sesgo para producir los procesos subsecuentes de hacer y calzar mediante el cual el autoconocimiento logrará mayor desarrollo y organización.

2. En la especie humana, el apego y el contacto con los progenitores presentan rasgos distintivos sin precedentes en la escala zoológica. El

proceso de apego continúa durante años, generalmente más allá de la adolescencia; durante este tiempo, el proceso se enriquece cualitativamente, de modo que desde el apego simplemente físico de la infancia temprana se desarrolla un apego emocional y "representacional" que se convierte en la base de identificación. Mientras los niños pasan un largo período de su vida en un ambiente doméstico, sus padres —cuya visión de las relaciones interpersonales ha guiado su conducta de apego hacia los niños— probablemente no cambiarán demasiado su propio estilo cognitivo. De modo que, dada la persistencia de las mismas relaciones que han permitido su primera definición, la autoimagen estructurada durante la infancia probablemente recibirá una confirmación continua. Las siguientes variables pueden modificar parcialmente este proceso de confirmación y refuerzo, que continúa sin interrupción hasta la adultez:

- El tipo de estímulo cultural suministrado por la red social de la familia. (Presumiblemente, una estimulación cultural rica y variada permitirá una mayor articulación de la autoimagen original).
- La disponibilidad de modelos de identificación alternativos en la red social. (Presumiblemente, estos modelos pueden compensar los inconvenientes derivados del apego insuficiente a los padres tanto cualitativa como cuantitativamente).
- Los acontecimientos de la vida (enfermedades, pérdidas, cambios financieros, traslados geográficos, etc.) que ocurren durante el curso del desarrollo. (Éstos pueden modificar la relación en curso con los padres o suministrar al niño otros contextos relacionales para sus procesos de identificación).

3. Si el autoconocimiento que está siendo estructurado es el elemento integrador del proceso de desarrollo, entonces no es de extrañar que una noción de sí mismo distorsionada pueda interferir de variadas formas con tales procesos. En particular, es altamente probable que si se han formado los autoconceptos distorsionados que tienen que ver con aspectos fundamentales de la identidad (ser querible, el valor personal, etc.), éstos no sólo determinarán una actitud particular hacia la realidad, sino que también van a influenciar notablemente los procesos

emotivos y cognitivos en curso. De hecho, estas autoimágenes negativas y/o distorsionadas inevitablemente van a producir actitudes más o menos rígidas y defensivas hacia uno mismo, que van a volver problemática la interacción subsiguiente entre las estructuras de la identidad personal y los datos que emergen de la realidad. La consecuencia es un fracaso en el distanciamiento y un descentramiento de muchas ideas relacionadas a estas autoconcepciones erradas. Consecuentemente, estas autoconcepciones distorsionadas van a permanecer ancladas en las formas de pensamiento prelógico típico de la niñez y serán difíciles de explicitar después de la adolescencia en forma de conocimiento conceptual y crítico.

Este distanciamiento fallido influenciará a su vez el desarrollo emocional, de modo que el componente emotivo que acompaña estos conceptos seguirá más o menos indiferenciado, escasamente controlable y por lo tanto con una tendencia a una expresión "dramática". Precisamente la intensidad y la falta de control de estas emociones contribuirán indirectamente a una actitud rígida y defensiva hacia uno mismo (la que hace plausible para el individuo sus propias reacciones idiosincrásicas y excesivas hacia ciertos eventos). Más explícitamente, uno podría decir que la activación de esquemas emocionales primitivos e indiferenciados (según el concepto de Duncker de la rigidez funcional, tal como sugirió Shaw 1979) suministra una forma de pensamiento dogmático o mítico (ver Cap. 3) que contiene elementos que eran típicos de la etapa de crecimiento cognitivo de Piaget durante la cual se construyeron estos esquemas. De esta manera, las imágenes y el diálogo interno que fluye en el torrente de la conciencia serán percibidos como congruentes con los sentimientos expresados y las actitudes asumidas. Como resultado, esas emociones y sus correspondientes pensamientos serán, más tarde, igualados a la realidad (incapacidad de distanciarse).

Con respecto al crecimiento cognitivo, estas autoconcepciones distorsionadas, funcionando como un conjunto de reglas tácitas, coordinarán el pensamiento y el raciocinio deductivo en base a la "lógica" mítica y dogmática a la cual aún están ligadas. De esta manera pueden poner en movimiento pautas típicas de razonamiento llenas de todos esos errores inferenciales y "desórdenes" del pensamiento (personalización, pensamiento polarizado, inferencia arbitraria, abstracción

selectiva, sobregeneralización, etc.) ampliamente descritos por Beck (*cf.* Beck 1976, pp. 89-101). Estas aberraciones del pensamiento, insertadas en los procedimientos mediante los cuales el individuo formula e intenta resolver los problemas, nos llevan a una completa serie de pautas repetitivas y estereotipadas, que producen esencialmente la confirmación de las concepciones originales. Las confirmaciones así producidas establecerán más tarde estas concepciones y la actitud rígida y defensiva hacia uno mismo que las acompaña; más aún, impedirán un cambio en la articulación de esos conceptos con los datos experienciales. Así, a pesar del paso del tiempo, el individuo se mantiene anclado a las pautas de organización de la realidad típicas del pensamiento inmaduro o primitivo (*cf.* Beck, Rush, Shaw y Emery 1979, p. 15), caracterizado por la unidimensionalidad, globalidad, invariabilidad e irreversibilidad.

PAUTAS ANORMALES DE APEGO Y DISFUNCIONES COGNITIVAS CORRESPONDIENTES

Basados en los argumentos presentados, vamos a intentar delinear las principales líneas de desarrollo de las principales disfunciones cognitivas. El propósito de este esquema es únicamente el de conducir la etiología de estas disfunciones de vuelta al modelo unitario derivado de la teoría del apego; para un tratamiento extensivo de los síndromes clínicos basados en estas aberraciones en el pensar, ver Parte Tres de este libro.

Las distorsiones específicas y/o deficiencias que pueden ocurrir en conjunto con el apego han estado en estudio por un largo tiempo como probable factor etiológico. Recientemente, Bowlby (1977a) propuso una visión incluyente de la etiología psiquiátrica y psicopatológica a la luz de la teoría del apego. A partir del modelo propuesto por Bowlby, e integrándolo con el concepto de desarrollo explicado en el Capítulo 2 y con nuestra propia experiencia clínica, podemos definir cuatro pautas anormales de apego que corresponden al mismo número de síndromes clínicos: agorafobia (y las múltiples fobias asociadas), depresión, desórdenes alimenticios y pautas obsesivo-compulsivas. Las otras alteraciones neuróticas y psicóticas entre los pacientes cuya terapia hemos seguido durante los últimos diez años no han sido suficientemente representativas para proporcionarnos suficientes datos para una descripción análoga.

Agorafobia

El curso del apego es caracterizado como un bloqueo del desapego, como un impedimento más o menos notorio de la conducta exploratoria. El bloqueo del desapego generalmente es creado con pautas indirectas, en oposición a una prohibición directa de la exploración. Las más comunes de estas pautas (que también pueden presentarse en combinación) son:

1. Advertencias continuas de los progenitores sobreprotectores acerca de los peligros del mundo externo y por lo tanto las dificultades para tratar con él.
2. Insistencia en la supuesta debilidad física y/o emocional del niño, que lo hace particularmente vulnerable a los peligros del mundo.
3. Modelaje de un padre agorafóbico quien, temiendo la soledad, mantiene al niño a su lado.
4. Amenaza de abandono o escenas familiares que hacen que el niño se sienta inseguro fuera del hogar (*cf.* Bowlby 1973, Cap. 19).

El apego ansioso que emerge de este contexto generalmente le suministra al niño una autoimagen conflictiva, lo que requerirá un esfuerzo considerable de su parte para lograr una integración satisfactoria. De hecho, el contacto continuo y la atención de padres sobreprotectores suministran al niño una autoimagen de persona querible y valiosa, mientras que su continua limitación a la exploración le brindan una autoimagen de sí mismo débil y/o frágil en un mundo amenazante y hostil.

Dada esta autoimagen conflictiva, el individuo tenderá progresivamente a estructurar una actitud rígida hacia sí mismo, centrado en el control extremo de cada mínima "debilidad" o fragilidad emocional. Así será posible combinar la idea de ser "diferente" y débil junto con la de ser querible y merecedor de mucha atención: "Mientras pueda mantener el control sobre cada debilidad, puedo respetarme a mí mismo".

Al estructurar la actitud hacia la realidad, el individuo puede también tratar de integrar aspectos decididamente conflictivos. Por una parte, el obstáculo a la disposición innata a explorar el ambiente es percibida como una constrictión intolerable, que hace que la persona desarrolle una necesidad avasalladora de libertad e independencia: él o ella dará una atención selectiva a los aspectos "constrictivos" de la realidad. Simultáneamente, los peligros imaginados del mundo extrafamiliar y las presuntas debilidades

del individuo crean, por otra parte, la necesidad de sentirse protegido por figuras familiares reaseguradoras. Él o ella continuamente buscará la compañía de gente "protectora". Por lo tanto, el individuo debe intentar resolver un dilema del siguiente tipo: cómo encontrar un equilibrio entre la necesidad de libertad e independencia, que implica soledad (por lo tanto, peligro), y la necesidad de protección, que implica dependencia de otros (por lo tanto, una posible repetición de la experiencia constrictiva). Este difícil equilibrio se logra, en la mayoría de los casos, mediante una actitud estructuradora de la realidad que se centra en el logro y la mantención del control en las relaciones interpersonales. De esta manera, el individuo puede tener éxito obteniendo la protección que considera necesaria y simultáneamente manteniendo el sentido de libertad e independencia que considera indispensable.

El equilibrio que permite esta actitud hacia la realidad puede tener un curso y una duración variables de acuerdo a las circunstancias, pero se hará precario tan pronto como el individuo confronte aquellas situaciones específicas que le representan el dilema, es decir:

- Una posible pérdida de protección (por ejemplo, una situación de soledad amenazada por el posible quiebre de una relación sentimental).
- Una posible pérdida del sentido de libertad e independencia (por ejemplo, al encontrarse involucrado en una relación afectiva estable con una pareja "controladora" o con una que evade la posibilidad de ser controlada).

Dentro de estas dos situaciones generales, puede romperse el equilibrio previamente alcanzado con el establecimiento de una pauta psicopatológica específica (para una discusión cabal, ver Cap. 10).

Depresión

En esta situación el niño es expuesto, desde las fases más tempranas del desarrollo, a pautas de apego que son, en cierto sentido, el opuesto a aquellas relacionadas con la agorafobia.

El curso del apego se caracteriza, en este caso, por un aislamiento relativo y una falta de contacto afectivo en el ambiente del niño. Si en la agorafobia tratamos con una situación donde la separación activa del niño

de sus cuidadores se ve impedida o retardada, en la depresión vemos una situación donde el niño experimenta una separación precoz y no deseada. Obviamente, hay una amplia variedad de situaciones familiares que pueden llevar a un aislamiento y a un desapego precoz. Para mayor brevedad, describiremos aquí sólo uno de los casos más sencillos, donde el aislamiento es vivenciado por el niño sin ser acompañado con hostilidad hacia uno o ambos padres (porque el niño atribuye su "soledad" no al alejamiento voluntario de uno o ambos padres, sino a necesidades objetivas, tales como la enfermedad o la muerte de uno o ambos o por las peculiaridades de su trabajo). En situaciones donde los niños son "críticos" hacia uno o ambos progenitores, y donde los sentimientos de ira y hostilidad entran en juego, la organización cognitiva "depresiva" se hace más compleja.

La prolongación de tal pauta de apego contribuye a dar a estos niños una autoimagen conflictiva. Por una parte, la relativa falta de atención y contacto parental les suministra una autoimagen de persona no querible y esta imagen hace que se miren a sí mismos con un sentido de falta de valía personal, impotencia y fatalismo; por otra parte, la experiencia de aislamiento les impone la imagen de una persona que puede contar únicamente consigo misma, orientándolo a atribuir a su propia responsabilidad los fracasos que inevitablemente acompañan su movimiento en una realidad desconocida. Así entonces, van estructurando progresivamente una actitud hacia sí mismo caracterizada por un "autovalerse compulsivo" (Bowlby 1977a), que les parece no sólo coherente con su "destino" de soledad, sino como la única posibilidad de superar los sentimientos autoasignados de ser poco querible y de su escasa valía personal.

La actitud hacia la realidad también presenta aspectos paradójicos. Por un lado, estos individuos son hipersensibles a la negación y al rechazo, ya que ellos esperan (dada su autopercepción de poca valía) ser "dejados" solos; por otro lado, tienden a depender sólo de sus propias habilidades cuando enfrentan dificultades (autovalerse compulsivo) y por lo tanto excluyen activamente la ayuda disponible y la compañía de otras personas.

De hecho, uno podría decir que para el individuo con tendencia a la depresión, los aspectos positivos de la realidad pueden identificarse precisamente en su inaccesibilidad, mientras que los aspectos positivos del yo pueden identificarse en su esfuerzo continuo por tratar de adaptarse, al menos en parte, a esta inaccesibilidad. Como consecuencia, cuando

ciertos objetivos se logran "inesperadamente", a menudo su positividad se torna bruscamente en negatividad, como si ellos, también, resultaran ser de poca valía ya que pertenecen a una persona de tan poco valor. El dilema de la persona deprimida se expresa muy bien en la famosa expresión de Groucho Marx: "Yo no quisiera pertenecer a un club que me quisiera a mí como uno de sus miembros".

Así se establece un equilibrio muy precario, que se basa en el esfuerzo personal continuo por intentar reducir la exclusión de la realidad, la que sin embargo se espera como un final inevitable. Este equilibrio está destinado a hacerse precario si se expone a una serie de situaciones (duelos, pérdidas, desapego, etc.) que hacen inútiles las capacidades personales respecto a las cuales previamente estos individuos han fundado su lucha contra la esperada soledad y sus compensaciones por su falta de valía profundamente percibida, con el consiguiente inicio de una sintomatología clínica. (Para una discusión más cabal, ver Cap. 9).

Desórdenes alimenticios

El ambiente familiar típico de la mayoría de los individuos que desarrollan desórdenes alimenticios se caracteriza por una comunicación contradictoria y enmascarada. Los miembros de la familia, particularmente los padres, tienen una clara tendencia a esconder los problemas y dificultades, evitando todas las expresiones claras y definidas de las emociones y los puntos de vista individuales.

A partir de este contexto comunicativo surge un estilo comunicacional más o menos ambiguo e indefinido cuyo principal efecto es evitar que el niño reconozca sus propios sentimientos como rasgos personales.

De hecho, dentro de estos contextos comunicativos, los pensamientos y emociones que experimenta el niño son constantemente redefinidos hasta que él o ella es capaz de conformarse a la pauta familiar general, excluyendo las expresiones definidas de emociones y opiniones personales (para una discusión de pautas más sutiles de comunicación enmascarada, como las propuestas por Bowlby 1979, ver Cap. 2). Dentro de una relación de apego regulada por una comunicación enmascarada, el niño no es capaz de estructurar un auténtico sentido de individualidad especial. Así entonces la autoimagen tomada del contexto relacional es vaga e indefinida, vale decir, la de una persona que escasamente es capaz de expresar sus propias emociones y pensamientos y que es capaz de definirlos

únicamente dentro de una relación que permite a la persona inferir lo que es permisible pensar y sentir.

Especialmente después de la infancia temprana, el niño tiende a preferir, como figura de apego, al miembro familiar con menos tendencia al estereotipo comunicativo que caracteriza la interacción familiar. Generalmente esta figura es el padre, que parece la única persona capaz de suministrar reconocimiento y confirmación a las emociones y opiniones del niño. Sin embargo, al menos en circunstancias donde se desarrolla un caso clínico, este apego preferencial se ve enfrentado con intensas decepciones durante la niñez o adolescencia, cuando el niño, después de una amplia variedad de circunstancias ocasionales, descubre que el modo de comunicarse y hacer las cosas del padre es sólo un camuflaje de su ambigüedad e inseguridad, similar al de los otros miembros de la familia.

Desde este estilo de apego, marcado por la carencia de reconocimiento y/o decepciones, los niños extraen una autoimagen donde su propia valía personal y queribilidad son vagas e indefinidas. Por otro lado, durante el curso de la niñez, ellos han sido capaces de lograr (mediante la relación con el padre) un posible indicio de cómo solucionar este problema: una relación amorosa estable, donde las posibilidades de desilusión sean excluidas posibilitando la obtención de una identidad satisfactoria.

A partir de esta autoimagen indeterminada y/o vaga, estos individuos estructuran una actitud más o menos rígida de sí mismos, centrada en un monitoreo y evaluación continua de su propio valor y queribilidad, que siempre oscila dado que no poseen normas precisas de referencia. La actitud hacia la realidad (que es considerada desconfirmadora por naturaleza) es en cambio definida por la constitución de pautas de conducta en las cuales evitan cuidadosamente exponerse a sí mismos, sin revelar sus propias emociones y opiniones en las relaciones interpersonales. El único patrón de autoexposición que consideran factible se relaciona con contextos más o menos impersonales, en donde la desconfirmación y redefinición de los propios pensamientos son poco probables, como en el caso de la escuela. El rendimiento escolar de esos niños, como es bien sabido, es generalmente bastante bueno.

Finalmente, si de esta manera estos niños tienen éxito en reducir las posibles desconfirmaciones que representarían una especie de "ataque" a su propia identidad, que ya se siente como tambaleante e indefinida, ellos están, por otro lado, todavía buscando una relación que les dé adecuadas

garantías, mediante la cual pueden tener éxito en definir su propio valor y queribilidad. He aquí el dilema: para establecer tal relación "salvadora", es necesario exponerse a sí mismo; por otra parte, exponerse a sí mismo inevitablemente implica el riesgo de una desilusión, que haría que la autoimagen se tornara aún más vaga y oscilante.

Tal equilibrio puede obtenerse mediante el desarrollo de estrategias relacionales dirigidas a obtener las máximas garantías posibles mientras se evita, en tanto sea posible, el compromiso y la autoexposición en la relación. Este arreglo es generalmente descompensado en la adolescencia, o la juventud temprana, cuando es fácil encontrar situaciones (desilusiones en relaciones afectivas, bromas de los pares, etc.) donde la esperada naturaleza "desconfirmadora" de la realidad parece ser incuestionablemente "demostrada". Es en este punto que el inicio de las manifestaciones clínicas se hace muy probable (para una discusión más exhaustiva, ver Cap. 12).

Pautas obsesivo-compulsivas

Estas situaciones están marcadas por una característica peculiar: el curso del apego es tal que otorga al niño dos interpretaciones opuestas tanto de sí mismo como de la realidad, las que en todo momento aparecen igualmente plausibles.

El ejemplo más típico es la situación en la cual un progenitor es atento, reflexivo y está totalmente dedicado a la educación moral y social del niño, sin expresar su amor con caricias u otras manifestaciones afectivas. Se le presentan al niño dos realidades posibles: por una parte, el padre efectivamente se dedica al niño, lo que favorecería la hipótesis de un afecto exclusivo y total; pero por otra parte, la falta de manifestaciones verbales y no verbales de cariño hace que la indiferencia afectiva del padre sea igualmente plausible. En términos sencillos, las interpretaciones "él me quiere" o "le soy indiferente" tienen evidencia a favor de ambas y son igualmente útiles para explicar la misma experiencia. La *simultaneidad* de dos aspectos conflictivos de la conducta de los padres —que corresponden a dos interpretaciones del niño recíprocamente opuestas— parece ser un prerrequisito importante para la organización cognitiva "obsesiva". Como un ejemplo de tal simultaneidad imagine un padre que mientras habla a su hijo acerca del amor paterno como una de las cosas más importantes en el mundo, tiene una cara rígida e inexpressiva que no transmite ninguna connotación emocional que apoye lo que está diciendo.

Una pauta de apego intrínsecamente contradictoria tal como la descrita más arriba, si se prolonga, determina la constitución de una autoimagen donde están presentes dos aspectos antitéticos. En otras palabras, el niño tiene evidencia tanto a favor como en contra tanto de ser querible como de no serlo, de su alta y de su poca valía personal, y así sucesivamente, y estos aspectos opuestos pueden explicar igualmente las mismas experiencias. Más aún, esta autoimagen conflictiva se encuentra en una realidad que a menudo se presenta con aspectos opuestos simultáneamente.

En dicha situación, el logro de una imagen unitaria, sin contradicciones entre la persona y la realidad circundante, fácilmente puede convertirse en el principal objetivo a lograr. Con este propósito se estructura una actitud más bien rígida hacia uno mismo, la cual se centra en torno a la idea que uno se ciña o amolde a reglas morales precisas. Efectivamente, el origen de la escrupulosidad y el perfeccionismo puede identificarse con un intento por alcanzar una unidad definida del yo a través de una adherencia "inmaculada" e incondicional a reglas formales: los cánones morales valorados "intrínsecamente" se convierten en una guía para la eliminación (o control) de la parte "maldita" del yo y el cultivo de la parte "positiva". La presencia simultánea de aspectos opuestos de la realidad hace que la "duda sistemática" sea el método preferencial de enfocar los problemas; así se estructura una actitud hacia la realidad que se centra en una búsqueda incesante de certeza y orden, mediante repetidas dudas y cavilaciones.

La paradoja es evidente: la sobrevalorada "certeza" por la cual el individuo tan incesantemente lucha lo lleva a dudar acerca de todo. El intento de resolver este dilema lo conduce a un equilibrio inestable, donde antes de ser capaz de tomar una decisión es necesario haber excluido meticulosamente cada posible error. Por lo tanto, no es sorprendente cómo todas las situaciones cargadas emocionalmente en donde es difícil discriminar (según las normas del individuo) entre las opciones "negativas y "positivas" pueden boicotear un equilibrio tan precario (para una discusión más detallada, ver Cap. 11).

Probables eventos precipitantes de disfunciones cognitivas

Como conclusión a estas notas etiológicas, nos gustaría enfatizar las condiciones generales —eventos detonantes o estresantes— que, en la observación clínica, parecen susceptibles de elicitar disfunciones cognitivas.

El primer evento estresante es la adolescencia, un momento del desarrollo extremadamente delicado, dado el complejo conjunto de cambios reales y requeridos que tienen lugar. Con la maduración sexual y el inicio del pensamiento lógico-conceptual, hay una tendencia hacia el desapego de la familia y hacia la constitución de una relación independiente con la realidad. Sin embargo, las posibles autoimágenes distorsionadas y/o negativas constituidas en base a los estilos de apego de la familia pueden hacer que la definición de un compromiso estable hacia uno mismo sea algo problemático (ver Cap. 3) y, consecuentemente, la estructuración de una identidad personal satisfactoria. Esto hace crítica la actitud hacia la realidad exactamente en el momento cuando la necesidad de autonomía e independencia se siente más fuertemente. De esta manera, el "debut en la vida" puede coincidir con el inicio de inadaptaciones al ambiente más o menos importantes.

Otros importantes eventos estresantes que pueden ocurrir a lo largo de la vida independientemente de las fases del desarrollo son la construcción y el quiebre de vínculos afectivos (Bowlby 1977a). Uno puede entender cómo estas situaciones pueden llegar a representar factores precipitantes de una serie de desórdenes psicológicos, en base al menos a dos consideraciones:

1. Aun a pesar de la variación en calidad y cantidad desde la infancia a la adultez, el apego hacia otros seres significativos sigue siendo uno de los elementos más importantes en la regulación del curso de la vida individual. Como enfatiza Bowlby (1977a), "Aun cuando en la infancia temprana es especialmente evidente, la conducta de apego tiende a caracterizar la vida humana desde la cuna hasta la tumba" (p. 203). De tal modo, es posible que, durante la formación y/o quiebre de vínculos afectivos, pueden reactivarse esas concepciones erradas de sí mismo que se originaron en estilos distorsionados de apego familiar y para los cuales el individuo desde entonces ha encontrado soluciones aparentemente estables y satisfactorias.
2. La construcción y el rompimiento de relaciones afectivas implican, obviamente, algunas modificaciones del "nicho ambiental" en donde el individuo estaba viviendo. Las siguientes nuevas experiencias pueden ser difíciles de asimilar o integrar dentro de la organización cognitiva ya estructurada, especialmente si la actitud hacia uno mismo se ha

mantenido rígida y a la defensiva. Esto hace más precario el equilibrio sostenido hasta entonces.

De ninguna manera queremos generalizar en estas situaciones los factores que disparan las alteraciones clínicas en individuos predispuestos. La complejidad del organismo humano y la variabilidad de sus interacciones ambientales no permiten esquematizaciones lineales. Por el contrario, solamente queremos llamar la atención sobre los eventos precipitadores que se encuentran más frecuentemente en la población "neurótica" usualmente tratada en psicoterapia, sin excluir la existencia de otros posibles determinantes que la experiencia e investigación clínicas pueden documentar.

PARTE II

IMPLICANCIAS GENERALES PARA LA PSICOTERAPIA

Capítulo 6

NATURALEZA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Desde un punto de vista cognitivo, cualquier relación interpersonal duradera podría verse como un proceso de calce entre dos teorías relativas al yo y al mundo. En la psicoterapia cognitiva, la relación terapéutica apunta explícitamente a un cambio de esos aspectos del autoconocimiento de sí mismo del paciente que le están creando un sufrimiento innecesario. La definición breve y clara de este objetivo y su correspondiente atribución de roles dan a la relación terapéutica su naturaleza única.

En otras relaciones interpersonales no parentales, el principal objetivo de la selección mutua es cooperar, cultivar sentimientos amistosos o amorosos, obtener satisfacción sexual o compañía mutua como defensa en contra de la soledad, obtener beneficios económicos o adquirir nuevos conocimientos. La comparación inevitable entre diferentes teorías del yo y del mundo es un aspecto secundario, casi un epifenómeno, si se comparan con estos objetivos primarios. Visiones personales similares o complementarias podrían determinar una elección mutua. Una comparación negativa o demasiado dolorosa entre teorías distintas podría ocasionar un quiebre en la relación misma; tal comparación podría traer algunos cambios importantes en el autoconocimiento ya sea de una o de ambas personas involucradas. En cualquier caso, estas opciones o cambios son bastantes incidentales. En la relación terapéutica, sin embargo, ellas se convierten en el objetivo de la selección mutua de los participantes y, más aún, el cambio es explícitamente requerido para sólo uno de ellos.

Desde luego, este claro contrato terapéutico no evita el desarrollo dentro de la relación de fenómenos diferentes al cambio cognitivo (aun cuando se relacionen con él). Sentimientos de competencia, atracción, protección, negación o amor pueden suscitarse con bastante facilidad e intensidad dentro de la relación terapéutica. Sin embargo, el contrato terapéutico permite que los participantes usen estos sentimientos para alcanzar el cambio cognitivo deseado a través de su análisis. Presumiblemente, dentro de la organización cognitiva del paciente, la capacidad de reconocer el valor personal y el significado de los sentimientos que emergen en la relación terapéutica es el logro más significativo de la tarea del psicoterapeuta. Tanto la evaluación como las intervenciones terapéuticas deberán tomar en cuenta estos aspectos emocionales y conductuales de la relación.

Para el psicoterapeuta en formación enfrentado a los aspectos emocionales de la relación, el psicoanálisis puede ofrecer sus bases teóricas: los conocidos conceptos de “transferencia” y “contratransferencia”. ¿Qué puede ofrecer al respecto la terapia cognitiva estructural? Para empezar, puede ofrecer el conocimiento acerca de la organización cognitiva que subyace bajo los síndromes psiquiátricos más frecuentes.

CONOCIMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN SINDRÓMICA Y MODELAJE DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Si el terapeuta conoce los elementos fundamentales de la estructura cognitiva que acompaña la pauta de conducta y emoción perturbadas que presenta el paciente como objeto del cambio, él o ella podrá comportarse, desde el principio, de una manera que construirá una relación tan efectiva como sea posible para ese paciente en particular.

Si —como veremos en la tercera parte de este libro— el terapeuta sabe por adelantado que una paciente, por ejemplo, sufre de un desorden alimenticio probablemente debido a la idea que otras personas se están entrometiendo en su vida y probablemente terminarán decepcionándola, el terapeuta evitará presionarla con demasiadas preguntas acerca de sus sentimientos y pensamientos, no le dará explicaciones casuales prematuramente (o “interpretaciones”) respecto a su desorden, ni mostrará demasiada confianza en la terapia o en sí mismo. Así la relación ni confirmará las expectativas de la paciente acerca de la intromisión del terapeuta en sus sentimientos personales, ni estimulará la tendencia de la paciente a

esperar demasiado y ser inevitablemente decepcionada. En otras palabras, el terapeuta será capaz de construir una relación *que respete la identidad personal de la paciente por el mayor tiempo posible y, a la vez, no confirmará las suposiciones patógenas básicas.*

De la misma manera, al principio el terapeuta debe respetar las estructuras cognitivas fundamentales de identidad personal en un paciente agorafóbico (dejándole un amplio margen de control en la relación), en un paciente obsesivo (reconociendo la importancia abstracta de resultados “perfectos” y “absolutos”, pero enfatizando la importancia mayor de resultados *prácticos*, aunque limitados) o en un paciente depresivo (admitiendo las ventajas de su pensamiento en términos de economía de esfuerzo). Para una discusión más amplia del modo de construir con el paciente desde el inicio mismo una relación que tome en cuenta su organización sindrómica, véanse las secciones sobre estrategia terapéutica en Capítulos 9-12¹.

Cuando empezamos la investigación clínica cuyos resultados son presentados en este libro, no teníamos ningún conocimiento acerca de la organización cognitiva relacionada a los distintos síndromes psiquiátricos; tal conocimiento es de hecho el principal resultado de nuestra investigación. Intentando encontrar la mejor manera de establecer una relación terapéutica, debimos proceder mediante ensayo y error. Por lo tanto, decidimos no introducir en la relación con el paciente ningún instrumento de evaluación que pudiera interferir con la evaluación inicial de la eficacia de nuestros intentos de establecer una relación respetuosa de su identidad personal. A menudo, los pacientes que se someten a pruebas psicométricas o que son calificados en escalas sienten que están “siendo tratados como objetos” o “considerados como ratones de laboratorio”. Los pacientes frecuentemente verbalizan estas opiniones diciendo cosas como: “Doctor, usted está más interesado en su investigación que en mí como ser humano” (ver Beck *et al.* 1979).

¹ Dicho sea de paso, podemos ver que de esta manera el terapeuta utiliza el conocimiento obtenido durante la investigación clínica y la experimentación psicológica y psiquiátrica. El subestimar el valor del enfoque sindrómico significa, en cualquier psicoterapia, empezar todo de nuevo y saltarse lo que la experiencia de los demás nos enseña. La relación psicoterapéutica estaría entonces basada en intuiciones que el terapeuta tuvo en el momento durante los encuentros iniciales con el paciente o sería guiada por reglas vagas y generales (empatía, confianza, etc.), como si los pacientes no mostraran, con la existencia de desórdenes *particulares*, la necesidad de reglas *particulares*. Más aún, esta actitud activa de parte del terapeuta no debe considerarse maquiavélica. El terapeuta es honestamente guiado a asumirla por su conocimiento del síndrome particular del paciente y por la conciencia de que el objetivo es cambiar las reglas profundas a partir de las cuales se origina el síndrome mismo.

Por lo tanto, la introducción de una variable adicional —como una prueba psicométrica— en la etapa inicial de una relación psicoterapéutica podría haber dificultado lograr el objetivo principal a nuestra investigación clínica; es decir, obtener datos nuevos acerca de la relación que es preferible establecer en cada caso de síndrome psiquiátrico. Por esta razón aún no estamos capacitados de suministrar datos correlacionales precisos para apoyar algunas de nuestras observaciones clínicas (ver Cap. 7, Nota 1). Sin embargo, es obvio que estas observaciones llevan a hipótesis comprobables; tales pruebas están en curso actualmente en nuestro programa de investigación clínica².

Otra opinión bastante semejante a la nuestra ha sido recientemente sugerida por Bowlby (1977b) en un artículo muy significativo para todos los psicoterapeutas. En lugar de nuestra noción de una organización cognitiva sindrómica, Bowlby propone “que cualquier clínico que asume este tipo de trabajo debiera tener a su disposición un conocimiento muy amplio de las pautas desviadas de apego y conductas de cuidado y de experiencias familiares patogénicas que comúnmente contribuyen a ellas” (p. 422). Sin este conocimiento, el terapeuta difícilmente podrá evitar establecer una relación que, o va a demostrar ser innecesariamente dolorosa para el paciente (por ejemplo, verse forzado prematuramente a suministrar información que él o ella aún no quiere dar), o va a entregar información incompleta o desorientadora. Como veremos en la Parte Tres, “el conocimiento de pautas desviadas de apego” de Bowlby y nuestro “conocimiento de la organización cognitiva que subyace a los síndromes psiquiátricos” tienen muchos elementos en común. Aquí sólo necesitamos enfatizar que, tanto en la perspectiva de Bowlby como en la nuestra, el modelaje de una relación terapéutica apropiada es el primer paso hacia la obtención de una evaluación confiable y una terapia efectiva (a menos que uno quiera limitar su objetivo al tipo de cambio terapéutico que Arnkoff [1980] ha descrito como “cambios en las estructuras cognitivas superficiales”).

² Como podrá verse en los capítulos acerca de los síndromes clínicos individuales, hemos intentado evitar esta limitación refiriéndonos a tantos datos de estudios correlacionales y estadísticos de otros autores —como sea posible— que podrían apoyar nuestras observaciones clínicas. En este momento, luego de completar la investigación clínica cuyos resultados —la definición de algunas organizaciones cognitivas relacionadas a síndromes psiquiátricos precisos— se describen en la Parte Tres de este libro, nuestro grupo ha iniciado una primera serie de estudios correlacionales y estadísticos. De hecho, creemos que ahora podemos mostrar con precisión los efectos de pruebas psicométricas en un paciente dentro del conocido esquema general de la organización cognitiva propia del síndrome que padece el paciente.

Antes de discutir la importancia de la relación terapéutica para la evaluación y el proceso terapéutico, permítasenos considerar otro aspecto cualitativo en la relación paciente-terapeuta en la terapia cognitiva: la atmósfera de cooperación deliberadamente construida.

COOPERACIÓN TERAPÉUTICA

Tan pronto como sea posible al inicio de la psicoterapia, el terapeuta debiera presentar una estrategia cabal para el uso de técnicas de modificación cognitiva. El aspecto fundamental de esa presentación es la capacidad del terapeuta para expresarla en términos adecuados al nivel de sofisticación del paciente y de su uso idiosincrásico del lenguaje —particularmente términos psicológicos y médicos. En estudios sociológicos como los de Boyle (1975) y Zola (1975) se pueden encontrar indicaciones de los distintos significados que los pacientes atribuyen a la misma enfermedad o al mismo término médico (por ejemplo, “acidez”, “palpitación”, “estómago”, “buen apetito”, etc.).

En tanto el terapeuta logre usar lo más posible el propio lenguaje del paciente y formule un contrato terapéutico que respete las estructuras cognitivas profundas del paciente (identidad personal), la base contextual para una definición explícita será sólida y no contradictoria de la relación terapéutica como una basada fundamentalmente en la cooperación. Como afirman Bedrosian y Beck (1980), “Al considerar al paciente como un colaborador, el terapeuta transmite respeto y logra una valiosa asistencia... La presentación de la terapia bajo una luz misteriosa induce a la dependencia implicando que el paciente carece de la capacidad para entender cabalmente y participar en la terapia” (p. 135). En otras palabras, usar el lenguaje del paciente permite al terapeuta no asumir el rol de un profesor con un alumno, mejora la comunicación y permite al terapeuta explicar, en términos no tan didácticos, los principios en que se basa la terapia. Una vez que los terapeutas han explicitado que los pacientes son colaboradores, éstos no se sienten disminuidos en su autoestima y sienten que tienen control de la relación; por lo tanto, son desincentivados a verse a sí mismos como totalmente débiles y necesitados de protección frente a un terapeuta “omnisciente”.

Esta actitud también previene muchos sentimientos ocultos de competitividad y resentimiento, así como muchas tácticas manipuladoras del

paciente para probar la “omnisciencia” y “omnipotencia” del terapeuta. Probablemente por esta razón el fenómeno de la “resistencia” es tan poco común en terapia cognitiva en comparación con terapias psicodinámicas. Si existe una relación cooperativa, el paciente no siente la necesidad de “contracontrolar” y el terapeuta puede aceptar llanamente cualquier desacuerdo, disconformidad o irritación por parte del paciente, no como una forma de “resistencia”, sino más bien como una fuente de información acerca del modo del paciente de percibir o interpretar los sentimientos y conductas del terapeuta.

Finalmente, la cooperación terapéutica es consistente con la idea de que el trabajo del terapeuta es semejante a un debate o investigación científica. Se ha sostenido repetidamente que la adherencia del terapeuta a sus modelos teóricos y su confianza en la validez del modelo son un importante factor para el positivo resultado del tratamiento (cf. Frank 1974). Consecuentemente, si los terapeutas respetan la analogía de Kelly del terapeuta y el paciente como “científicos personales” (Kelly 1955), se inclinarán a considerarse a sí mismos y a sus pacientes como cooperando en una exploración, una investigación y una modificación. Más aún, este modelo teórico previene la “metodolatría científica”, un error contra el cual Weimer (1980) ha argumentado persuasivamente.

Si uno realmente adhiere a la metáfora científica en su trabajo diagnóstico y psicoterapéutico, uno no puede sino reconocer que la ciencia es mucho más una admisión de ignorancia que una pretensión de conocimiento absoluto y certero. Como dijera Goethe: “Gris, mi querido amigo, es toda teoría, y verde es el dorado árbol de la vida”.

RELACIÓN TERAPÉUTICA Y PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN

Si los terapeutas tienen éxito en transmitir a sus pacientes su actitud general —que ellos están reconociendo y respetando la identidad personal del paciente— y que están deseosos de trabajar con ellos para obtener un cambio que el paciente encontrará deseable, entonces la relación terapéutica se convierte en una *base segura para la exploración*. El terapeuta y el paciente se encuentran en una atmósfera favorable para explorar la conducta del paciente, sus cogniciones, sentimientos y relaciones presentes y pasadas. Incluso la relación en curso actual entre el paciente y el terapeuta se convierte en un objeto de exploración posible.

Por lo tanto, los distintos aspectos de la evaluación dependen en gran parte de la probidad de la relación terapéutica. Los aspectos más importantes son los siguientes:

1. Dentro de una relación relajada y segura, libre de enjuiciamientos mutuos, los pacientes se sienten libres para expresar sus emociones directamente a través del lenguaje no verbal. Así, además de las declaraciones concretas del paciente, el terapeuta puede darse cuenta de la importancia y significado que le da al asunto tratado.
2. En una atmósfera de cooperación, los pacientes pueden directamente, o mejor aún indirectamente, ser estimulados a usar su propia jerga o lenguaje idiosincrásico habitual. La importancia de considerar las expresiones idiosincrásicas del paciente tanto para la evaluación como para la terapia no debe ser sobredimensionada. Una parte importante del trabajo del terapeuta es estudiar e introducirse en la jerga del paciente: esto evitará algunos malentendidos básicos del significado de un término y permitirá al terapeuta escoger metáforas adecuadas para cada paciente cada vez que quiera dar nueva información que pueda resultar difícil de explicar sin una jerga técnica.
3. La cantidad de información personal que los pacientes puedan desear eliminar o falsificar obviamente se reduce en una relación no enjuiciadora y de comprensión. Sin embargo, hay que ser cuidadoso pues los pacientes podrían evitar dar alguna información acerca de sí mismos que ellos consideraran muy negativa y como probable causa de deterioro de la relación que ellos han establecido con el terapeuta.
4. El modo en que los pacientes intentan dirigir, mantener o preservar su relación con el terapeuta es una fuente muy valiosa de datos para la evaluación de sus estructuras cognitivas. El terapeuta debería estar alerta a los modos en que los pacientes construyen sus sentimientos y conductas, a las predicciones que ellos hacen acerca del resultado de la relación terapéutica y a las acciones que toman como resultado de estas predicciones. Particularmente relevante es el uso de las interrupciones en el curso del tratamiento (por ejemplo, vacaciones) para observar cómo los pacientes interpretan la separación y responden a ella. Todos estos datos, que pueden conseguirse sólo en función directa de la relación terapéutica, nos permiten cerciorarnos de cómo son los modelos representacionales de figuras de apego de los

pacientes. La información a partir de los procedimientos de evaluación concerniente a relaciones significativas presentes y pasadas puede ser subsiguientemente calzada con esta reconstrucción de los modelos representacionales de apego y separación; así el camino está abierto a una reestructuración terapéutica de ellos.

5. La terapia cognitiva es una forma "directiva" de tratamiento psicológico. La directividad del terapeuta no significa, sin embargo, que él o ella esté descartando las claves y la retroalimentación que los pacientes le están dando como respuesta a la evaluación y a los procesos terapéuticos. El rol del terapeuta es activo, pero para ser efectivo,

Él debe reconocer que no puede ir más rápido que su paciente, y que prestando una atención insistente a tópicos dolorosos elicitará el temor del paciente y se ganará su ira o su resentimiento profundo. Finalmente, nunca debe olvidar que por plausibles —incluso convincentes— que le puedan parecer sus propias conclusiones en comparación con las del paciente, él no está en el lugar indicado para conocer los hechos. (Bowlby 1977b, p. 426).

Así el terapeuta tiene un rol directivo en la relación terapéutica, pero esta directividad se basa en las propuestas del paciente respecto a sus propios problemas vitales significativos y sobre respuestas a, y apreciaciones de, el trabajo terapéutico.

RELACIÓN TERAPÉUTICA E INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Gran parte de lo que se ha dicho acerca de la relevancia de la intervención terapéutica para evaluar la cognición, emociones y conducta del paciente también se aplica a la selección y sincronización de las maniobras terapéuticas destinadas a cambiarlas.

Los estudios acerca de la relevancia de la relación y los resultados de la intervención terapéutica han intentado básicamente definir qué aspectos de la conducta y personalidad del terapeuta —por ejemplo, la calidez, autenticidad y empatía señaladas por Rogers (Truax, Frank e Imber 1966)— podrían relacionarse positivamente con el éxito terapéutico (ver también Truax y Carkhuff 1967; Truax y Mitchell 1971). Sin embargo, aún sigue siendo una pregunta muy debatida y controvertida³. Además

de la dificultad para alcanzar una definición unívoca de lo que es "empatía" (diez terapeutas pueden ser "empáticos" de diez maneras diferentes), las variables que realmente determinan el buen resultado de la psicoterapia podrían tener que ver con la calidad misma y el desarrollo de la relación. En sí misma, el hecho que la relación sea significativa para el paciente podría influenciar, más que cualquier otra cosa, la eficacia y agudeza del proceso terapéutico⁴. Esto no implica que el rol de la personalidad del terapeuta y su experiencia y destreza sean irrelevantes, sino que más bien sugiere una alternativa, de cierta manera es un punto de vista más dinámico en base al cual el terapeuta puede determinar las maneras y momentos más apropiados para iniciar la intervención.

Según este punto de vista, para introducir una intervención efectiva dentro de la relación en curso, la intervención misma debe ser planificada y llevada a cabo considerando dos factores básicos:

1. Los modelos representacionales de cambio del paciente, inferidos a partir de los datos anamnésicos y relacionales. Es un hecho comúnmente observado que mientras algunas personas ven un "cambio" sólo como un punto rápido de inflexión en sus vidas (y, por lo tanto, tan pronto como han asumido esta idea, están listas para hacer muchas cosas en tiempos relativamente cortos), otras lo ven como algo que se desarrolla en forma lenta y progresiva. Tener estas circunstancias en mente puede ayudar a preservar la calidad de la relación y evitar una lucha inútil entre el terapeuta y el paciente.
2. El desarrollo de la relación terapéutica. Si todavía no se ha obtenido un "contrato terapéutico" satisfactorio, no es conveniente comenzar un proceso que requiera esfuerzo y confianza en el terapeuta por parte del paciente (ver, por ejemplo, en Cap. 11, los "rituales de control" en las neurosis obsesivas).

³ Para una revisión crítica tanto de la visión de Rogers sobre la empatía, calidez y autenticidad como condiciones *suficientes* y *necesarias* para una terapia efectiva, como de los estudios de Truax y colaboradores respecto al tema, ver Rachman (1971a, Cap. 7) y Bergin y Suinn (1975).

⁴ Otras consideraciones de algún modo compatibles con esta hipótesis han sido expresadas, entre otros, por Cooper (1963) y Meyer y Gelder (1963). Estos autores, examinando los resultados de terapias conductuales y también considerando el grado de éxito de otras formas de tratamiento, han argumentado que una de las causas de la mejoría terapéutica podría atribuirse a la relación paciente-terapeuta que se desarrolla en el curso del tratamiento. Los efectos de la relación parecen ser particularmente significativos en desórdenes más largos y complejos.

Quizás podamos resumir las consideraciones anteriores en la sincronización de las operaciones terapéuticas de acuerdo al desarrollo de la relación terapéutica describiendo la regla general: cada nueva información debe ser aceptada por las antiguas estructuras cognitivas preexistentes. Este punto será ampliamente discutido en el Capítulo 8 (pp. 175-176). Aquí simplemente vamos a describir otras reflexiones sobre la importancia de la naturaleza de la relación terapéutica y la posibilidad de cambiar las estructuras cognitivas del paciente.

Primero, como ya lo hemos mencionado, la relación terapéutica es, por acuerdo explícito, una que permite una discusión abierta de los modos del paciente de interpretar la conducta y sentimientos del terapeuta, sus propias reacciones a la separación del terapeuta, su conducta verbal y no verbal dirigida a controlar la relación terapéutica (seducción, resentimiento, requerimientos de protección, etc.), y así sucesivamente. Esta posibilidad —un rasgo peculiar de la relación terapéutica— permite una identificación abierta de los modelos representacionales de figuras de apego y de sí mismo que presiden las percepciones, predicciones y acciones del paciente. Esta explicitación es, a su vez, el primer paso para asegurarse cómo estos modelos podrían haberse desarrollado durante las fases tempranas de la vida del paciente hasta su adolescencia. Así los pacientes pueden ser llevados a reconocer que lo que está ocurriendo es, por lo menos en parte, una repetición de sus relaciones de infancia y, como consecuencia, pueden ser ayudados a modificar su conducta y cogniciones a la luz de la razón y experiencias más recientes. Esta es la contraparte de la terapia cognitiva al “análisis de la transferencia” freudiano. La diferencia importante es que la conducta y la cognición, y no la motivación y pulsiones (sexuales), son los objetivos del análisis y el cambio: las nociones conscientes y “preconscientes” son consideradas más importantes que los hipotéticos procesos inconscientes. Utilizando nuevamente la metáfora científica, se identifican las *teorías causales* del paciente, se muestran y son explícitamente verbalizadas junto a sus efectos conductuales; sus “pruebas” (experiencias de la niñez) son reconocidas; se reconoce y enfatiza su naturaleza episódica; y se desarrolla una *nueva teoría* acorde a los resultados de nuevos *experimentos* interpersonales cuidadosamente planificados, el más importante de los cuales es la relación terapéutica³.

³ Cuando en el proceso psicoterapéutico se alcanza este punto, la relación paciente-terapeuta debe cambiar. El paciente expresa emociones intensas e incluso dolorosas que corresponden al comienzo de un cambio en las reglas profundas que presiden su comportamiento y cogniciones en curso. El

Otro aspecto importante de la relación terapéutica surge de la percepción del terapeuta de sí mismo como un modelo para el aprendizaje indirecto del paciente. A veces esta percepción es explícitamente transformada en la planificación de una técnica terapéutica —considere, por ejemplo, el juego de roles durante el entrenamiento asertivo o el procedimiento de modelaje para exponer a pacientes fóbicos y obsesivo-compulsivos a los estímulos del temor. (Bandura 1971; Martin y Pear 1978; Rachman 1972).

Más frecuentemente, durante todo el tratamiento, el terapeuta se presenta a sí mismo como modelo de una actitud científica básica. Así, tanto en forma directa como indirecta, el terapeuta le enseña al paciente cómo reconocer sus teorías causales y sus implicancias, el modo cómo demostrarlas o refutarlas, la falacia de la circularidad causal y el pensamiento dicotómico, la posibilidad de crear profecías autocumplidas, la utilidad de experimentos planificados que podrían *refutar* nuestras propias teorías, y sobre todo, la posibilidad y conveniencia de aceptar la vida plena y explícitamente en un mundo de probabilidades en lugar de pretender vivir en un mundo de certezas absolutas.

Dentro de la relación terapéutica, uno podría esperar que una revolución personal, tal vez similar a las revoluciones científicas de Kuhn (*cf.* Mahoney 1980), pueda eventualmente ocurrir, al menos en algunos pacientes. Las revoluciones, con toda probabilidad, son procesos dolorosos. Requieren la exploración de estimulantes y tal vez atemorizantes nuevas áreas. Tales exploraciones pueden generalmente ser realizadas sólo partiendo de una base segura y sabiendo que uno puede fácilmente volver a esa base. A menudo la relación terapéutica es la única base segura para la exploración del paciente, y éste muy bien podría estar dispuesto a explorar primero esta base para probar su seguridad.

Un terapeuta debiera, en la medida de lo posible, reconocer el deseo del paciente de una base segura, y a la vez reconocer... que él debe acompañar las exploraciones del paciente como un compañero

paciente puede experimentar un sentimiento de irrealidad. Podríamos decir que durante esta fase del tratamiento, la identidad personal del paciente empieza a cambiar. De la misma manera, también la relación terapéutica, que al principio había tenido por intención respetar las estructuras cognitivas de la identidad personal del paciente, tiene que cambiar. Generalmente es necesario que, durante este período, el terapeuta le dé al paciente, dentro de la relación, una base racional y emocional (ver párrafo final de este capítulo).

dispuesto a tomar la delantera o ser guiado; y debiera estar dispuesto a discutir las percepciones del paciente respecto a él y el grado en que pueden o no ser apropiadas, que a veces no es algo fácil de determinar; y finalmente, él no debiera fingir pues podría ponerse ansioso o irritarse con el paciente. (Bowlby 1977b, p. 427).

Usando las palabras de Bowlby nuevamente:

Claramente, para hacer ese trabajo se requiere que el terapeuta no sólo tenga una buena comprensión de los principios, sino también capacidad de empatía y tolerancia a la emoción intensa y dolorosa. Aquellos con una tendencia fuertemente organizada hacia el autovalearse compulsivo no son los indicados para dedicarse a esto y es mejor que no lo hagan. (Bowlby 1977b, p. 427).

Finalmente, una relación terapéutica termina. El paciente debe abandonar la base segura, sean cuales sean sus futuras exploraciones. La separación es un proceso doloroso. “¿Tendré éxito al encarar mis problemas sin su ayuda, doctor?”; “Pienso que me enamoré de usted, doctor”; “¿Por qué quiere deshacerse de mí, doctor? Creo que a usted no le gusto”. Quizás todos los terapeutas han escuchado estas protestas y observaciones de pacientes atemorizados cuando el tratamiento está llegando a su fin. El discutirlos a la luz de la ya reconstruida organización cognitiva a menudo es el paso final del proceso terapéutico. Cuando el paciente reconoce cómo sus dudas, sentimientos de rechazo y sus exigencias de amor se originan a partir de la vieja actitud hacia sí mismo y la realidad, ha llegado el momento de decir “adiós”.

Capítulo 7

EVALUACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS COGNITIVAS

Los hombres no son totalmente racionales: por lo tanto, la historia real es menos racional que su reconstrucción.

—I. Lakatos*

El procedimiento de evaluación en terapia cognitiva es un proceso en curso que durante todo el período de tratamiento se fusiona con los procedimientos generadores de cambio. En el capítulo precedente enfatizamos cómo ocurre la evaluación dentro del contexto de una relación interpersonal significativa. En el siguiente capítulo profundizaremos en la verdad obvia expresada por Meichenbaum en su lapidaria exclamación: “¡La evaluación y el cambio son interdependientes!” (Meichenbaum 1977, p. 259).

En este capítulo comenzaremos considerando tres puntos implícitos en la anterior cita de Lakatos: la evaluación de estructuras cognitivas es fundamentalmente una reconstrucción, tiene un fuerte carácter histórico y es posiblemente mucho más “racional” que la historia real. Cómo puede realizarse en forma práctica la evaluación durante el proceso de psicoterapia cognitiva es el tema de la última sección del libro.

EVALUACIÓN DE ESTRUCTURAS COGNITIVAS COMO PROCESO DE RECONSTRUCCIÓN

Nisbett y Wilson (1977) han recopilado en una brillante revisión una serie de datos experimentales, anecdóticos y teóricos que apuntan en la misma

* Retraducido del italiano.

dirección: "El análisis de situaciones y la evaluación del ambiente... se dan principalmente a un nivel no consciente", como dice Mandler citado por Nisbett y Wilson (p. 232).

Lo que Nisbett y Wilson demostraron es que, fundamentalmente, las personas no se dan cuenta de los procesos cognitivos que ocurren en su mente mientras están resolviendo problemas, reduciendo la disonancia cognitiva, haciendo deducciones, atribuyendo causalidad a los eventos, indagando los efectos de estímulos sobre las respuestas, etc. Sus resultados están de acuerdo con la noción, sostenida ampliamente entre los teóricos cognitivos, que "es el *resultado* del pensar, no el proceso de pensar, lo que aparece espontáneamente en la conciencia" (G.A. Miller, citado por Nisbett y Wilson 1977, p. 232).

Aun así, si se les solicita, las personas dan cuenta verbal acerca de sus propios procesos cognitivos. Nisbett y sus colaboradores pudieron mostrar, a través de la apropiada manipulación de variables experimentales, cuán inexactos son realmente estos relatos verbales en relación al verdadero proceso cognitivo que, considerando la situación experimental particular, debió haber tenido lugar (Nisbett y Bellows 1977; Nisbett y Wilson 1977). Ninguno de los pocos y precisos relatos de los estudios de Nisbett suministró alguna evidencia acerca de una toma de conciencia introspectiva de los cambios cognitivos internos o de los efectos del estímulo sobre las respuestas. ¿Cuál es, entonces, el significado de los relatos verbales de las personas acerca de sus propios procesos cognitivos? Son la expresión de sus teorías (que aparecen como *contenido* de su conciencia) respecto a sus propios procesos cognitivos. La gente no tiene acceso directo a las reglas de orden superior que gobiernan su propia conducta, emociones, recuerdos, resolución de problemas, etc., pero ella generalmente tiene teorías acerca de estas reglas "profundas".

Resumamos lo que los terapeutas pueden evaluar cuando observan, entrevistan y prueban al paciente.

1. Los terapeutas pueden evaluar la conducta del paciente y los antecedentes ambientales y las consecuencias de éstos. Mediante la observación directa, la manipulación de los estímulos ambientales, medidas psicofisiológicas y preguntas adecuadas, ellos pueden evaluar la capacidad del paciente para recordar y observar sus propias reacciones. Esto es, desde luego, el clásico análisis funcional de la conducta. El análisis

directo de la conducta interpersonal (ver, por ejemplo, Meichenbaum 1977, pp. 249-250) también está considerado dentro de esta categoría de procedimiento de evaluación.

2. Los terapeutas, apelando a la capacidad introspectiva del paciente, pueden evaluar también gran cantidad de datos a los cuales sólo el paciente tiene acceso directo; esto es, información que constituye el conocimiento privado del paciente. Las emociones personales, los sueños, evaluaciones y planes, los "pensamientos automáticos" de Beck (tanto en la modalidad de representación interna pictórica o verbal), la focalización de la atención y las sensaciones del momento, y una multitud de hechos históricos personales son todos aspectos del conocimiento privado del paciente.

Muchos de estos datos aparecen en el flujo de la conciencia como resultado intermedio de una serie de operaciones mentales no conscientes, y la evaluación *secuencial* es importante para reconstruir el tipo de procesamiento de información que está teniendo lugar (por ejemplo, pensamiento polarizado, inferencias arbitrarias). Meichenbaum (1977, Cap. 9) ha propuesto el término "análisis funcional-cognitivo" para este tipo de procedimiento de evaluación, el que se lleva a cabo de mejor manera mediante entrevistas clínicas, pero que también puede utilizar otras herramientas como imaginación guiada (para tomar ideas, cf. Singer 1972), enfoque del tipo TAT (Meichenbaum 1977, p. 255), métodos de repertorio de rejilla siguiendo a Kelly (ver, por ejemplo, Rowe 1978), escalas graduadas (ver, por ejemplo, Beck 1967; Beck *et al.* 1979) y una serie de otras pruebas psicométricas¹. Al evaluar datos pertenecientes al conocimiento privado del paciente mediante la entrevista clínica, debemos poner atención tanto a los aspectos verbales como no verbales de la comunicación y tanto al *contenido* verbal como al *tema* general de la conversación. Mahoney (1980) ha llamado correctamente la atención en torno a la falacia de

¹ Ya hemos establecido las razones de por qué hemos evitado cualquier uso de pruebas psicométricas en nuestra investigación clínica. Esto nos hace incapaces de decir más acerca de los méritos y defectos prácticos de la entrevista clínica versus las pruebas psicométricas. Actualmente, nuestro único lamento serio por haber evitado cualquier proceso de evaluación, es que no podemos respaldar la impresión clínica de que hay una relación lineal entre el grado de depresión y la visión negativa que un paciente tiene de sí mismo y que un paciente deprimido dará como la primera razón de su pasividad y retraimiento. (Pacientes no tan seriamente deprimidos dan una visión pesimista del futuro como la primera razón de su apatía; ver Cap. 9).

una adherencia demasiado estricta a un riguroso isomorfismo entre las palabras y las creencias. Citando a Kelly, Mahoney nos recuerda que un paciente puede cambiar abruptamente el contenido de su discurso, pero raramente cambia el tema; la observación de un cambio de contenido mientras el tema es el mismo puede ser una clave importante para identificar las estructuras cognitivas del paciente, dado que evidentemente la misma estructura vincula, en la mente del paciente, los diferentes "contenidos".

3. Finalmente los terapeutas pueden evaluar lo que Nisbett y Wilson (1977) han descrito como "teorías implícitas causales *a priori*"; esto es, juicios acerca de hasta qué punto un estímulo particular es la causa plausible de una respuesta dada. El mejor modo de realizar esa evaluación es formular al paciente preguntas tales como: "¿Por qué reaccionaste de tal manera en tal situación?" y "¿Cuál crees tú que es la causa de tal comportamiento?" (o sentimiento, pensamiento, etc.). Cuando el paciente es llevado a hablar sobre este tipo de teorías causales, él no sólo dice "más de lo que puede saber" (como afirmaron Nisbett y Wilson), sino que también está describiendo el aspecto más significativo de su organización cognitiva, el que por lo general evita cambiar a pesar de su sufrimiento neurótico. En este punto de nuestro análisis estamos en el meollo de lo que Freud llamó "paradoja neurótica". Si, por ejemplo, los pacientes conectan causalmente un aceleramiento de latidos del corazón a una hipotética enfermedad somática, ellos demuestran tener una teoría incorrecta acerca de las emociones (y del modo en que las emociones pueden afectar sus funciones corporales) y al mismo tiempo no se están permitiendo reconocer y solucionar sus problemas interpersonales, por ejemplo (que "realmente" son responsables de su emocionalidad y de las consecuencias de sus palpitaciones).

Es el calce entre las teorías causales del paciente y del terapeuta lo que permite la reconstrucción de las reglas tácitas profundas del paciente. Cuando actores y observadores comparten las mismas teorías causales, se percibe una covariación entre los estímulos y respuestas. (Nisbett y Wilson 1977, p. 256). Por lo tanto, la estructura cognitiva que conecta los estímulos y respuestas no es reconocida como una de varias posibles verdades, sino como "la verdad absoluta". Por otra parte, cuando actores y observadores pertenecen a subculturas que tienen diversas teorías causales acerca de los

efectos de ciertos estímulos, se puede detectar una diferencia entre los relatos de los actores sobre los efectos de los estímulos y las predicciones de los observadores acerca de las posibles reacciones a los estímulos. Si, por ejemplo, el observador pertenece a la subcultura psicoanalítica, puede detectar que los pacientes están reaccionando a cierto estímulo no de acuerdo a "principios de realidad", sino de acuerdo a una compleja cadena de transformaciones simbólicas, mientras que los pacientes muy bien pueden sostener que ellos no ven en absoluto estas transformaciones y que están siguiendo un razonamiento muy lógico al dar sus respuestas.

Este hecho claramente crea el engañoso problema de "quién tiene la razón", el actor o el observador. Los actores, al tener acceso privado al contenido de su propio pensamiento, están en una posición favorable para asegurarse a cuál estímulo le están poniendo atención y cuáles fueron sus intenciones. Por otro lado, también pueden ser engañados por su propio dominio de significados, de modo que pueden atribuir valor causal a un estímulo que les resulta relevante, pero que en realidad no influencia su conducta presente. Los observadores pueden, entonces, ser más precisos, justamente porque no toman en cuenta tales estímulos, relevantes pero no determinantes. De cualquier modo la pregunta de "quién está en lo correcto", no es la pregunta central en el proceso de evaluación. Mucho más importante es la posibilidad, ofrecida por la relación terapéutica, de calzar dos diferentes teorías causales y reconstruir, a partir de este calce, las reglas profundas del autoconocimiento tácito del paciente.

Como seres humanos, los terapeutas no son totalmente racionales y por lo tanto necesitan un cierto grado de "certeza". Tenemos que saber si acaso nuestra reconstrucción de las "reglas profundas" o las "estructuras cognitivas profundas" (teorías causales, suposiciones básicas o creencias irracionales *más* las reglas tácitas de transformación que llevan al contenido del pensamiento del paciente) es sostenible o es sólo una aplicación fantástica de nuestras propias teorías causales, suposiciones básicas o creencias racionales. Podemos satisfacer nuestra necesidad humana de certezas en el curso de la evaluación mediante dos categorías de "pruebas". La primera es asegurarnos en qué medida nuestra reconstrucción del autoconocimiento tácito y de la organización cognitiva del paciente nos permite entender esos aspectos de su conducta, la que con sus propias teorías causales es incapaz de explicar. Imágenes invasivas, compulsiones e incluso los sentimientos indeseables caen en esta clase. Los criterios de

“valor económico” y “consistencia interna” se relacionan con esta primera manera de demostrar la validez de nuestra reconstrucción. En la medida que más experiencias del paciente se explican por medio de una reconstrucción lógica consistente de su organización cognitiva, más confiados nos podemos sentir acerca de su sustentabilidad. La segunda y más positiva categoría de prueba de nuestra reconstrucción es una cuidadosa consideración de la historia del desarrollo del paciente, que da al procedimiento de evaluación su carácter histórico.

EVALUACIÓN DE ESTRUCTURAS COGNITIVAS COMO INVESTIGACIÓN HISTÓRICA

El análisis del desarrollo ha sido ampliamente descuidado por los terapeutas conductuales y, desafortunadamente, por muchos terapeutas cognitivos. El deplorable resultado es que uno es frecuentemente llevado a pensar que la consideración de los aspectos del desarrollo de los síndromes psiquiátricos es casi una marca de fábrica del enfoque psicodinámico. Este es un error serio. El modo en que la gente recuerda sus experiencias tempranas y el significado que les atribuyen constituye una mina de oro para el terapeuta cognitivo. Desde luego, el terapeuta cognitivo está más que nada interesado en los recuerdos “conscientes” y en las reglas de transformación no conscientes, que explican el hecho de por qué la gente frecuentemente le atribuye diferentes significados al mismo acontecimiento del pasado cuando lo recuerda dentro de diferentes contextos².

Un panorama cognitivo de la biografía de una persona puede darnos una visión global de su “tema vital” (ver, por ejemplo, Csikszentmihalyi y Beattie 1979). Las biografías de nuestros pacientes serían simplemente imposibles de describir, tanto para ellos como para nosotros, si los eventos de la vida se siguieran unos a otros en forma azarosa o si fueran determinados únicamente por las fuerzas genéticas y el ambiente social. Sin embargo,

² Observaciones más o menos semejantes podrían hacerse en relación a las consideraciones cognitivas del terapeuta acerca de los sueños nocturnos. Durante la evaluación y la terapia generalmente no insistimos acerca de estas experiencias, pero cada vez que son relatados espontáneamente y cuando los pacientes demuestran que prefieren discutir sus problemas usando sus sueños como punto de partida, utilizamos procedimientos de “decodificación” derivados a grandes rasgos de la teoría cognitiva de los sueños de Hall (Hall 1953, 1959). A veces, a pesar de hacerlo de una manera muy heurística, también usamos la analogía de la computadora de Evans y Newman para entender el proceso de los sueños (Evans y Newman 1964).

nuestros pacientes están bastante capacitados para describir sus principales eventos vitales de una manera ordenada y consistente en, generalmente, no más de cinco o seis sesiones. Y nosotros somos capaces de describir su biografía breve y significativamente en nuestros relatos clínicos. Esto se debe a que nuestros pacientes (así como también nosotros) tienen una representación cognitiva de un conjunto de problemas que generalmente brotan de una fuente de aflicción fundamental durante la niñez, en torno a la cual crecen múltiples interpretaciones de la realidad y del modo de tratar con ella. La biografía es consistente porque se mueve a partir de este centro. Csikszentmihalyi y Beattie (1979) definen el “tema vital” como un sistema cognitivo-afectivo jerarquizado, compuesto por un problema existencial central, rodeado por interpretaciones de sus supuestas causas y de estrategias usadas para resolverlo³. Como el lector podrá notar, esto no está muy alejado de nuestra propia descripción de la organización del conocimiento del individuo, basado en el uso metafórico del programa de investigación de Lakatos (ver Cap. 3 y secciones acerca de la organización cognitiva en Caps. 9-12).

Csikszentmihalyi y Beattie (1979) también sugieren algunas pautas para conducir la investigación histórica necesaria para encontrar el “tema vital” del individuo. Éstas tampoco son muy distintas del procedimiento de evaluación de hechos históricos personales que rutinariamente tienen lugar en el curso de nuestra terapia cognitiva. Los dos principales períodos del desarrollo personal que deben ser explorados son: (1) infancia, años preescolares y niñez y (2) adolescencia y juventud temprana.

1. Infancia, años preescolares y niñez. El reconocimiento de tensiones existenciales mayores en el primer período de la vida puede obtenerse mediante el propio conocimiento privado del paciente o inquirendo en fuentes familiares. La teoría del apego de Bowlby es de gran utilidad para la investigación terapéutica (ver Cap. 1). Cabe recordar que la “codificación” idiosincrásica socio-familiar de los hechos es gene-

³ El concepto de “tema vital” nos recuerda conceptos semejantes que han sido repetidamente propuestos desde el comienzo mismo de la psicología moderna y la psicoterapia: el concepto de Adler de “estilo de vida”, el concepto de Allport de “proprium”, el concepto de “proyecto” de los filósofos y psicólogos existenciales, el concepto de “identidad” de E.H. Erikson y el concepto de “guion” de Berne (1961). Para una discusión breve y referencias adecuadas de estos conceptos, ver Csikszentmihalyi y Beattie (1979), quienes sólo reportan lo citado.

ralmente sesgada: “los hechos” son valorados por sobre la atribución de significados por parte de padres y pacientes. Los modos en que el paciente ha reconocido y rotulado los problemas originados por esta tensión existencial también son temas muy importantes del interrogatorio del terapeuta. Las primeras explicaciones causales —expresadas en los modos de pensamiento egocéntrico, dogmático y mágico, y otros modos de pensamiento típicos de la correspondiente fase del desarrollo (Flavell 1963)— también son una posible fuente de información potencialmente valiosa.

2. Adolescencia y juventud. Durante la adolescencia, los problemas personales existenciales más importantes —siempre que el paciente no esté desarrollando una psicosis esquizofrénica— son formulados generalmente de una manera que permite por lo menos una solución parcial. El control “interno” o “externo” del área del problema es determinado (o dejado, casi deliberadamente, en forma vaga; ver discusión respecto a los desórdenes alimenticios en Cap. 12). Los métodos de solución son seleccionados (luchando contra o ignorando las dificultades, aplicando resignación activa, retrayéndose de otra gente, adquiriendo y usando destrezas más o menos “adaptativas”, etc.). Estos datos, por lo general, son fácilmente recordados después de una búsqueda directa en la memoria del paciente. Desde luego, tenemos que considerarnos satisfechos con indicios y claves más que esperar relatos completos. Por ejemplo, los agorafóbicos recordarán ensoñaciones acerca de viajes, libertad y promesas que se hicieron a sí mismos acerca de que ellos “jamás se someterían” a nadie (ver Cap. 10); los pacientes obsesivo-compulsivos recordarán su escrupulosidad en el colegio, etc.

Una vez que hemos obtenido esta información histórica, podemos calzarla con nuestra reconstrucción de las teorías causales defectuosas del paciente, de las suposiciones básicas o creencias irracionales y con sus representaciones internas básicas. Si el resultado del calce es correcto, nuestra necesidad de certezas parciales está satisfecha, pero —mucho más importante— el paciente ha comprendido a través de qué tipo de experiencias se ha desarrollado su particular punto de vista sobre sí mismo y la realidad. Las teorías causales del paciente han cambiado en parte ahora o, más probablemente, están parcialmente cuestionadas y por lo tanto listas para ser modificadas.

EVALUACIÓN DE ESTRUCTURAS COGNITIVAS DENTRO DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Quizás el aspecto más interesante de la psicoterapia cognitiva es mantener constantemente una conducta científica. De esta manera, el terapeuta le enseña al paciente, directa o indirectamente, a tratar con sus problemas personales tal como un científico intenta encontrar reglas invariables en las relaciones entre los fenómenos naturales. La preocupación más importante de un científico es discriminar tanto como sea posible los hechos de las teorías. Mientras evalúa o intenta remediar el problema de un paciente, el terapeuta también tiene que distinguir entre “hechos” y “teorías” y comenzar con una definición clara de lo primero. Por lo tanto, la evaluación (y terapia) empieza con un acucioso *análisis funcional de la conducta problemática del paciente*. La conducta desadaptada —en la mayoría de los casos, la conducta desadaptada de *evitación*⁴— es entonces elegida como el primer blanco a ser evaluado. Los pacientes aprenden a pensar en términos de antecedentes ambientales y las consecuencias de su conducta desadaptada. Las emociones desagradables son analizadas de la misma manera, esto es, mediante un análisis situacional y secuencial.

A estas alturas, las limitaciones de un análisis conductual generalmente son evidentes y pueden indicarse al paciente, junto con alguna verbalización del principio básico de la terapia cognitiva —ya establecido en el tiempo—: “no son las cosas mismas las que nos aporaleman, sino la opinión que tenemos de esas cosas” (Epicteto). “La belleza está en el ojo del que la ve” (proverbio popular). “La raza humana está gobernada por la imaginación” (Napoleón I). “Los hombres no son nunca tan buenos ni tan malos como sus opiniones” (Bentham). “Si tu moral te torna melancólico, depender de ella es un error” (R.L. Stevenson). “Inventamos para nosotros mismos la mayor parte de nuestra experiencia” (Nietzsche).

⁴ Creemos que la evitación de situaciones inofensivas o incluso agradables es un síntoma revelador de la organización cognitiva del paciente. Como podría inferir el lector a partir de nuestra discusión acerca de aspectos conductuales (ver Caps. 9-12), generalmente comenzamos nuestro análisis clínico considerando la conducta problemática del paciente como una instancia de conducta de evitación. La evitación fóbica es un ejemplo obvio, como lo es la conducta evitativa de los pacientes obsesivo-compulsivos. La inercia del depresivo también puede ser vista como una instancia de la conducta evitativa (la evitación de un dolor moral esperado, fracaso o inútil), y lo mismo puede aplicarse a la “evitación de intimidad” o el no permitir que sus sentimientos y pensamientos personales sean conocidos por los demás, por parte de los pacientes anoréxicos u obesos.

“Los elementos son decretados por los pensamientos” (Dhammapada de los budistas). Sólo considerando los resultados de nuestro pensamiento es posible entender las razones de nuestra propia conducta idiosincrásica y las reacciones emocionales ante los acontecimientos ambientales.

Así se toma un importante primer paso terapéutico⁵ y se sientan las bases para un *análisis cognitivo-funcional*. En esta segunda fase de evaluación aún estamos tratando con hechos, hechos a los cuales únicamente los pacientes tienen acceso directo, hechos que pertenecen al ámbito del conocimiento privado, pero aun así, datos. A los pacientes se les enseña a escuchar su “diálogo interno”, a reconocer y registrar sus “pensamientos automáticos” y a tomar en cuenta sus ensoñaciones e imágenes invasivas como datos percibidos dentro de su flujo de conciencia privado. Hay un vínculo estrecho entre esta evaluación cognitiva y la evaluación conductual previa: ahora estamos tomando en cuenta, fundamentalmente, las cogniciones que preceden, acompañan y siguen a las emociones y conductas problemáticas anteriormente evaluadas.

Mientras el terapeuta escucha los relatos del paciente sobre sus propias representaciones internas, él o ella es capaz de *recoger algunas pistas acerca de las teorías causales del paciente, sus presuposiciones básicas o creencias irracionales*. En otras palabras, se hace evidente qué tipo de actitud mantienen los pacientes hacia sí mismos y la realidad, y los modos en que ellos definen su identidad personal y cultivan (o degradan) su autoestima. Hablando en términos amplios, podemos decir que las principales claves en este sentido provienen de la cuidadosa atención del terapeuta hacia el modo como el paciente conjuga cinco verbos fundamentales: ser, deber, poder, necesitar y valer⁶. La manera en que estas formas verbales —o sus sinónimos— siguen al pronombre “yo” lleva a la reconstrucción

⁵ La importancia de este paso terapéutico es evidente si uno considera el distanciamiento, o liberación, de los propios pensamientos como el movimiento básico para criticarlos exitosamente y cambiarlos. Cuando los pacientes entienden que su sufrimiento está mediado por sus propias “opiniones” y que sus “opiniones” no son verdades absolutas, ellos han comenzado a aprender, como podría haber dicho Epicteto.

⁶ En italiano, “ser valioso” es un verbo de una sola palabra, “valere”, que puede ser usado para significar que los seres humanos tienen en sí mismos un diferente valor intrínseco, valía o mérito. Este modo básico de describir verbalmente la propia autoestima revela, quizás, una de las nociones más erróneas y generadoras de sufrimiento, como Ellis (1962) —entre otros— tan convincentemente ha argumentado.

de la identidad personal y autoestima del paciente; la manera en que ellos siguen a los otros pronombres (“tú”, “él, ella”, “usted”, “ellas, ellos”) conduce a la reconstrucción de la actitud del paciente hacia la realidad⁷.

Por primera vez desde que comenzó la evaluación (y terapia), el terapeuta ya no está mirando hechos, sino su reconstrucción de las estructuras cognitivas del paciente. Por supuesto esta reconstrucción está basada en el reporte verbal del paciente de sus propias teorías causales (por ejemplo, “Me negué a aceptar el ofrecimiento de mi esposa *porque* pensé que yo *soy* un ser humano despreciable y no *merezco* su bondad”), lo que es también una reconstrucción. Como dijimos en la primera sección, los terapeutas están conscientes que pueden reconocer las teorías del paciente como tales —y no como verdades absolutas— sólo porque tienen diferentes teorías causales. Su trabajo consiste en asegurarse que el paciente esté consciente que sus declaraciones son sólo *teorías*, y no verdades absolutas. Este es todo el asunto del tratamiento. Más aún, las teorías causales del paciente con las cuales ahora estamos tratando no son abstractas e impersonales, sino, por el contrario, son las mismas reglas que dirigen, mantienen y evitan el cambio de sus conductas y emociones alteradas.

Por todas las razones precedentes, no podemos darnos el lujo de hacer ninguna reconstrucción fantástica, por muy pintoresca que sea. “Necesitamos” pruebas. De modo que, a estas alturas, en lugar de confrontar directamente al paciente con la irracionalidad de sus teorías causales —pidiendo pruebas de ellas, desafiándolas, mostrando cómo ellas provienen de un “procesamiento de la información primitivo y defectuoso”, demostrando su inconsistencia, ofreciendo teorías alternativas más racionales, etc.— generalmente nos encaminamos hacia un *análisis del desarrollo*.

⁷ Por dar sólo algunos ejemplos: “Todo me asusta, doctor: soy fóbico”, “Debo tener éxito en mi examen, porque de otro modo significa que soy un fracaso”, “No puedo soportar esta situación, no soy suficientemente fuerte”, “Necesito ser amado”, “No merezco la atención de mi esposo, soy tan mala, le fui infiel hace cinco años”, etc. Y estos otros: “Él debe ser bondadoso conmigo porque es mi marido”, “Ella es mala: golpea a los niños en la cara”, “Él me necesita, así que no lo puedo dejar a pesar de que ya no lo quiero más”, “Él cometió tantos errores que merece ser castigado”, “Mis hijos no podrían soportar saber que amo a otra mujer” (ellos tienen 15 y 21 años y están completamente conscientes de las dificultades del matrimonio de sus padres), etc. Las teorías causales se derivan fácilmente de esas verbalizaciones: si uno tiene temor, entonces está enfermo (“Soy fóbico”); si uno fracasa en algo, esto prueba su falta de valor intrínseco; los castigos son la consecuencia lógica de los errores; si uno sabe qué está ocurriendo en torno a uno, va a sufrir más que si se mantiene ignorante o “estúpido”; la mala conducta es resultado de una maldad intrínseca; y así sucesivamente.

Así, una vez más estamos confrontando hechos. Nuevamente, sólo los pacientes (o sus familiares) tienen acceso directo a estos hechos privados, y es bien sabido cómo los recuerdos pueden ser distorsionados por actitudes personales engañosas. Sin embargo, el conocimiento privado y posiblemente distorsionado a partir del cual provienen los datos del desarrollo recordados, es el mismo desde donde provienen las perturbaciones del paciente. Por lo tanto, debemos estar más preocupados acerca de la consistencia interna entre los eventos del pasado —el modo como han influenciado el tema vital del paciente y sus teorías causales actuales— que sobre la exactitud objetiva de los datos recolectados. Si este criterio de consistencia interna se satisface, el paciente realmente puede tomar distancia de sus “teorías causales” y ver, junto con el terapeuta, cómo se desarrollan sus actuales creencias irracionales.

A estas alturas, la evaluación de las estructuras cognitivas está terminando. El terapeuta es capaz de reconstruir los elementos fundamentales de la organización cognitiva completa. Utilizando la metáfora del programa de investigación de Lakatos, él o ella puede examinar el autococonocimiento tácito que constituye el “núcleo duro metafísico” que debiera parecerse al esquema emocional (Cap. 1) correspondiente a las tensiones principales experimentadas en la infancia y niñez. En este contexto, “estrés” no significa una experiencia dramática: cualquier obstáculo constante en el normal despliegue e interacción entre el apego y el desapego es una “tensión existencial” importante (*cf.* Bowlby 1969, 1973; Caps. 2 y 5). Por ejemplo, un prolongado impedimento al desapego espontáneo y a la exploración autónoma por parte de una madre sobreprotectora es seguramente una tensión existencial seria, que posiblemente llevará a un desarrollo agorafóbico (ver Cap. 10). La imposibilidad de una discusión crítica respecto a este tipo de tensiones durante la niñez y la adolescencia es otro factor fundamental de la aflicción (ver Bowlby 1979; Cap. 2).

La recolección de datos históricos —guiados fundamentalmente por la teoría del apego en nuestro trabajo clínico— es el camino para evaluar el probable núcleo duro metafísico. Los datos históricos más las teorías causales verbalizadas y las suposiciones referentes al “ser”, “valer” y los “deberes” permiten la reconstrucción de un “cinturón protector”; esto es, de teorías e hipótesis concernientes a la identidad y la autoestima. En otras palabras, la identidad y la autoestima son construidas y mantenidas como una estructura cognitiva articulada, que se deriva inicialmente

de una consideración del esquema emocional del núcleo duro metafísico (supuestas causas de tensiones, modos de encararlas en la práctica, reglas consiguientes y expectativas acerca de uno mismo y de la realidad respondiente, etc.) y que más adelante en la vida impide el pleno reconocimiento del valor episódico de esos esquemas. Así se establecen entonces las bases del tema vital de los individuos. Esta compleja estructura cognitiva es evaluada mediante el calce positivo del propio relato verbal del individuo acerca de sus teorías causales y las suposiciones básicas en contraposición a su recolección de los hechos históricos privados. Un calce negativo implica un fracaso en la evaluación.

Los esfuerzos del paciente para mantener la identidad y la autoestima, perpetuando de alguna manera el “efecto original de espejo social” (ver Cap. 1), son la fuente de su actitud hacia la realidad. Las reglas para la selección y asimilación de experiencias, para la evaluación de acontecimientos vitales y para la solución de los problemas creados por el siempre cambiante y desafiante mundo externo, se hacen inmediatamente evidentes en los relatos verbales de los pacientes acerca de sus pensamientos en curso. Generalmente, los pensamientos que aparecen en el modo verbal de representación interna y en las ensoñaciones diurnas deliberadas reflejan la solución del problema, la evaluación de significados y la atribución de causas; mientras que la imaginación “invasiva” parece reflejar estructuras cognitivas más profundas. La evaluación de las estructuras cognitivas de superficie depende directamente de los relatos del paciente acerca de sus representaciones internas en curso sobre la realidad externa.

Con este último paso en la reconstrucción de la organización cognitiva del paciente, hemos llegado al final de nuestra exploración. Hemos vuelto adonde comenzamos: la conducta problemática del paciente es ahora reconocida como el resultado de su organización cognitiva y su lucha por mantener esta organización frente al constante desafío ambiental. Y es tal vez sabio recordar una vez más que muy probablemente “la historia real es menos racional que su reconstrucción”.

Capítulo 8

PSICOTERAPIA COMO PROCESO ESTRATÉGICO DE CAMBIO COGNITIVO

Al hombre de la calle, cuando se le pregunta qué piensa acerca de cierto asunto, con frecuencia responde que no piensa nada: él sabe. La sugerencia es que el pensamiento es un caso de incertidumbre activa sobreponiéndose a la convicción o certeza incuestionable.

—Dewey (1916)

A la psicoterapia se le han dado muchas definiciones: una situación interpersonal donde las emociones reprimidas pueden ventilarse de modo de lograr una catarsis (ver formulaciones freudianas tempranas); un procedimiento que apunta a que el paciente adquiera la capacidad de introspección acerca de sus propios procesos inconscientes (ver formulaciones psicodinámicas clásicas); una relación interpersonal en que la calidez, autenticidad y empatía de uno de los miembros ayudan al otro a recuperar la autocomprensión, la confianza en sí mismo y la autoestima (Rogers 1951); una situación de aprendizaje en que el paciente es guiado por el terapeuta, a través de una serie de experiencias empíricas, hacia la remoción de hábitos desadaptativos y la adquisición de otros nuevos y más adaptativos (ver definiciones originales de la terapia conductual, por ejemplo, Eysenck 1960); una relación pedagógica donde el terapeuta enseña al paciente a adquirir autocontrol y destrezas variadas para enfrentar la vida (ver, por ejemplo, Goldfried 1980); un proceso retórico, en que las capacidades persuasivas del terapeuta, junto a la receptividad directa o indirecta del paciente a la persuasión (Frank 1973; Glaser 1980), son los factores terapéuticos fundamentales; un proceso de interpretación que aporta nuevas categorías verbales y conceptos para reemplazar los antiguos (ver,

entre otros, Lewis 1972); una corrección racional de creencias irracionales (Ellis 1962); una exploración compartida y activa de las pautas de apego del paciente y sus consiguientes cogniciones, para las cuales la relación terapéutica suministra una base segura (Bowlby 1977b); un proceso de cambio estructural profundo, esto es, un cambio en las reglas referentes a la invariabilidad y transformación entre los eventos (Arnkoff 1980), de modo que una "revolución personal" (Mahoney 1980) pueda tener lugar; e infinitamente más.

En este capítulo no tenemos la intención de agregar otra definición a este grupo; estamos bastante de acuerdo con las últimas citadas (Lewis, Ellis, Bowlby y Arnkoff-Mahoney) y creemos que, al menos en algunas circunstancias terapéuticas, todas las definiciones citadas son parcialmente válidas. Más aún, nos gustaría aplicar explícitamente al proceso terapéutico la analogía entre el comportamiento científico y el del paciente, como se ha dicho más y más frecuentemente en los últimos años (Kelly 1955; Mahoney 1976, 1980; Mahoney y De Monbreun 1977; Meichenbaum 1977, p. 214)¹. Desde luego que la analogía entre el proceso terapéutico y el modo de desarrollar el conocimiento científico mediante experimentos, pruebas, refutación de las pruebas, desafíos lógicos y confrontación de teorías, está bastante implícita en las descripciones de Ellis (1962) y Beck (1976) de las terapias cognitivas. Nuestro objetivo aquí es hacerla más explícita aún. Al hacerlo así, podemos empezar con la definición de Dewey dada en el epígrafe. Presumiblemente, los científicos están bien conscientes del hecho que ellos no poseen la verdad absoluta: ellos piensan. Nuestros pacientes, sin embargo, frecuentemente son más como "el hombre de la calle" de Dewey: en relación a ciertos temas relevantes, ellos no piensan: saben. Por lo tanto, los terapeutas tienen que "superponer un caso de incertidumbre activa sobre una certeza previa no cuestionada"; esto es, hacer que el paciente se replantee los resultados de su pensamiento previo. En otras palabras, para aprovechar plenamente la analogía con un científico, el terapeuta debiera capacitar a los pacientes a *liberarse* de

¹ En este punto es importante enfatizar nuevamente los dichos de Weimer en relación a las diferencias entre metodología científica y "metodolatría científica" (Weimer 1980). No queremos hacer que nuestros pacientes crean que la ciencia es la respuesta a los problemas humanos, sino más bien que los seres humanos pueden, si así lo eligen, vivir sin certezas y sin desesperación, explorándose a sí mismos y al mundo de la misma manera en que los científicos abordan sus programas de investigación.

ciertas creencias y juicios enraizados y considerarlos como hipótesis y teorías, sujetas a refutación, confirmación y desafío lógico².

Durante el procedimiento inicial de evaluación, generalmente se obtiene un cierto grado de liberación simplemente pidiéndole al paciente que ponga atención a sus "pensamientos automáticos", diálogos internos, ensoñaciones y fantasías y que los registre y se los cuente al terapeuta. Esta simple indicación obviamente transmite la convicción que el pensamiento del paciente es relevante para la comprensión de sus problemas conductuales y emocionales —que las teorías causales que los pacientes tienen acerca de tales problemas de alguna manera pueden ser cambiadas mediante los procedimientos de evaluación, o alternativamente, que los pacientes tienen que reconocerlos explícitamente y al menos parcialmente liberarse de ellos.

La evaluación y el cambio son interdependientes (Meichenbaum 1977, Cap. 9). Otro aspecto de esta interdependencia se refiere al modo como las maniobras terapéuticas y sus resultados son fuente continua de retroalimentación acerca de las estructuras cognitivas del paciente. Frecuentemente, si no siempre, no hay otra manera práctica de evaluar las estructuras cognitivas profundas del paciente que intentando cambiar las más superficiales mediante técnicas terapéuticas apropiadas. Por lo tanto, procederemos a describir el proceso terapéutico (considerado como una estrategia para el cambio cognitivo) mediante el bosquejo de algunas técnicas terapéuticas que generalmente se aplican mejor en la primera fase del tratamiento y que son apropiadas para producir tanto un cambio de las estructuras cognitivas superficiales como una identificación de las reglas más profundas.

² Beck y sus colaboradores declaran la importancia de liberar a los pacientes de ciertos juicios enraizados ("distanciamiento") y de la creencia que son el punto focal de todos los eventos ("descentramiento") —ver Beck (1976, p. 242 en adelante) y Bedrosian y Beck (1980, p. 143 en adelante). La liberación —o distanciamiento— de nuestros pensamientos significa que los pacientes aprendan, por ejemplo, a considerar afirmaciones sobre sí mismos tales como: "Soy un fracaso total", no como una verdad incuestionable, sino más bien como el resultado de sus propios procesos de pensamiento, una conclusión que está sujeta a un escrutinio más cercano y a una crítica racional.

TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA MODIFICAR ESTRUCTURAS SUPERFICIALES E IDENTIFICAR ESTRUCTURAS COGNITIVAS MÁS PROFUNDAS

Durante las etapas iniciales de la terapia, el terapeuta establece con el paciente una relación respetuosa de las probables reglas profundas de éste, haciendo referencia a su conocimiento de los síndromes psiquiátricos (ver Cap. 6). Al mismo tiempo, o más tarde, el terapeuta continúa definiendo el contrato terapéutico y asegurando las siguientes conductas secuenciales (apuntando a conductas problemáticas, antecedentes y consecuencias) y los modelos representacionales y expectativas que van con ellos. Haciendo que el paciente se concentre en problemas concretos y “hechos” observables, y disuadiéndolo de enredarse en discusiones puramente teóricas —tales como: “Doctor, ¿usted piensa que mi enfermedad es somática o psicológica?” o “Yo pienso que mis problemas son resultado de haber tenido un padre autoritario, estricto”—, el terapeuta enseña al paciente, por implicancia, los primeros rudimentos del método científico. Las respuestas a las preguntas teóricas como las ya citadas vendrán más adelante, cuando se hayan reunido suficientes datos para corroborar la teoría. En línea con esta metodología, el terapeuta puede, en este punto, proponer al paciente ciertos “experimentos” que pueden probar cuán verdaderas o falsas son las expectativas evaluadas del paciente con respecto a las consecuencias personales y ambientales de la conducta problemática o de las pautas conductuales alternativas que él o ella evita seguir³.

³ Ya hemos mencionado que es útil reinterpretar la conducta problemática del paciente, toda vez que sea posible, en términos de conducta evitativa. Por ejemplo, un paciente que sufre de angustia social muestra conducta evitativa cuando no se acerca a una chica bien dispuesta que le gusta o cuando él no expresa su opinión. Desde luego que uno tendría que asegurarse primero que el paciente tiene en sí mismo, por lo menos en forma primitiva, la conducta potencialmente útil que evita practicar. Una vez que esta posibilidad es considerada, uno se ve sorprendido al ver cómo tantos casos de conductas sintomáticas pueden ser interpretadas como conducta evitativa. Por ejemplo, un paciente que presenta un excesivo despliegue de agresividad puede evitar activamente mantenerse calmado y responder educadamente por miedo a ser abusado por sus oponentes. Un paciente deprimido puede evitar la acción por miedo al fracaso, o al juicio de otras personas, o al esfuerzo que piensa que esta acción implica. Una paciente que sufre de desórdenes alimenticios puede evitar expresar claramente sus problemas y sentimientos por temor a ser decepcionada o a ver que su confidente se aprovecha de ella como resultado de conocer sus secretos (ver Cap. 12). Como lo indican estas notas, el considerar la posibilidad de una conducta evitativa en lugar de excesos o déficits conductuales puede por sí mismo suministrar rápida información acerca de las estructuras cognitivas del paciente.

“Experimentos” en el contexto terapéutico

Uno de los posibles contextos en que estos “experimentos” podrían tener lugar es en la situación terapéutica misma. Especialmente en el caso de pacientes que sufren alteraciones neuróticas complejas, la relación terapéutica, si es manejada oportunamente por el terapeuta, es la mejor para refutar ciertas expectativas negativas acerca del resultado de las relaciones interpersonales, la posibilidad de ser criticado y rechazado, y así sucesivamente.

Una paciente deprimida y obesa evitaba describir al terapeuta sus sentimientos y problemas. El terapeuta supuso que ella creía no ser digna de atención y esperaba ser rechazada. Durante la tercera sesión, la paciente deliberadamente adoptó una actitud provocativa, expresada claramente en la pregunta: “¿Por qué piensa que usted puede ayudarme?”. En lugar de eludir la pregunta, o reasegurar a la paciente, o contraatacarla, el terapeuta, en conformidad con su teoría, preguntó: “¿Usted espera que la abandone si actúa de esta manera?”. Sorprendida, la mujer titubeó, respondiendo: “Sí”. De ahí en adelante fue posible estudiar las expectativas de ser rechazada y la visión negativa de sí misma (una estructura más profunda en que estas expectativas se basaban) que envolvían el flujo de conciencia de la paciente y afectaban su conducta.

El *juego de roles* y el *entrenamiento asertivo* son otros ejemplos de “experimentos” que pueden ser iniciados y llevados a cabo durante las sesiones terapéuticas para refutar las expectativas del paciente de no ser capaz de ser asertivo, resistir críticas, etc. Lo mismo puede decirse respecto a otras *técnicas de terapia conductual* y muchos procedimientos de *entrenamiento en destrezas de afrontamiento*. Para una descripción de estas técnicas y sus aspectos cognitivos, ver Foreyt y Rathjen (1978), Garfield y Bergin (1978), Kanfer y Goldstein (1975), Mahoney (1974) y Meichenbaum (1977). (Para un intento de clasificación de las técnicas de terapias cognitivo-conductuales, ver Mahoney y Arnkoff 1978). Aquí sólo describiremos algunos ejemplos de cómo estas técnicas pueden utilizarse para refutar las expectativas del paciente y al mismo tiempo obtener información acerca de las reglas más profundas que gobiernan estas expectativas.

Los pacientes fóbicos generalmente esperan ser incapaces de tolerar la angustia ocasionada por la exposición a situaciones temidas. A veces, ellos sostienen que incluso el imaginar tales escenas les evoca sentimientos desagradables e insoportables. El terapeuta —dado que la positiva relación

terapéutica ya establecida le permite hacerlo— en este momento le pide al paciente someterse a un “experimento”, el que podría ser beneficioso para sus propios problemas. Bajo estas premisas, el terapeuta le explica al paciente los principios de la inundación imaginaria (Boulougouris, Marks y Maset 1971; Marks 1969). En la inundación, los pacientes imaginan las situaciones temidas y las consecuencias esperadas de exponerse a ellas, mientras el terapeuta se las describe intensamente, con matices dramáticos, en forma de temas repetidos que duran entre 10 y 15 minutos cada uno. Generalmente en una situación como ésta, los pacientes se sienten, desde el principio, mucho menos ansiosos de lo que esperaban (uno de nuestros pacientes —que probablemente tenía una fuerte tendencia a oponerse a la autoridad tal como la que el terapeuta se supone que tiene— casi se quedó dormido durante la segunda sesión de inundación) y como regla se puede ver que, entre más se repiten las escenas imaginadas, más disminuye la angustia o desaparece totalmente.

En esta etapa, el paciente frecuentemente objeta: “Está bien, doctor, ahora puedo imaginar todas estas cosas sin sentirme atemorizado, pero en la vida real jamás podría encararlas”. Así el terapeuta toma conciencia que el paciente está empezando a expresar verbalmente la creencia de que hay una diferencia entre los peligros imaginados y el afrontarlos en la vida real, y considera esta información como la primera oportunidad de indagar en las reglas más profundas del paciente. Por otro lado, al llevar a cabo el “experimento”, el terapeuta puede pedirle al paciente repetir la experiencia de inundación, pero esta vez imaginando activamente temas introducidos en las sesiones previas, mientras experimenta realmente la situación temida. Una exposición *in vivo*, así preparada y llevada a cabo, puede demostrarle al paciente que sus creencias acerca de las consecuencias de exponerse a los estímulos fóbicos eran exageradas y erróneas, y también le suministra una herramienta ideal y práctica para reconocer el poder de su propia imaginación y llegar a “manejarla” (ver también Cap. 10).

A estas alturas, las estructuras cognitivas superficiales del paciente se han modificado junto con la conducta y emociones problemáticas relacionadas. Admite que las raíces de su fobia estaban en sus procesos imaginarios y que es capaz de manejarlas. Debido a este cambio superficial, la conversación terapéutica puede traer claramente a la superficie las reglas más profundas del paciente (las que el terapeuta intenta respetar, mas no confirmar, en los inicios de la relación terapéutica). En pacientes fóbicos,

es típico de esta etapa que salgan a la superficie creencias relacionadas con la necesidad de mantener el control:

En esta etapa del tratamiento, varios de nuestros pacientes agorafóbicos relataron haber pensado, luego de haber encarado exitosamente situaciones que antes los asustaban: “Bueno, esta vez mantuve el control, pero ¿seré capaz de hacer lo mismo en un ataque más serio de mi fobia?”⁴.

Para enfrentar este tipo de teoría acerca del autocontrol (algo que se debe hacer si queremos obtener más que un cambio superficial), son necesarias otras técnicas terapéuticas (ver Cap. 10).

Cabe señalar que también puede reunirse información valiosa acerca de estructuras cognitivas más profundas, y quizás fundamentalmente, cuando las intervenciones conductuales aplicadas en la fase inicial del tratamiento parecen no causar ningún cambio clínico. El siguiente ejemplo muestra un caso y su resultado.

Sofía, de 33 años, sufría de una seria tanatofobia⁵ desde los 8 años. No recordaba ningún episodio traumático en que se pudiera haber originado la fobia. Sólo podía recordar que a los 8 años le daba susto pasar por la casa donde vivía otra niña de la cual había sido amiga y que había muerto unos meses antes.

Los padres de Sofía aún vivían en ese pueblo, mientras que ella se había trasladado a otra ciudad para estudiar, permaneciendo allí

⁴ De acuerdo con lo dicho en el capítulo anterior, el terapeuta necesariamente debe tener teorías causales diferentes a las del paciente para reconocer que estas creencias con respecto al autocontrol son parciales, erróneas y potencialmente patológicas. En esta etapa del tratamiento, nuestros pacientes fóbicos generalmente consideran que su fobia es algo fuera de sí mismos y, por lo tanto, algo que tiene que ser controlado. Nosotros los terapeutas consideramos la fobia como una emoción que deriva de ciertos aspectos del autoconocimiento tácito, y por lo tanto, como algo que debe ser corregido a través de una reestructuración cognitiva en vez de ser mantenido bajo control.

⁵ En Italia, especialmente en pueblos pequeños, los funerales tienen una fuerte relevancia social. Además de seguir el carro funerario y vestirse de negro, los familiares del deudo son visitados durante varios días por los amigos, se envían por correo tarjetas ribeteadas de negro, se publican anuncios con bordes negros en secciones especiales de los diarios y a veces se pegan afiches ribeteados con líneas negras en las paredes anunciando el deceso. La iglesia donde se realiza el servicio con frecuencia tiene adornos negros en la puerta. Por lo tanto, la tanatofobia puede llegar a ser seriamente invalidante, tanto como la fobia al ascensor puede ser invalidante para un neoyorkino.

luego de titularse y casarse. Citados por el terapeuta, los padres de Sofía dijeron que habían notado la reacción de su hija ante la simple vista de una carroza cuando Sofía era apenas una adolescente. Hasta donde podían recordar, Sofía casi nunca había hablado de la pequeña niña que había muerto —quizás de leucemia— cuando Sofía tenía 8 años, y no había mostrado una reacción dramática ante la noticia de esa muerte. Ella había sido una niña vivaz, inteligente y normal, que fácilmente hacía muchos amigos entre los chicos de su edad. El terapeuta inquirió si acaso ella pudo haber aprendido su fobia a través del modelaje y el resultado fue negativo. Ante la pregunta: “¿Ha habido alguna persona en la familia que le tenga miedo a alguna cosa relacionada con la muerte?”, tanto Sofía como sus padres contestaron negativamente. Nadie en la familia había sufrido alteraciones emocionales o colapsos nerviosos; únicamente el padre de Sofía había tenido una ligera hipertensión que los médicos consideraron de origen psicósomático. Todos coincidían en que los padres se relacionaban muy bien entre sí y con sus hijos (Sofía y otros dos). La evaluación de la comunicación familiar confirmó esta afirmación. El matrimonio de Sofía parecía también bastante satisfactorio.

El análisis funcional-cognitivo sólo reveló que Sofía creía y temía supersticiosamente que ella podría morir de un shock ocasionado por la visión de un ataúd o un cadáver. El terapeuta decidió intentar refutar esta idea de la paciente, usando la técnica de desensibilización imaginaria sistemática. Sofía fue capaz de imaginar vívidamente los distintos ítems en la jerarquía de los estímulos causantes de angustia, partiendo de la visión fugaz de un carro funerario vacío hasta mirar el cadáver siendo vestido y puesto dentro del ataúd; a pesar que al principio mostró gran angustia, más adelante se calmó y fue capaz de permanecer en un estado de profunda relajación muscular.

Desafortunadamente, los resultados alcanzados en las sesiones terapéuticas no se extendieron a la vida real. A pesar que ella podía soportar el imaginarse un cadáver dentro de un ataúd, Sofía de todos modos reaccionaba con temor (taquicardia prolongada y gran angustia, la que duraba uno o dos días) ante la mera visión de un carro funerario en la calle. El estudio clínico de las razones para un resultado tan poco usual de la desensibilización mostró que la paciente —mientras obedientemente se imaginaba las escenas descritas por el

terapeuta— al mismo tiempo se decía silenciosamente: “Jamás seré capaz de hacer esto”. Es decir, ella se imaginaba la escena, pero no a *sí misma* estando en la escena. Cuando se le preguntó por qué estaba convencida de su incapacidad, Sofía no reafirmó su idea supersticiosa original —a estas alturas, ella sabía que podía *pensar* acerca de la muerte sin consecuencias—, pero mantuvo que se sentía demasiado *sensible y distinta a los demás* para soportar la visión de funerales y cadáveres. Una estructura cognitiva más profunda concerniente a la autoimagen emergió así por primera vez y debía ser refutada.

Dado que el caso de Sofía es un buen ejemplo para otros puntos que discutiremos luego en este capítulo, continuaremos con él más adelante.

Otras técnicas terapéuticas cognitivas

Otras técnicas terapéuticas cognitivas más específicas que las ilustradas hasta este punto son útiles para modificar las estructuras cognitivas superficiales e identificar las reglas invariantes más profundas. Por ejemplo, muchas técnicas de terapia cognitiva implican dar instrucciones al paciente para ensayar cognitivamente situaciones generadoras de temor, tristeza o rabia (*modelaje cognitivo, afrontamiento imaginario, entrenamiento auto-instructivo, entrenamiento de inoculación de estrés*, etc.; ver, por ejemplo, Mahoney y Mahoney 1976; Meichenbaum 1977; Novaco 1975, 1977). Cada vez que los pacientes sustituyen activamente —de acuerdo a tales instrucciones, con monólogos apropiados o autoafirmaciones adaptativas en vez de las negativas anteriores—, no sólo son cambiadas de alguna manera las cogniciones superficiales, sino que generalmente se esclarecen un poco más las reglas profundas que las gobiernan.

Según las sugerencias de Novaco (Novaco 1975), instruimos a uno de nuestros pacientes, quien era presa de reacciones de furia excesiva, respecto a cómo prepararse para la provocación (por ejemplo, “Esto me va a dejar mal, pero yo sé cómo lidiar con esto”), cómo confrontar provocaciones (“Mientras mantenga la calma, podré controlarme”) y cómo encarar la ira creciente (“Ha llegado el momento de respirar hondo”). Cuando el paciente aprendió a sustituir sus afirmaciones anteriores (“No puedo controlar mi rabia” y “No debo dejar que esta bestia estúpida me insulte”) con estas nuevas, fue de hecho capaz de

controlar mejor sus conductas agresivas. Al mismo tiempo, un nuevo aspecto de su problema se hizo aparente; se descubrió pensando: "Puedo controlarme, pero ¿qué ocurrirá ahora? ¡A lo mejor me estoy comportando como un cobarde a pesar de mi verdadera naturaleza!". Así, la teoría de que él era incapaz de controlar su propia rabia fue corregida, pero al mismo tiempo salió a la luz su teoría más profunda de que no estar reaccionando agresivamente era lo mismo que ser un cobarde.

Procedimientos de resolución de problemas (D'Zurilla y Goldfried 1971; Goldfried y Goldfried 1975) pueden ser usados de la misma manera. La lluvia de ideas ofrece alternativas a los intentos infructuosos del paciente por resolver sus problemas personales y generalmente permite tanto al terapeuta como al paciente reconocer la actitud básica hacia la realidad que estaba determinando las reglas rígidas de resolución de problemas:

Una paciente describió su principal problema conyugal así: si someterse totalmente a su cariñoso pero también dominante marido, o aceptar pelear y convertir su vida doméstica en un infierno en la tierra. La lluvia de ideas asistida por el terapeuta generó otras alternativas (por ejemplo, no sabotear los hobbies del marido accediendo en el momento adecuado a sus previas demandas de ser informado del programa diario de su esposa; discutir abiertamente sus sentimientos internos con su marido; asistir juntos a terapia; ingresar a un grupo feminista y pedir ayuda a otras mujeres, etc.), pero también hizo a la paciente percatarse que su actitud básica hacia el matrimonio justificaba su previo modo dicotomizado de considerar el problema. Ella creía que el amor conyugal significaba una devoción *total* de un esposo al otro y no podía concebir la cooperación y los derechos igualitarios en el matrimonio. Según su punto de vista, el marido o la esposa debía *dominar*, y el que aceptaba ser dominado tenía el derecho a esperar un gran amor como recompensa. Su problema surgió cuando empezó a sentir que, a pesar que el esposo estaba muy enamorado de ella, su posición sumisa le resultaba muy difícil de soportar por un largo tiempo. Para resolver el problema, sin embargo, ella claramente debía cambiar su actitud básica hacia el matrimonio.

Detener el pensamiento (Taylor 1963) puede ser usado creativamente y no sólo con obsesivos, para demostrar a los pacientes cuán falsa es la teoría común de que uno no tiene *ningún* control sobre sus propios pensamientos. Generalmente, las estructuras cognitivas más profundas, que determinan los pensamientos "intrusos", se hacen más fácilmente reconocibles después de esto.

Un paciente hipocondríaco afirmaba que no podía de ningún modo detener los pensamientos perturbadores acerca de su propia salud. El terapeuta le pidió que se relajara, que se centrara deliberadamente en tales pensamientos y entonces, inesperadamente, le gritó muy fuerte: "¡Deténgase!". Repitió el procedimiento y finalmente el paciente fue instruido de gritar él mismo: "¡Detente!". Como consecuencia, el paciente admitió que él realmente *quería* pensar continuamente en su salud, de otra manera podría estar en serio peligro de pasar por alto algún síntoma menor, quizás una advertencia de una enfermedad inminente que debiera ser tratada inmediatamente.

Todos los ejemplos presentados indican la misma dirección de la estrategia terapéutica: los "experimentos" creados por el terapeuta para refutar las teorías del paciente acerca de las causas primarias de su conducta "sintomática" sacaron a la luz teorías más profundas (Arnkoff 1980) que generalmente necesitan ser confrontadas con técnicas terapéuticas de distinto nivel lógico que las aquí ilustradas. Cuando los pacientes empiezan a expresar verbalmente sus teorías causales más profundas, generalmente encontramos que son mucho más abstractas en comparación con algunas más superficiales y concretas que emergieron en la primera etapa del tratamiento. Nuevamente podemos usar la metáfora del científico diciendo que las reglas profundas que gobiernan las cogniciones en curso de nuestros pacientes representan teorías abstractas más y más formalizadas acerca de sí mismos y de la naturaleza de su interacción con la realidad. A su vez, los esfuerzos del terapeuta para refutar tales teorías también tienen que pertenecer a un nivel lógico más abstracto que las tácticas cognitivo-conductuales previamente descritas. Podemos agrupar estas tácticas de orden superior bajo la denominación de "técnicas terapéuticas basadas en el debate y el desafío lógico". Guardan alguna semejanza con el debate epistemológico que ocupa la fase de investigación

experimental y desarrollo teórico en el proceso de crecimiento del conocimiento científico.

TÉCNICAS COGNITIVAS QUE DESAFÍAN LÓGICAMENTE LAS TEORÍAS MÁS PROFUNDAS DE LOS PACIENTES

Las descripciones de Ellis y Beck (Bedrosian y Beck 1980; Beck 1976; Ellis 1962) de su estrategia terapéutica son buenos y conocidos ejemplos de cómo confrontar efectivamente, en un terreno puramente lógico, las presuposiciones distorsionadas (o creencias irracionales) en las cuales se basa la "filosofía de vida" del paciente. Podemos mencionar, por ejemplo, las técnicas de "decatastrofización", en las cuales el terapeuta demuestra lógicamente al paciente cómo su evaluación de la influencia negativa de ciertos acontecimientos y acciones ha sido exagerada; las técnicas de "reatribución", en que las presuposiciones irrealistas de responsabilidad, que ocasionan autorrecriminaciones y sentimientos de culpabilidad, se someten a la crítica lógica en lugar de simplemente absolver al paciente de toda responsabilidad; y las técnicas de "reestructuración racional", en las cuales el paciente aprende a generar respuestas lógicas en lugar de cogniciones ilógicas. Estas técnicas frecuentemente hacen referencia explícita o implícita a los argumentos "semánticos" tan similares a aquellos originalmente sugeridos por Korzybski (1941) y especialmente por Ellis en su trabajo clínico. Como discutiremos más adelante en este capítulo, nuestro modelo de organización del conocimiento centrado en el concepto de identidad personal (ver Cap. 3) sugiere un uso más bien renovado de técnicas "semánticas" dentro del proceso estratégico de terapia cognitiva.

Antes de discutir el uso de los debates lógicos en el proceso psicoterapéutico, debemos recordar que, previo al desafío de las teorías causales del paciente (ya identificadas en la etapa inicial del tratamiento), efectuamos un *análisis del desarrollo* para encontrar una evidencia explícita de las teorías causales que el paciente recuerda durante su historia del desarrollo. Para aprovechar lo más posible la analogía con la formación, crecimiento y cambio del conocimiento científico, el proceso psicoterapéutico tiene que reconocer plenamente las experiencias vitales en base a las cuales el paciente ha construido sus creencias irracionales y encontrado una confirmación a su verdad. Asimismo, antes de criticar una teoría científica, debemos saber en qué observaciones se basa. En el Capítulo 7 describimos cómo

se lleva a cabo esta investigación histórica. Volviendo a nuestra paciente tanatofóbica, Sofía, permítasenos ahora mostrar cómo el análisis del desarrollo puede entrelazarse con la terapia misma.

La corrección de la teoría causal superficial que Sofía mantenía para justificar su tanatofobia ("Si yo veo algo relacionado con la muerte y con morir, me asustaré tanto que yo también moriré") reveló una teoría causal más profunda: "Soy diferente a la otra gente; soy demasiado sensible, demasiado débil, demasiado impresionable para soportar la visión directa de la muerte". Por supuesto, las consecuencias de esta creencia lo confirmaban completamente: su taquicardia ante la vista de un entierro "demostraban" su sensibilidad, y el hecho de que otros reaccionaran diferente "probaba" su peculiaridad. Pero ¿cómo había llegado Sofía a construir su identidad personal?

El análisis del desarrollo, resumido en esta etapa, indicaba que cuando niña se había sentido más cercana a su padre—quien se interesaba en las artes y era sensible y tímido—que a su madre, que era una mujer fuerte y práctica. A pesar de que este estado de cosas *aparentemente* no se relacionaba directamente con la tanatofobia, su reconocimiento bastó para que Sofía empezara a considerar la visión que tenía de sí misma como una idea formada más en la identificación con su padre que como una verdad absoluta (liberación y distanciamiento). Las técnicas semánticas relacionadas con el uso del verbo "ser" y con el pronombre "yo", que describiremos más adelante, hicieron que Sofía aceptara la idea que ella *reaccionaba* de un modo excesivamente sensible, pero "*no era* intrínseca y generalmente hipersensible" ante ciertas situaciones como la muerte y sus símbolos.

Habiendo conseguido así una mayor liberación de las teorías de identidad personal, el terapeuta procedió a modificar "experimentalmente" la creencia de Sofía de que era incapaz de soportar la vista de eventos relacionados con la muerte, refutando la correlación negativa entre "sensibilidad" y la "indiferencia ante escenas relacionadas con la muerte". Dado que la paciente era excepcionalmente capaz de una profunda relajación muscular y de una imaginación vívida y precisa, el terapeuta decidió abocarse una vez más a la desensibilización imaginaria sistemática (en este caso, mejor llamada "procedimiento de afrontamiento imaginario") antes de enfrentar una exposición *in vivo*.

Pero esta vez las escenas relacionadas con la muerte eran parte de escenas mayores, en las que Sofía se imaginaba a sí misma ocupada en sus habituales actividades diarias relacionadas con su supuesta “sensibilidad y peculiaridad” (ella, tal como su padre, solía pintar y prefería temas delicados como flores, rosadas puestas de sol, etc.). Una escena desensibilizadora era, por ejemplo:

Estás en la ventana pintando el florido ventanal de la casa del frente. Trata de verte claramente a ti misma, el cuadro, el color. Ahora ves en la calle que va pasando un funeral, continúa viéndote a ti misma en la escena y el funeral, y el floreado marco de la ventana y el cuadro. Ahora imagina el funeral pasando y desapareciendo, mientras sigues pintando sin alejar tu mirada de la ventana.

Los efectos de esta técnica de desensibilización modificada fueron muy buenos. Ahora Sofía, de hecho, podía soportar la vista de funerales sin sentirse demasiado angustiada. El terapeuta empezó a guiar, en su presencia (la relación terapéutica era muy buena), una gradual exposición *in vivo* al estímulo temido, por ejemplo, llevando a Sofía a pintar flores al cementerio en un lindo día primaveral. Así la paciente aprendió a diferenciar entre “sensibilidad artística” y “capacidad de soportar la visión de la muerte”. En ese momento, durante una de las sesiones de seguimiento, surgió un descubrimiento sorpresivo.

Sofía había ido a visitar a sus padres a su ciudad natal. Un pariente mayor, lejano, que vivía en el mismo pueblo, había muerto el día anterior y el funeral tendría lugar al día siguiente. Sonriendo, Sofía le dijo a su madre: “Ves, el funeral no impidió que viniera a verlos por una semana; tú puedes ir mañana (anteriormente Sofía le pedía a sus padres y a su marido que no asistieran a funerales porque ella se sentiría “casi contaminada” cuando ellos volvieran), pero yo prefiero quedarme en casa sola. Ahora ya no me da miedo ir a un funeral, pero prefiero evitarlo si puedo y además estoy de vacaciones”. Para su gran sorpresa, su madre le contestó: “Pero no te quedarás sola en casa; tu padre no irá. Nunca los ha soportado”. Sofía siempre había creído que sus padres no iban a funerales, cuando ella era más joven, porque *ella* les pedía no hacerlo debido a su temor.

Ahora, a los 34 años, y *sólo gracias a un año de exitosa terapia* (54 semanas de sesiones), ella sabe que las cosas son diferentes. Su padre sensible y amante del arte, a pesar que no atribuía su rechazo a los funerales al temor, siempre había rehusado asistir a ellos. Dado que él no evitaba pasar cerca de tumbas o visitar parientes de personas muertas recientemente, tampoco se describía a sí mismo como fóbico. Pero Sofía, posiblemente muy temprano en su vida, adquirió el *conocimiento tácito* de una correlación negativa entre la sensibilidad artística y el ir a funerales, y la generalización más la inclusión de esta noción a su autoconocimiento habían hecho el resto. El fin del análisis del desarrollo, junto a las técnicas terapéuticas previas, exitosamente aplicadas, permitió terminar la terapia⁶.

Técnicas semánticas

En el proceso psicoterapéutico, un examen de la evidencia que sustenta las teorías del paciente acerca de su identidad personal generalmente precede al desafío lógico de esas teorías. El paso siguiente consiste en la corrección semántica del uso del pronombre “yo” y de verbos tales como “ser”, “valer”, “deber”, “poder” y “merecer”, que tal como dijimos en el Capítulo 7, son la clave para captar las estructuras cognitivas de la identidad personal. Como convincentemente argumenta Raimy (1975), las concepciones erradas sobre uno mismo probablemente juegan un rol mayor en las adaptaciones duraderas y, por lo tanto, su corrección constituye uno de los principales objetivos del tratamiento.

⁶ El caso de Sofía prueba que una vez que removimos los obstáculos de las teorías acerca de la identidad personal, una nueva visión de la realidad aparece en el paciente. Cuando Sofía abandonó su hábito de describirse a sí misma cognitivamente y conductualmente como “fóbica”, y de culparse a sí misma y a su familia por su fobia a los funerales, ella fue capaz de aprender acerca de la conducta de su padre. El ejemplo también muestra cuán difícil puede ser para el terapeuta evaluar la existencia de modelos familiares en las conductas sintomáticas de algunos pacientes: el padre de Sofía no mentía cuando durante las sesiones decía no temer a las situaciones relacionadas con la muerte. Después del fin del tratamiento de Sofía, el terapeuta pudo otra vez hablar con el hombre acerca de esto, quien mantuvo que rehusaba ir a los funerales sólo por sus teorías —que él nunca había expresado a su hija— respecto a la inutilidad de tales ceremonias. Pero cuando niña, Sofía probablemente había notado que su padre evitaba ir a funerales y que no le gustaba hablar acerca de ellos. Sus observaciones muy posiblemente iniciaron un mecanismo similar al descrito por Bowlby (1979): saber algo sin hablar al respecto confina la noción al conocimiento tácito y evita la corrección de teorías erróneas o parciales basadas en tal noción, o lo induce a uno a buscar evidencia en teorías vagas y genéricas. El concepto de “sesgo confirmatorio” (ver, por ejemplo, Mahoney y De Monbreun 1977) es particularmente aplicable en estas situaciones.

Sea cual sea el *contenido* de las concepciones erradas acerca de sí mismo, su forma lógica es invariablemente de juicios globales, invariabilidad y capacidad de penetración en atribuir causas y significados. En otras palabras, debido a su estabilidad, su duración durante las horas de vigilia (y quizás también durante los sueños) y su globalidad, el autoconcepto constantemente define al individuo ante sí mismo, tanto en su conducta diaria como en su identidad a largo plazo. Formas verbales tales como “yo soy”, seguidas de algún predicado, obviamente expresan esta globalidad, su invariabilidad y penetración en el autoconcepto. Diversos argumentos semánticos pueden mostrar cómo la forma lógica que corresponde a estas formas verbales es errónea, cualquiera sea el predicado.

Por ejemplo, consideremos los atributos del pronombre “yo” en el uso común del lenguaje diario. “Yo sueño”, “yo pienso”, “yo duermo”, “yo respiro”, “yo camino”, “yo como”, “yo hablo”, “yo veo”, y así sucesivamente. Ahora consideremos la universalidad del significado del verbo “ser”. Teniendo todo esto en mente, consideremos la frase “Yo soy un cobarde”. Obviamente, no tiene un valor lógico. En efecto, ¿cuál es el sentido de decir: “Yo sueño como un cobarde”, “Yo pienso como un cobarde”, “Yo camino como un cobarde”, “Yo respiro como un cobarde”, etc.? Mi “yo” está hecho de mi cuerpo, mi pelo, mis ojos, mi hígado, etc. ¿Cuál es el sentido lógico de decir: “Mi cuerpo es cobarde”, “Mi pelo es cobarde”, “Mis ojos son cobardes”, “Mi hígado es cobarde”, etc.? Si reemplazamos “cobarde” por cualquier otro predicado —bueno, malo, inteligente, estúpido, fuerte, débil, alto, bajo, atractivo, feo—, el resultado será el mismo. Ya que “yo” representa una miríada de actos y partes diferentes, y “ser” es el verbo de la universalidad, sólo un predicado que puede ser aplicado lógicamente a *todos* estos actos y partes puede tener sentido en una frase con “Yo soy”. Hay sólo *un* predicado así —“Yo soy un *ser humano*”— y esto es tautológico. Por lo tanto, en rigor, la frase “Einstein es inteligente” es más o menos sin sentido. Sólo tiene sentido pleno en la siguiente forma: “Einstein produjo algunas ideas muy inteligentes en el campo de la física” (y quizás algunas ideas bastante estúpidas en la vida diaria). Dicho sea de paso, esta parecía ser la opinión de Einstein mismo cuando alguien le dijo: “¡Oh, profesor Einstein, qué genio es usted!”, y él contestó: “No, sólo tuve una idea genial en mi vida”.

Más aún, atributos tales como “inteligente-estúpido”, “bueno-malo”, “bonito-feo”, etc., no pertenecen a aspectos dicotómicos de la realidad,

sino más bien a un *continuum* de juicio, cuyos elementos son medibles por medio de instrumentos arbitrarios y socialmente aceptados (tests de CI, instrumentos sociales de evaluación moral).

Conceptos como “deber” y “valer” también están abiertos a evaluaciones semánticas que pueden probar ser interesantes, útiles y no tan difíciles para el paciente promedio. Pero, dado que la descripción del proceso sería relativamente larga, considerando las situaciones clínicas y diferentes grados de educación de los pacientes, no vamos a ver esto en profundidad. Para dar simplemente una muestra del tipo de análisis involucrado, la idea general de “valor” aplicado al ser humano (“Yo valgo menos que él”) es lógica sólo si uno cree que hay un instrumento para medir este valor. Dado que claramente dicho instrumento no existe, la teoría que un ser humano vale más que otro no tiene base. Lo único que uno puede decir con seguridad es que algunos desempeños son a menudo —pero no siempre— socialmente mejor retribuidos que otros⁷. En cuanto a la idea de deber moral (*must*), podemos demostrar que está fundada en dos circunstancias básicas:

1. Una convención social, generalmente *útil* para todo el grupo (y, por lo tanto, también para el paciente que pertenece a él), cuya transgresión es seguida por una forma de castigo (y es *útil* evitar el castigo, a menos que uno *quiera* apartarse del grupo y adoptar otras reglas).
2. Una especie de ley natural, inscrita en la herencia genética de la especie. Nuevamente, es *útil* para los individuos respetarla porque estarían forzando su naturaleza si la violan. (Por ejemplo, el vínculo de afecto entre padres e hijos es una “ley natural”; por lo tanto, cuidar a los hijos propios no es una tarea abstracta, sino una concordancia con un “conocimiento innato” con el cual uno está dotado). Por lo tanto, la idea de deber moral puede reducirse a una evaluación cuidadosa y racional de lo que es útil para la *persona* como miembro del grupo y de la especie.

⁷ La idea de la ganancia personal, opuesta a un deber moral abstracto, no es ni antiética ni conservadora, como pudiera parecer a primera vista. No es antiética pues podemos demostrar que sistemas altamente éticos (por ejemplo, el que Spinoza intentó demostrar con su “método geométrico”) se basan en razonamientos lógicos que comienzan desde la ventaja personal psicológica y emocional. No es conservadora porque no excluye en absoluto la posibilidad que los individuos puedan encontrar una ventaja para sí mismos y para otros en su lucha por una idea que podría modificar la realidad social en la que ellos viven.

Por supuesto que hay una necesidad psicológica, si bien no lógica, para desarrollar una identidad personal marcada por juicios universales y basada en las ideas del “deber” y el “valer”. Estas ideas son generalizadas y por lo tanto abstractas, y regulan la conducta de la persona de modo de sostener su autoestima. Sin embargo, esta necesidad existe particularmente durante el crecimiento y hasta la adolescencia y luego disminuye progresivamente en la adultez, cuando aumenta la capacidad de liberarse uno mismo de los resultados del propio pensar que está totalmente desarrollado. Con los pacientes adultos, las técnicas de corrección semántica permiten tal liberación de las concepciones erróneas acerca del sí mismo.

Desafío lógico del contenido de las teorías sobre la identidad personal

En esta etapa del proceso psicoterapéutico, los pacientes están listos para reconocer que las evidencias (tensiones del desarrollo, etc.) en las cuales han fundado sus teorías concernientes a su identidad personal son de naturaleza episódica, y que no hay una razón lógica ni psicológica para considerar que tienen un significado general. La *forma* lógica de los juicios globales relativos al “ser” de uno ha sido modificada. Este trasfondo le permite al terapeuta atacar y desafiar directamente, con bases lógicas, el *contenido* específico de las teorías de identidad personal. Se aplican las técnicas de decatastrofización, reatribución y reestructuración cognitiva al estilo de Beck y Ellis⁸.

En nuestra opinión, la *oportunidad* de la maniobra terapéutica es mucho más importante que las técnicas cognitivas específicas utilizadas —que pueden ser escogidas por el terapeuta según su propio “temperamento” u organización cognitiva y habilidades verbales. El reconocimiento de las relaciones significativas, formales y lógicas que conectan las creencias particulares del paciente en una estructura es esencial para determinar la sincronización adecuada de la intervención. El otro factor fundamental que

⁸ Como argumentan, por ejemplo, Beck y colaboradores (1979, p. 154 y nota al pie), el enfoque de Ellis se caracteriza por un ataque más directo a las “creencias irracionales” del paciente, mientras que el enfoque de Beck implica una preferencia por inducir al paciente a “reunir una base de datos sólida” a favor o en contra de sus conclusiones o “chequear la realidad”. El objetivo esencial de esta constatación de la realidad es permitir a los pacientes corregir sus distorsiones mediante “descubrimientos” personales, mientras el terapeuta funciona principalmente de acuerdo al modelo socrático.

guía al terapeuta para seleccionar un tipo de intervención en vez de otro en cierto momento del tratamiento, es la consideración de las tensiones vitales actuales del paciente.

Asumamos, por ejemplo, que un paciente está expresando la creencia que él a veces actúa como un cobarde. (Él ya ha reconocido que este hecho no permite afirmaciones generalizadoras tales como “Yo soy un cobarde”). Él cree también que es una persona muy sensible, o más bien, que actúa con sensibilidad ante ciertos eventos, y que sensibilidad y cobardía están correlacionadas positivamente. En su estructura cognitiva, las creencias con respecto a la sensibilidad son de un orden lógico superior a las creencias en relación a la cobardía, en tanto no todos los cobardes son sensibles, pero toda persona “sensible” es también cobarde. Asumamos además que él cree que necesita, absolutamente, ser querido para preservar su propia autoestima (y tal vez también su autoidentidad) y que él cree que la gente sensible es querible, mientras que los cobardes no lo son.

Supongamos además, por ejemplo, que su pareja amenaza abandonarlo sin una razón específica y que nuestro paciente asume que lo hace porque él “es” un cobarde. (El estrés emocional le hace olvidar usar la afirmación alternativa “porque a veces me comporto como un cobarde”). El terapeuta es confrontado con un problema de decisión. Desde un punto de vista *lógico-estructural*, el terapeuta debiera proceder a desconectar lógicamente uno de otro, tanto como sea posible, los juicios de “cobardía” y “sensibilidad”. Entonces, él o ella debería probar que actuar como un cobarde no es una catástrofe y que no implica la consecuencia lógica de ser abandonado (por ejemplo, el terapeuta podría remarcar la idea de que “nadie puede querer a un cobarde” era sólo una opinión del padre del paciente, una opinión que, a pesar de no ser totalmente poco creíble, se basaba únicamente en la experiencia limitada del padre, y no en el conocimiento de alguna ley natural). Finalmente, él o ella podría desafiar la idea de que un ser humano adulto sufre una “enorme necesidad” de ser amado y aceptado por los demás (Ellis 1962). Desde un punto de vista *práctico*, el terapeuta podría, en vez de eso, elegir una de las siguientes alternativas, considerando la apremiante situación de la vida actual del paciente, invadida por la amenaza de ser abandonado:

1. Atacar en forma enérgica y directa las creencias del paciente con respecto a la “enorme necesidad” de ser amado.

2. Pedirle al paciente que se asegure acerca de si su pareja realmente quiere abandonarlo debido a su conducta cobarde o por otras razones.
3. Encontrarse con la pareja del paciente en una sesión conjunta (siempre que lo desee), con el objeto de asegurarse de sus razones para querer dejarlo o de otro modo tratar de aclarar el posible malentendido entre ambos.

Claramente, tal problema de decisión no es fácil de resolver. En general, preferiríamos usar las tensiones en curso de la vida para demostrar al paciente que sus expectativas, basadas en constructos más profundos de su identidad personal, podrían ser limitadas o erróneas y hacerlo en sesiones familiares o de pareja. Incluso si las sesiones en conjunto demostraran que las expectativas del paciente son correctas —por ejemplo, si su pareja declarara explícitamente que lo va a dejar porque él actuó como un cobarde un par de veces—, por lo general es fácil demostrar que tales evidencias para las teorías causales del paciente son de un valor episódico limitado. (Por ejemplo, el terapeuta podría inducir a la pareja del paciente a mencionar dos o tres de sus amigas que no abandonarían a sus amantes o maridos sólo porque éstos se asustan fácilmente). Entonces, el problema del “emparejamiento asociativo” —es decir, cómo uno es llevado a elegir justo el tipo de pareja que demuestra la validez de las propias teorías acerca de sí mismo y de la realidad— puede ser considerado en las siguientes sesiones de terapia⁹. Por ejemplo, un paciente que intenta ocultar su “cobardía” podría jugar el rol de héroe valiente y por lo tanto atraer exactamente al tipo de mujer que le gusta el tipo de hombre “a mí nada me asusta”. Cuando la representación llega a su final, la mujer abandona la escena.

Luego de haber logrado esta búsqueda de evidencia y análisis del emparejamiento asociativo, podemos avanzar en la modificación profunda de los constructos sobre sí mismo. Únicamente cuando no es factible un intento de encontrar evidencia sobre las teorías directas del paciente en sus

⁹ Generalmente, las sesiones familiares *conjuntas* son útiles para obtener información acerca de los orígenes de las teorías causales del paciente. La familia del paciente en general reacciona negativamente a la percepción de los cambios cognitivos y conductuales que el paciente pueda lograr a través de la psicoterapia individual. Estas reacciones pueden ser usadas, especialmente cuando el paciente aún vive con su madre o padre, para convocar a los miembros de la familia. En esta situación familiar desequilibrada, generalmente es fácil encontrar las creencias que los padres transmiten a sus hijos y que ahora están sufriendo un cambio. La literatura acerca de la terapia familiar da muchos ejemplos de este tipo de fenómeno.

interacciones estresantes con personas significativas (el paciente, sus parientes o su esposa no acceden) es que recurrimos a tratar inmediatamente la tensión emocional (apoyo, desahogo de las emociones, etc.). Entonces, tan pronto como sea posible, procedemos con las líneas dictadas por la consideración lógico-estructural de la organización del conocimiento del paciente.

Cuando el desafío lógico de las reglas más profundamente establecidas del paciente se logra (o cuando está bien avanzado), podemos prescribir nuevos experimentos conductuales en situaciones de la vida real o nuevas técnicas cognitivas para ayudar al paciente a desarrollar teorías nuevas y más adaptativas. En esta etapa final del proceso terapéutico, el paciente está al borde de una “revolución personal”: su propio y antiguo “paradigma” (organización cognitiva, teorías estructurales causales, actitud hacia sí mismo y hacia la realidad, sistema de creencias) ha sido profundamente criticado, y aún no está completamente establecido un nuevo paradigma (ver Mahoney 1980, para una descripción más acabada de las analogías entre el análisis estructural de Kuhn respecto del análisis estructural de las revoluciones científicas y las revoluciones personales alcanzadas por medio de la psicoterapia). Una relación terapéutica positiva es esencial para minimizar el dolor y la desazón que se puede esperar mientras ocurre tal revolución personal profunda (ver Cap. 6). También son importantes experimentos conductuales y técnicas cognitivas para acelerar el proceso de construcción de un paradigma nuevo y más adaptativo. A veces los terapeutas pueden recurrir a técnicas cognitivo-conductuales establecidas para lograr la producción del paradigma alternativo, pero generalmente ellos deben “crear”, junto con el paciente, los nuevos “experimentos” adecuados.

Por ejemplo, un paciente obsesivo con tendencia al “perfeccionismo”, dudando en su búsqueda de una certeza imposible, llegó a reconocer, al final del tratamiento, que su antiguo paradigma era ilógico e inadecuado. Pero ¿cómo puede uno abandonar un hábito estresante de pensar continuamente acerca del *futuro* con el fin de calcular y evitar posibles resultados negativos del esfuerzo de uno y cada posible riesgo y error? ¿Cómo puede uno adquirir la habilidad de concentrarse en el presente y vivir más plenamente en él? El terapeuta no conocía ninguna técnica establecida para lograr este resultado. La detención del pensamiento parecía ingenua y muy apta para producir otras dudas (es decir, ser incorporado en el antiguo paradigma perfeccionista —por ejemplo, “¿He tenido éxito real en dejar de pensar

acerca del futuro?” o “¿He detenido mis pensamientos en el momento adecuado?”). Las afirmaciones racionales —por ejemplo, “Ahora relájate; recuerda que es inútil tratar de tener certezas y controlar el futuro”— fueron fácilmente olvidadas y seguidas de sus antiguas dudas y juicios acerca de sí mismo —por ejemplo, “¿Cómo puedo estar seguro de los límites entre la apropiada planificación de las acciones y una excesiva cavilación acerca de los riesgos del futuro?” y “Debí haber anticipado este problema”.

Por lo tanto, el terapeuta “creó”, junto con el paciente, un nuevo experimento de cognición: al despertar en la mañana, el paciente tenía que *imaginar* los principales acontecimientos y acciones esperables del día, tan vívidamente como fuera posible, sin demasiados pensamientos verbales. Al final del día tenía que recordar nuevamente, en el modo imaginal del pensamiento, los principales hechos y acciones del día que realmente tuvieron lugar. “Futuro” y “pasado” fueron así restringidos a una extensión diaria. Las evaluaciones enjuiciadoras (“Estaba equivocado”) fueron limitadas mediante el uso deliberado del modo imaginario. El calce entre las expectativas y eventos reales, y entre la anticipación y el recuerdo, fue reafirmado de modo que el paciente pudo practicar y reconocer su capacidad “normal” para planificar sus acciones. Pudo entonces corregirlas cuando los eventos inesperados lo requirieran y pudo notar que una novedad ambiental no debía ser considerada como un fracaso de sus planes. La revolución personal no fue demasiado dolorosa para este paciente.

Desde luego, no todos los pacientes requieren de un cambio “profundo” en su organización cognitiva. A veces bastan cambios “superficiales” o “periféricos” en un paradigma razonablemente adaptativo. Sin embargo, en casos complejos de desórdenes emocionales, debe lograrse una verdadera revolución personal si uno quiere lograr un resultado duradero y satisfactorio de la psicoterapia. En este caso, el tratamiento tomará más tiempo que lo usual en tratamientos cognitivo-conductuales. En nuestra experiencia, en casos complejos toma, en promedio, dos años, totalizando entre setenta y cien sesiones, de una hora a la semana al inicio y una hora cada dos semanas después. Las sesiones de seguimiento, en intervalos de uno o dos meses, se mantienen por un año más¹⁰.

¹⁰ Por supuesto que el proceso psicoterapéutico no sigue siempre la sucesión regular descrita aquí. Las distintas etapas pueden sobreponerse y fundirse una con otra de distintas maneras durante una terapia individual, y desde luego muchas “sorpresas” tanto agradables como desagradables ocurren frecuentemente incluso en los tratamientos mejor planificados. Por ejemplo, todos los terapeutas han

ESTRUCTURA DEL CONOCIMIENTO Y CAMBIO COGNITIVO EN PSICOTERAPIA

En el Capítulo 4 afirmamos que el cambio cognitivo generalmente es un proceso gradual y que las estructuras más difíciles de cambiar son aquellas que definen la actitud hacia uno mismo. Mientras más rígida y defensiva es esta actitud, más rígidas, estereotipadas y repetitivas se tornan las reglas para asimilar las nuevas experiencias para resolver problemas. En otras palabras, es la estructura del autoconocimiento la que determina los tipos de relaciones y conexiones entre datos de experiencias asimiladas y que por lo tanto, en el largo plazo, le da significado a la carga entrante de información que deriva de la interacción del individuo con la realidad.

Es el reconocimiento pleno del rol central del autoconocimiento lo que lleva al terapeuta a averiguar tan pronto como sea posible los aspectos nodales de la identidad personal de cada paciente y comportarse con él de manera de respetar —aunque no confirmar— estos aspectos. En los Capítulos 9-12 adelantaremos nociones que permitan al terapeuta formarse presuposiciones inmediatas en relación a cuáles son las estructuras cognitivas que intervienen en la definición de la identidad personal que el paciente se atribuye a sí mismo, comenzando con el tipo de alteraciones

tenido “casos afortunados” en los que aparentemente se han obtenido cambios profundos a través de una terapia que apuntaba únicamente a un cambio periférico, o incluso por medio de una observación casual.

Un paciente agorafóbico, por ejemplo, ha sufrido una enfermedad invalidante durante los últimos diez años. La primera manifestación coincidió con el nacimiento de su primer hijo, que había puesto en peligro la vida de su esposa. Desde entonces, el paciente nunca quiso salir solo y su esposa se convirtió en su acompañante habitual. Más aún, el paciente sentía que su matrimonio era fuertemente constrictivo (ver Cap. 10), y parecía tener un cierto grado de resentimiento latente hacia su mujer, el que emergía en una actitud irritada y desapegada cada vez que salían juntos. Al querer reducir por lo menos una de las razones de la tensión que el paciente experimentaba cuando salía, el terapeuta le pidió que tratara de ser un poco más afectuoso con su esposa cuando caminaba con ella, por ejemplo, tomándola del brazo o de la mano. El efecto del consejo fue impresionante. El paciente de inmediato comenzó a ampliar los límites de su autonomía de movimiento y a salir solo más y más frecuentemente, mientras que su relación personal y sexual con su esposa mejoró inmensamente. Las entrevistas revelaron que un profundo cambio había tenido lugar. El paciente de pronto se había dado cuenta que su esposa podía ser una agradable compañía más que una acompañante necesaria, había dejado de imaginarse cómo podría liberarse de su matrimonio y se dio cuenta que “no era tan débil como para necesitar compañía constante”. Como veremos en el Capítulo 10, estos son cambios cognitivos que tienen que ver con reglas profundas de la organización cognitiva agorafóbica y que se obtuvieron “espontáneamente” como resultado de una táctica terapéutica que el terapeuta pensaba sería meramente “superficial”.

emocionales y conductuales que manifiestamente están en la petición inicial de tratamiento.

Hay otra razón por la cual el reconocimiento y respeto hacia la identidad personal del paciente debiera ser el primer paso para el proceso terapéutico, mientras que el posible cambio de identidad personal debería ser el objetivo final de la estrategia de tratamiento. Como dice Popper, "El conocimiento es siempre una modificación del conocimiento anterior... Las observaciones siempre son interpretadas en términos de conocimiento previo; es decir, las observaciones en sí mismas ni siquiera existirían si no hubiera conocimiento previo que ellas pudieran modificar" (Popper y Eccles 1977, p. 425). Las reglas tácitas y explícitas que conforman el autoconocimiento del paciente son las estructuras cognitivas con las cuales la nueva información —suministrada por la relación terapéutica— es continuamente confrontada. La información suministrada por las palabras y actitud del terapeuta y por los experimentos conductuales prescritos debe ser reconocida, filtrada y absorbida por estas estructuras preexistentes si se va a obtener una modificación del conocimiento previo¹¹.

El rol de las características estructurales del conocimiento en la adquisición de nueva información hace que la analogía entre psicoterapia y retórica (Glaser 1980) o persuasión (Frank 1973) sea dudosa. Más que

¹¹ La noción de que los individuos pueden recibir y usar instrucciones desde fuera de ellos mismos —instrucciones completamente ajenas a sus propias estructuras— es ahora cuestionada incluso a nivel biológico. Popper (1975) cita en relación a esto el ejemplo de las reacciones inmunes. Las teorías tempranas de la formación de anticuerpos asumían que el antígeno trabajaba como un molde negativo para la producción del anticuerpo. El antígeno invasor supuestamente operaba como una instrucción que venía desde afuera. Por el contrario, investigaciones recientes demuestran que la información que permite al anticuerpo reconocer al antígeno es literalmente innata. Viene en el código genético de las células especializadas que producen los anticuerpos. El antígeno ambiental invasor "selecciona" las células que lo "reconocen"; por lo tanto, se forma el complejo antígeno-anticuerpo y es este complejo el que estimula el crecimiento de esas mismas células, de modo que la reacción inmune tiene lugar. Por lo tanto, las instrucciones vienen desde dentro de la estructura, y lo que viene desde fuera es un proceso de selección de instrucciones. "Selección" aquí significa reconocimiento, prueba y eliminación de ensayos fallidos (ver Popper 1975, pp. 80-81).

Asimismo, pacientes y terapeutas son capaces de comunicarse en tanto son capaces de intercambiar información que es reconocible por sus estructuras cognitivas preexistentes, de modo que desde este proceso de calce se pueden seleccionar nuevas instrucciones para la conducta. Por lo tanto, "enseñar nuevas respuestas", o "cambio cognitivo", significa que ha sido seleccionada una instrucción poco usada por el que aprende, su "crecimiento" es estimulado y finalmente éste es integrado a otras instrucciones; por ende, se transforma en una "nueva" estructura cognitiva bien establecida.

persuadir a los pacientes de abandonar sus presuposiciones previas y forzar su mente a adoptar otras nuevas, el trabajo del terapeuta consiste en guiar a los pacientes hacia un reconocimiento pleno y explícito de su propio conocimiento previo y de sus contradicciones internas, paradojas y baches. Los desórdenes emocionales y conductuales aparecen como una manifestación de estas contradicciones, paradojas y baches, revelados por un ambiente que ya no se acomoda a ellos.

Quizás este punto de vista sea útil para delinear la a veces incierta línea de demarcación entre el sufrimiento normal y los desórdenes emocionales. Frente a una agresión ambiental contra la libertad personal y las ataduras emocionales, desde luego, el sufrimiento es normal. La pena, por ejemplo, es una reacción normal al duelo. Uno también tiene la libertad de reconocer sus propias contradicciones y decidir si quiere mantenerlas; cualquier sufrimiento que provenga de ellas debería entonces considerarse "normal". Pero toda vez que uno no es consciente de sus propias contradicciones y que éstas son reveladas por un entorno cambiante de modo que causa sufrimiento emocional, entonces ese sufrimiento podría ser considerado "neurótico". Por lo tanto, se torna social y éticamente necesario para los terapeutas hacer que los pacientes tomen conciencia de las contradicciones y paradojas en su identidad personal construida por ellos mismos antes de intentar "persuadirlos" a que las abandonen. Esta consideración ética coincide con la utilidad práctica de suministrar únicamente aquella información que puede ser procesada dentro de las estructuras cognitivas ya existentes.

Una vez que un cambio (considerado deseable en el momento tanto por el terapeuta como por el paciente) ha sido acordado, el terapeuta aplica tácticas terapéuticas específicas. Si la información contenida en esas tácticas se registra y es procesada por las estructuras cognitivas preexistentes, seguirá una aproximación al cambio deseado. El grado, las características y modos del cambio aproximado son fuentes preciosas de información retroalimentadora para decidir si nos adentramos más con esta táctica terapéutica o nos movemos hacia una de mayor nivel. Toda vez que la información suministrada no es procesada por las estructuras cognitivas preexistentes, los términos del problema terapéutico debieran ser diseñados nuevamente y/o se debería intentar otra técnica. Al mismo tiempo, la ausencia de cualquier cambio cognitivo o conductual, o incluso un empeoramiento del problema original como resultado de una técnica

terapéutica, suministra información acerca de la naturaleza de las estructuras cognitivas del paciente.

Psicoterapia como estrategia

El proceso terapéutico es como un procedimiento estratégico cuyo objetivo final es una modificación de las reglas profundas del paciente, reguladas, paso a paso, por los cambios cognitivos resultantes de las técnicas terapéuticas aplicadas ("tácticas"). Obviamente, dentro de la misma estrategia, los terapeutas pueden optar, dentro de una gama de tácticas adecuadas, por aquellas que crean les calzan mejor a ellos y a sus pacientes. Entonces, el problema es decidir con un estudio paramétrico si, por ejemplo, la inundación es realmente superior a la desensibilización sistemática en el tratamiento de todas las fobias complejas. En manos de un terapeuta que toma en cuenta la organización estructural del conocimiento en pacientes agorafóbicos, la elección de una táctica como la desensibilización sistemática adaptada convenientemente de modo de respetar las teorías del paciente respecto al autocontrol, tal vez pueda dar mejores resultados que la inundación (ver Boulougouris *et al.* 1971, sobre la supuesta superioridad de la inundación comparada con la desensibilización sistemática; Chiari y Mosticoni 1979, para un ejemplo del uso "estratégico" de la desensibilización en agorafóbicos; Cap. 10 de este libro, para una detallada exposición de la organización cognitiva en la agorafobia).

La idea de la psicoterapia como una estrategia que toma en consideración los atributos estructurales de la organización cognitiva también lo previene a uno de considerar algunas modificaciones cognitivas fácilmente obtenidas como solución a casos clínicos complejos. El siguiente ejemplo puede explicar mejor este punto:

Leila, 27 años, soltera, era una paciente con perturbaciones orgásmicas. Había sido criada en una familia observante de reglas religiosas estrictamente católicas. Leila tenía relaciones sexuales con un hombre de su edad que se quería casar con ella, pero ella no podía alcanzar el orgasmo con él a pesar que decía amarla y sentir una fuerte atracción física por él. Cuando la paciente le contó al terapeuta sobre su disgusto y rabia al saber que una amiga suya había comenzado un *affaire* con un hombre casado, a él le fue fácil conectar esta reacción con sus antiguas creencias morales respecto al sexo. A lo largo de una sesión completa,

estas creencias, adquiridas de su familia, fueron discutidas y Leila finalmente admitió que eran muy estrictas: todas las relaciones sexuales eran prohibidas excepto entre gente casada y con intención de procrear. Leila aceptó los argumentos del terapeuta, y su reacción negativa hacia su amiga desapareció. Pero ella aún era incapaz de tener un orgasmo.

El análisis cognitivo reveló que subyacente a la creencia de que "el sexo está prohibido fuera del matrimonio" había otra, mucho más importante, que causaba su perturbación: "Todos los hombres terminan engañando y traicionando a sus mujeres después del matrimonio, y esto es terrible". Esta creencia resultó ser mucho más difícil de modificar porque estaba conectada a otras creencias en relación a su identidad personal, tales como: "Soy una persona débil —no puedo resistir la tentación sexual", "No soy atractiva —estoy destinada a ser abandonada" y "No debo confiar en nadie" —aquellos que parecen bondadosos y considerados finalmente me desilusionarán y mostrarán su egoísmo". A medida que progresaba el tratamiento se hizo evidente que la actitud de Leila hacia la realidad parecía casi paranoica; había buscado tratamiento no porque realmente quisiera disfrutar del sexo, sino más bien porque temía que su pareja descubriera su falta de orgasmo, que él pudiera contarle a sus amigos sobre su "anormalidad" y que finalmente —ella imaginaba— ellos pudieran pensar que era homosexual. Ella no había hablado sobre estos motivos básicos al pedir el tratamiento durante las primeras entrevistas terapéuticas "porque si no, usted podría haber pensado que yo estaba loca y se negaría a atenderme". Leila también temía que el terapeuta pudiera decirle: "¿Sabía usted que es una homosexual latente?".

Así, lo que a primera vista parecía una mera cuestión de cambiar creencias morales superficiales de prohibición de sexo, demostró ser una compleja tarea de profunda reestructuración cognitiva.

El caso de Leila, que resultó ser bastante grave a pesar que al principio parecía muy sencillo, se ve felizmente correspondido por situaciones opuestas en las que lo que inicialmente parece un desorden muy grave, se revela como algo fácil de curar.

Alex, 41 años, había sido tratado intensamente por muchos años con antidepresivos, pues le habían diagnosticado "psicosis maníaco-

depresiva". Durante siete años entró y salió de fases depresivas, con excepción de dos (dudosos) episodios maníacos. Un psicoanalista que vio, pues intentó discontinuar los medicamentos que le provocaban molestos efectos secundarios tales como estreñimiento, hipotensión y sequedad bucal, le dijo que el psicoanálisis no podía curar la psicosis maníaco-depresiva. Alex llegó a nosotros desesperanzado y considerando que el tipo de tratamiento que él sabía era nuestra especialidad (psicoterapia conductual y terapia cognitiva), era su "última oportunidad".

El análisis conductual y cognitivo inicial hizo dudar al terapeuta acerca del diagnóstico sobre psicosis maníaco-depresiva: una depresión psicogénica parecía mucho más apropiada. Con esta idea en mente, el terapeuta empezó a explicarle a Alex los distintos tipos de rótulos de diagnóstico que se aplican a la depresión y el hecho de que nadie ha probado aún que la depresión es una enfermedad química como la diabetes, por ejemplo. El terapeuta también sugirió una reducción gradual de la inútil medicación antidepresiva. En la siguiente sesión, Alex volvió con un estado de ánimo muy distinto: estaba risueño (no exaltado, por supuesto) y dijo que se había beneficiado enormemente con la explicación de la sesión anterior.

Desde esa sesión, la cuarta en el tratamiento de Alex, han pasado dos años sin ningún "síntoma" de depresión o excitación maníaca. Alex aún está en terapia cognitiva —una sesión cada 45 días— para asegurar que el diagnóstico anterior era erróneo y mantener los resultados de las sesiones iniciales. Desde el inicio sus estructuras cognitivas parecían bien adaptadas, con excepción de una inclinación excesiva a pensar en términos de "deberes" y una tendencia a lo que Bowlby llamaría "autovalerse compulsivo" (ver Cap. 5). Su problema había comenzado cuando se enfrentó a una crisis bastante seria en su matrimonio, a la cual él había reaccionado con una "depresión". La noción, dada por el psicoanalista que él había consultado y que era continuamente confirmada por su esposa, de que él era "enfermo" había hecho el resto. A los efectos secundarios de las drogas se sumó su creencia de que él estaba desesperadamente enfermo. Los dos episodios "maníacos" eran reacciones eufóricas ante la idea de que finalmente estaba curado. Su esposa consideró excesivas sus ideas de reconquistar su amor y planificar viajes, así como su renovado entusiasmo por el

trabajo, y el psicoanalista estuvo de acuerdo en que eran los primeros síntomas de una fase hipomaníaca, la que debía ser tratada inmediatamente con carbonato de litio. El lector puede imaginar muy bien el tipo de efecto que todo esto produjo.

PARTE III

APLICACIONES CLÍNICAS

Capítulo 9

DEPRESIÓN

El estatus nosológico de la depresión es un tanto confuso. En los últimos cincuenta años se han descrito muchos subtipos de depresión, que tienen que ver con distintos rasgos fenomenológicos o etiologías hipotéticamente diferentes. Psicóticas, neuróticas, endógenas, exógenas, involutivas, retardadas, agitadas, psicogénicas, reactivas, enmascaradas, son algunos de los rótulos aplicados a los diversos subtipos de depresión. También es un problema la relación de la psicosis maníaco-depresiva con la depresión unipolar recurrente. El mayor problema para clasificar los desórdenes depresivos es, tal vez, aquel planteado por la suposición de dos distintas clases de factores etiológicos: fisiológicos (genéticos y bioquímicos) y psicológicos.

Nuestra experiencia clínica y limitados conocimientos de la literatura psiquiátrica aún no nos han convencido de la validez de las pruebas de la etiología biológico-genética de la depresión "endógena" o psicótica, e incluso de las psicosis maníaco-depresivas. Sin embargo, para evitar lo más posible el riesgo de mezclar condiciones que son posiblemente heterogéneas en nuestro intento de descubrir qué tipo de organización cognitiva común podría subyacer en la depresión, nos hemos limitado a datos relativos a pacientes que la mayoría de los psiquiatras habría diagnosticado como neuróticos, psicogénicos o depresivos reactivos¹.

¹ El lector es referido al libro de Beck (1967) para detalles sobre la clasificación y los rasgos de los desórdenes depresivos. En más de veinte años de investigación sistemática acerca de la depresión, Beck y sus asociados han generado una impresionante cantidad de datos clínicos, correlacionales,

En vista del método de evaluación presentado en el Capítulo 7, discutiremos nuestros resultados bajo tres categorías: aspectos conductuales, cognitivos y del desarrollo de la depresión. Vamos a respaldar, toda vez que sea posible, nuestras hipótesis y conjeturas con hallazgos clínicos, estadísticos y experimentales pertinentes tomados de diferentes fuentes.

ASPECTOS CONDUCTUALES

El rasgo más típico de los pacientes deprimidos —encontrado en formas de depresión retardada tanto como agitada, donde la expresión facial del paciente da la impresión de profunda pena o, superficialmente, de felicidad (la depresión “sonriente”)— es una marcada disminución en el nivel de funcionamiento.

El paciente deprimido evita participar en la mayoría de las actividades que una vez formaron parte de su vida. Como regla, renuncia primero a las actividades *placenteras* y sólo después intenta renunciar a las actividades rutinarias o “necesarias”. En los casos más serios, el paciente puede terminar por evitar casi cualquier actividad, incluyendo esfuerzos para escapar de situaciones que son físicamente dolorosas, alcanzando así la inmovilidad total (estupor depresivo, “stupor melancholicus”)².

Seligman (1974) propuso un modelo de depresión basado en sus descubrimientos experimentales acerca de un modo de producir en animales (perros) un estado que denominó “desesperanza aprendida”. Perros sometidos a golpes eléctricos inevitables pueden posteriormente dejar de escapar a otros golpes cuando sí es posible escapar. Durante el entrenamiento de evitación, “en dramático contraste con un perro ingenuo, ... un perro típico que ha experimentado golpes incontrolables... pronto deja de correr o aullar y se sienta o echa, quejándose calladamente hasta que

experimentales y terapéuticos. El tratado de Beck de 1967 respecto a la depresión es tan extenso, preciso, bien documentado y ampliamente conocido, que nos referiremos a él frecuentemente para detalles y documentación. Para una revisión de las contribuciones teóricas y experimentales más recientes al modelo cognitivo de depresión (que Beck formuló primero en 1967), el lector es referido a la revisión de Shaw (1979).

² En la depresión agitada, los pacientes están inquietos, no se pueden quedar tranquilos, e incluso durante la noche se levantan y caminan incesantemente. Generalmente se quejan y lloran, y están siempre pidiendo ser reafirmados o perdonados por faltas imaginarias. Sin embargo, no pueden concentrarse en una actividad propositiva ni quedarse quietos. El nivel de actividad *dirigida a objetivos* disminuye.

terminan los golpes. El perro no cruza la barrera ni escapa de los golpes. Más bien parece rendirse y acepta pasivamente el golpe” (Seligman 1974, p. 85). Seligman sostiene que “no es el trauma como tal el que produce la interferencia con la respuesta adaptativa posterior, *“sino el no tener control sobre el trauma”* (p. 93; cursiva en el original).

Hay semejanzas formales obvias entre una condición de desesperanza aprendida y la inercia de los pacientes deprimidos. Las observaciones de algunos pacientes deprimidos parecen ser compatibles con la idea de Seligman que la falta de control sobre las contingencias ambientales dolorosas es responsable de la desesperanza aprendida —así como de muchos fenómenos conductuales, afectivos y motivacionales— de la depresión humana de ocurrencia natural (apatía, retraimiento, incapacidad de tomar decisiones, pérdida de interés y motivación, sentimiento de inadecuación, etc.). Sin embargo, si uno considera los antecedentes históricos de la inercia expresada por los pacientes deprimidos, es difícil pesquisar eventos ambientales que sean claramente semejantes a los golpes inevitables que generan la desesperanza aprendida. Para considerar una pérdida afectiva o una dificultad grave en el funcionamiento en el trabajo³ a la par con los golpes inevitables a los cuales eran expuestos los perros de Seligman, las variables cognitivas también deben ser consideradas. De hecho, la última investigación acerca de la desesperanza aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale 1978) ha hecho replantear el modelo basado en la suposición que los pacientes deprimidos aprenden a percibir el refuerzo como algo independiente de su conducta y ellos *creen* que la causa de la independencia es un *atributo interno, negativo y estable*.

En un análisis conductual-funcional de la inercia depresiva, se pueden considerar otras tres hipótesis:

1. Que la inercia es una conducta operante mantenida por refuerzo externo (por ejemplo, las otras personas cuidan y dan atención positiva al paciente deprimido).
2. Que es un empobrecimiento del repertorio conductual resultado de una pérdida del refuerzo (ver Ferster 1974).
3. Que es una instancia de conducta evitativa extrema.

³ Este tipo de antecedentes se encontró en sólo 5 de los 24 pacientes deprimidos examinados en el estudio. Más aún, muchas personas reaccionan al duelo con una pena normal, que sólo en parte es similar a la depresión clínica.

Observaciones clínicas revelan rápidamente que las primeras dos hipótesis se aplican, como mucho, a un número muy limitado de pacientes deprimidos. Frecuentemente, los parientes del paciente, luego de un breve período de aceptación, reaccionan negativamente a la apatía del paciente: el ser admitido en un pabellón psiquiátrico *no* es una recompensa a la inercia. Durante el período de retraimiento y pasividad, el paciente realmente sufre (¡él o ella puede incluso suicidarse!), lo que no es esperable de la conducta de refuerzo positivo. La pérdida de importantes fuentes de refuerzo se aplica sólo a aquellas instancias donde la depresión es una reacción al duelo; debemos recordar también que hay una diferencia entre pena normal y depresión clínica⁴.

La hipótesis de que el retraimiento, la pasividad y el retardo conductual del paciente podrían ser considerados como formas de conducta evitativa merece más atención. Es posible que todas las situaciones ambientales que anteriormente gratificaban al paciente hayan adquirido un tinte de castigo, de modo que el paciente activamente trata de escapar de ellas y evitarlas. Esta es de hecho la impresión que uno se lleva mientras examina el modo en que él o ella se ha “rendido”. La descripción de Beck respecto a las etapas por las cuales la persona deprimida llega a una inercia casi total es iluminadora:

⁴ Ferster (1974) y Lewinsohn (1974) escribieron relatos de modelos de depresión basados en los principios del aprendizaje operante. Mientras que el modelo de Ferster ha sido fácilmente objeto de la crítica aquí explicada, y para muchas otras (ver discusión que sigue al trabajo de Ferster en Friedman y Katz 1974), la de Lewinsohn es más articulada, agregándole al abordaje simplista de Skinner una serie de presuposiciones especulativas e hipótesis ad hoc. La discusión de Lewinsohn sobre el rol de los factores precipitantes de la depresión (p. 161) —un punto que inmediatamente revela lo insostenible de su modelo frente a las mismas situaciones clínicas que debiera explicar— es una colección notable de tales hipótesis ad hoc. Por ejemplo, Lewinsohn (quien parece no distinguir entre el duelo normal y la pena y la depresión clínica), para justificar casos de depresión después de un *éxito* profesional afirma que: “un ascenso puede *realmente* involucrar una reducción seria en la cantidad de refuerzo social obtenido por el individuo” (p. 161; énfasis añadido). No hay ni una sola línea dedicada a los datos clínicos experimentales que pudieran apoyar esta afirmación. Nótese que Lewinsohn no está hablando de las expectativas depresivas “exitosas” de cambio de roles o ambiente social. Los absurdos que resultaron de nuestros primeros intentos de aplicar este tipo de modelos conductuales “ortodoxos” a nuestras situaciones clínicas en la vida real, nos llevaron a abandonar cualquier consideración de “teorías” operantes mientras seguíamos utilizando *técnicas* de terapia conductual cada vez que se podía demostrar su valor empírico. Desde luego, esta crítica no se aplica al modelo de Seligman donde, por ejemplo, una depresión que sigue a un *éxito* se explica en términos de las retribuciones que provienen independientemente de cualquier actividad instrumental en curso (Seligman 1975, pp. 96-99).

Ya no le atrae el tipo de proyectos que ordinariamente hubiera emprendido en forma espontánea. De hecho, siente que tiene que *forzarse* a realizar sus actividades usuales. Hace lo que tiene que hacer cotidianamente porque cree que *debiera*, o porque *sabe que es lo “correcto”*, porque otros lo apremian a que lo haga —pero no porque quiera... Siente una fuerte tendencia a *evitar* actividades “constructivas” o “normales”... Puede *rechazar* la idea de hacer cosas elementales tales como levantarse, vestirse o satisfacer sus necesidades personales. Una mujer retardada, con depresión, se metía rápidamente debajo del cubrecama cuando yo entraba a la sala. *Se tornaba excepcionalmente alerta, incluso enérgica, en su intento de escapar de la actividad en la cual se le presionaba a participar...* La gente generalmente trata de evitar las situaciones que cree serán dolorosas; ya que el paciente deprimido percibe la mayoría de las situaciones como molestas, aburridas o dolorosas, él desea evitar incluso las entretenciones del diario vivir (Beck 1976, pp. 121-123; énfasis añadido).

La observación de Beck en torno a los enérgicos intentos de escapar de la mujer deprimida ilustra un punto difícil de explicar ya sea por la hipótesis de la desesperanza aprendida o por la hipótesis de que el retardo psicomotor es consecuencia de un defecto bioquímico primario en la depresión (hipótesis de la “depresión física”). Nuestras observaciones concuerdan con esto: los pacientes deprimidos parecen tener “energía” pero optan por no usarla, excepto cuando son presionados para renunciar a su “apatía”. En tales casos, en contraste con el perro de Seligman, el paciente “salta la barrera” y escapa de aquello que considera el “shock” más doloroso, es decir, involucrarse en alguna actividad “constructiva”. Incluso la conducta suicida puede ser considerada como un escape extremo o conducta evitativa: es la única manera de escapar del sufrimiento real y de evitar la carga futura de una vida dolorosa y desesperanzada (ver Beck 1976, pp. 123-124, para algunos ejemplos de cómo los sujetos deprimidos justifican sus deseos suicidas).

Naturalmente, queda por explicar cómo situaciones ambientales que una vez fueron placenteras o neutras adquieren tales atributos castigadores y repulsivos para el paciente. No hay antecedentes ambientales que justifiquen tal transformación en el análisis clínico de nuestros pacientes.

(Obviamente, si los seres humanos se enfrentaran a tales transformaciones ambientales que causaran que todo el mundo que los rodea adquiriera rasgos objetivamente repulsivos, ni siquiera es la inercia o algún intento de suicidio como una conducta anormal). Parece más bien que los pacientes deprimidos, de algún modo, han *decidido* que la pasividad y el retraimiento son la mejor solución a sus problemas —o la menos mala. Para saber cuáles son los problemas, debemos proceder a analizar los contenidos o procesos cognitivos de los pacientes.

Sin embargo, antes de presentar el análisis cognitivo-funcional de la depresión, debemos examinar mejor un área de la experiencia del paciente que hará que valga la pena llevar a cabo un análisis secuencial en términos de antecedentes y consecuencias ambientales; fundamentalmente, sus reacciones emocionales y conductas interpersonales relacionadas. La reconstrucción de secuencias de antecedentes ambientales y respuestas emocionales durante las primeras sesiones psicoterapéuticas con pacientes deprimidos es útil desde el punto de vista de la evaluación clínica —suministra, de hecho, la base para la identificación de las cogniciones mediadoras— y desde el punto de vista de la terapia. De hecho, el paciente deprimido frecuentemente afirma en sus primeras entrevistas que “*todo lo hace sufrir*”; “que está *siempre* triste”; “no puede soportar *ninguna* novedad”; que está irritado o llora “por cualquier cosa”; se siente “angustiado por todo”; está “siempre enfermo” —todo lo cual es “probablemente atribuible a alguna deficiencia, falla o enfermedad incurable”. Cuando se le pide que dé ejemplos claros de sus reacciones negativas y que considere a qué tipo de mezcla de sentimientos básicos (pena, temor o ira) se puede comparar su aflicción emocional, el paciente descubre con el terapeuta que, en el cuadro uniformemente sombrío de su existencia, emergen realmente algunas respuestas selectivas y tipos exactos de situaciones. Generalmente uno puede observar que los pacientes deprimidos reaccionan de modo exagerado a los eventos ambientales que connotan rechazo o pérdida. La reacción es de angustia o pena, a veces precedida por ira. También puede observarse que, en situaciones donde hay una influencia ambiental presionando a los pacientes a salir de su inercia, ellos reaccionan con angustia (si consideran que la acción es “lo correcto”), ira (si se sienten injustamente presionados por los demás a actuar) o una mezcla de ambas emociones (la reacción más frecuente).

Los siguientes ejemplos ilustran este punto:

Ejemplo 1

John, un periodista de 38 años, casado, moderadamente deprimido, se dio cuenta que el día anterior había despertado “un poco menos deprimido” que lo usual, pero pronto su depresión volvió nuevamente, peor que nunca. John pensó que esto era prueba de la naturaleza endógena de su depresión, pues anteriormente un psiquiatra le había explicado que la tristeza, en los “pacientes endógenos”, es peor temprano en la mañana. Durante esta evaluación, John, intentando identificar con precisión los eventos que siguieron a su “aparentemente buen” despertar el día anterior, estaba muy triste y no muy interesado en el procedimiento. Pensaba que ninguna “enfermedad real” podría curarse mediante la conversación. El terapeuta le preguntó entonces si su esposa se había levantado antes o después que él. En un tono incluso más sombrío, John le contestó que se había levantado después. Dijo, enojado, que su esposa era desconsiderada con su sufrimiento y que con frecuencia se aprovechaba del hecho de que él se levantaba más temprano de lo usual desde que se “enfermó”, y le pedía que le preparara el desayuno! No costó que John viera que su humor cambiaba en cuanto escuchaba a su mujer decir: “Ahora que te levantaste, querido, ¿por qué no preparas el desayuno?”. Se enojaba, tal como ahora; y comenzó a pensar que su esposa no lo entendía ni lo quería y *después de eso* se había puesto triste. Beck (1967, Cap. 21) informa un caso similar, y uno puede preguntarse cuántas situaciones de “variaciones de humor endotímicas” podrían explicarse, al menos parcialmente, de esta manera.

Ejemplo 2

Barbara, una dueña de casa severamente deprimida, cercana a los 50 años, reaccionaba con llanto y gritos cada vez que su esposo trataba de forzarla a salir a caminar, para “alejar las preocupaciones de su mente”. Por lo general, ella lograba oponerse exitosamente a los esfuerzos de su marido. El día antes de ser admitida en la clínica, él le pidió que fuera a visitar a su anciana madre y Barbara tuvo una angustia violenta: ella contó que sentía una “obligación moral” de ir, pero la idea de vestirse y salir era algo intolerable. Este conflicto pareció activar la siguiente reacción de Barbara; empezó a gritar que merecía morir porque ni siquiera podía ir a visitar a su madre. Entonces acusó violentamente

a su marido de intentar obligarla a toda costa. Vacilando entre la autoacusación y la acusación a su marido, su discurso se tornó tan incoherente que el psiquiatra, cuando fue llamado, consideró necesario hospitalizarla.

Estos ejemplos muestran las consecuencias que siguen a la expresión, en la conducta interpersonal, de emociones negativas evocadas por la percepción de rechazo, pérdida o presión indebida. Las parejas o familiares de pacientes deprimidos, posiblemente responderían, a su vez, con ira ("Esto es lo que consigo por tratar de ayudarte"), con desapego ("No tiene sentido hablar contigo, estás enferma"), o mostrando interés de otro modo, lo que se convierte en "presión indebida" (por ejemplo, forzando al paciente a salir de su inercia y tratando de convencerlo de hospitalizarse, etc.). Así, los pacientes deprimidos tienden a crear un "nicho" de relaciones interpersonales a su alrededor, confirmando progresivamente su percepción de rechazo o pérdida afectiva⁵.

Al terminar este análisis conductual, casi no vale la pena decir que con su inercia los pacientes depresivos *activamente* se aíslan a sí mismos de las fuentes ambientales de refuerzo.

ASPECTOS COGNITIVOS

No hay causa mayor de melancolía que el ocio; ni mejor cura que la actividad.

—R. Burton, *The Anatomy of Melancholy* (1621)

La noción de que "no hay mejor cura para la melancolía que la actividad" es algo que ha sido repetido durante el tiempo y es sensato. Los parientes

⁵ En las etapas tempranas de la depresión, los parientes o cónyuges de los pacientes deprimidos generalmente adoptan una actitud considerada. Eventualmente, sin embargo, esta actitud cambia. Cuando fracasan los intentos de sacar al paciente de su inercia, se sienten frustrados, exasperados e indefensos. Hemos visto muy pocos casos en que la actitud inicial considerada, compasiva y comprensiva se mantenga. Cuando esto ocurre, el efecto sobre el paciente depresivo es una sensación creciente de invalidez: "Mi marido es tan considerado, y yo le retribuyo con mi malhumor y dejándole las tareas domésticas a él. ¡Qué mala soy!", decía una paciente. En un medio familiar de comprensión y aceptación, es más posible que a veces surja lo que se describe como una "pérdida de sentimiento": la persona deprimida se queja que ya no siente afecto por su esposa e hijos, pero igualmente se siente pésimo por este "vacío" que le confirma su sensación de desvalorización.

de personas depresivas generalmente tratan, sin éxito, de aplicarlo. Los terapeutas conductuales ortodoxos también lo han aplicado, aparentemente sin mucho éxito. Parece, entonces, interesante evaluar cómo y por qué cualquier intento de presionar a un paciente deprimido hacia "la actividad" seguramente fracasará. El mejor modo disponible de realizar esta evaluación es preguntarle en forma directa al paciente y después escucharlo atentamente⁶. Se obtienen cuatro categorías típicas de respuestas, las que pueden ser resumidas bajo cuatro encabezamientos: visión negativa del futuro, visión negativa del mundo, visión negativa de sí mismo y deseo de "evitar el esfuerzo"⁷.

Visión negativa del futuro

Las expectativas de corto y largo plazo del paciente son negativas y pesimistas. Al levantarse en la mañana, los pacientes deprimidos "ven" el día que se les presenta lleno de dificultades, obligaciones opresoras y sufrimiento. (Sospechamos que ésta puede ser la razón de las fluctuaciones diarias del estado de ánimo consideradas, frecuentemente, como prueba de la naturaleza endógena de la depresión; obviamente, en la tarde las

⁶ Beck K. *et al.* (1979, p. 198) sugieren un método alternativo para asegurarse de la razón de la inactividad del paciente: "El terapeuta puede recomendar una actividad determinada... obviamente dentro de las capacidades del paciente. Cuando el paciente expresa su renuencia o inhabilidad para seguir la sugerencia del terapeuta, éste pide al paciente que detalle las razones de su negativa". Recomendamos este método de evaluación únicamente si la prescripción conductual es compatible con el plan estratégico de la psicoterapia.

⁷ Las primeras tres categorías constituyen lo que Beck (1967, 1970) ha llamado la "tríada cognitiva de la depresión". Hemos utilizado la terminología de Beck al hacer la lista y la hemos ordenado de modo que, de acuerdo a nuestra experiencia clínica, a grandes rasgos hace un paralelo con la seriedad de la depresión. Es decir, cuando a los pacientes deprimidos se les pregunta por qué han disminuido su actividad, y su primera respuesta muestra una visión negativa de sí mismos, la evaluación clínica del grado de depresión tiende a ser seria. Nuestra política metodológica de evitar —al comienzo de la terapia— la interferencia representada por tests psicométricos y escalas clasificatorias, no nos permite a estas alturas apoyar esta impresión con un estudio estadístico-correlativo. Una investigación en este sentido se está realizando en este momento. Una confirmación indirecta de esta impresión clínica aparece en la investigación de Beck y Stein (1960). El caso de Barbara de depresión severa (Ejemplo 2, pp. 191-192) en donde la aseveración "Soy mala —por eso me negué a ir a ver a mi mamá", era la razón aparente de su apatía y el ejemplo anecdótico de nuestra conjetura clínica. La cuarta categoría de respuestas, que llamamos "deseo de evitar el esfuerzo", no está explícitamente mencionada en el trabajo de Beck; a pesar de que hay algunas insinuaciones de observaciones compatibles con las nuestras (ver, por ejemplo, Beck *et al.* 1979, Cap. 9, bajo los títulos "View of Problems as Overwhelming", p. 188, y "Passivity, Avoidance, and Inertia", p. 197).

expectativas negativas del día han disminuido en gran parte). Cuando planifican iniciar alguna actividad, ellos anticipan el fracaso. Cuando se les invita a hacer algo que alguna vez los entretuvo, no esperan disfrutarlo ni tampoco aburrirse terriblemente. Este tipo de expectativa negativa a menudo aparece en el modo imaginario de representación del pensamiento. Si los pacientes sienten que son forzados —desde dentro o desde fuera— a actuar, un diálogo (modo verbal de representación) se establece rápidamente, focalizándose en estas expectativas pesimistas.

El siguiente diálogo es un ejemplo del modo típico en que los pacientes pueden verbalizar su actitud hacia el resultado futuro de sus acciones:

T: Entiendo que su esposa frecuentemente le pide que salgan a ver amigos. ¿Por qué no lo hace?

P: Sería aburrido.

T: ¿Cómo lo sabe? ¿Es una especie de escena que se le viene a la mente, como una película? ¿Es una imagen de un encuentro aburrido? ¿O usted se dice en su mente: "Sería aburrido"?

P: No lo sé. Yo creo que es más bien como una imagen en mi mente.

T: ¿Usted fantasea durante el día acerca de encuentros aburridos, situaciones desagradables que sucederán en el trabajo, etc.?

P: Sí, creo que a veces lo hago. Por ejemplo, ayer pasé algún tiempo pensando qué hacer durante mis vacaciones... Ya no me dan ganas de ir al mar... y tenía una especie de imagen de una playa ruidosa, repleta de gente... Así son las playas ahora, y el mar está contaminado... y la montaña es tan aburrida... pero, al mismo tiempo, quedarse acá es tan caluroso...

T: Usted me dijo que había peleado con su esposa debido a este problema sobre sus vacaciones. ¿Tenía una imagen de este mar sucio y una playa repleta de gente mientras discutía con ella?

P: No sé, quizás... bien, en realidad no, estaba pensando en que ella debería entenderme un poco mejor, no estoy bien...

T: Estoy seguro que este sentimiento suyo —acerca de su necesidad de ser mejor comprendido— merece ser conversado en profundidad. Luego volveremos a esto. Ahora, trate de recordar si cuando usted discutía con su esposa lo que tenía en mente era una especie de monólogo interno o más bien como un cuadro.

P (*después de una pausa*): Bien, ciertamente yo pensaba que era mejor no ir de vacaciones para poder ahorrar un poco de dinero. Vamos a necesitarlo, usted sabe... No sé si este otro año seré capaz de ganar mucho dinero... No le he dicho a mi esposa esto... Y no podría ser una imagen... Estoy seguro de no haber visto un banco, o algo así... Sí, yo creo que más que nada me hablaba a mí mismo.

T: Esta idea de ahorrar ¿se le ocurrió antes o después de la imagen de la playa ruidosa, cuando pensaba sobre las vacaciones en ese momento?

P: Seguramente la imagen de la playa sucia se me ocurrió primero.

(Nota: Esta es una transcripción literal de una entrevista con un paciente que pronto demostró ser bastante capaz de reconocer los diferentes modos de representación del pensamiento. Con frecuencia el terapeuta tiene que contentarse únicamente con los reportes sobre sí mismo del paciente en donde las cogniciones "pictóricas" y "verbales" son indistinguibles).

Si el terapeuta le sigue preguntando al paciente por qué no se esfuerza en aumentar su actividad, probablemente recibirá respuestas indicativas de una visión negativa de un futuro lejano⁸, del mundo, de sí mismo o del deseo de evitar un esfuerzo inútil, según el modo como se le pregunte. Los siguientes ejemplos simplificados siguen las pautas del esquema precedente:

T: ¿No piensa usted que las vacaciones le harían bien? Podría relajarse y enfrentar mejor su trabajo el próximo año y tal vez ganar más.

P: No. Nada me hará sentir mejor. No tiene ningún sentido todo esto de... vacaciones, trabajo, matrimonio... mi vida es un fracaso y no creo que esto cambie nunca.

T: ¿Cómo puede estar tan seguro que la playa será tan desagradable o que encontrarse con los amigos será tan aburrido?

P: Pero ¿no ve usted el mundo podrido en que vivimos? ¿Y por qué mis amigos debieran preocuparse por mí?

⁸ Los pacientes deprimidos tienen, por regla general, una perspectiva restringida del tiempo (ver Shaw 1979, p. 155, para una lista de investigaciones recientes acerca de este tema). Ellos anticipan un futuro distante únicamente cuando están tratando de imaginar el final de su sufrimiento o cuando alguien los intenta inducir a que tengan esperanza. El futuro es visto en forma tan negativa como el presente, o peor.

- T: ¿Usted piensa realmente que su esposa no lo entiende? Además, tal vez ella piensa que el mar le haría bien.
- P: Sí, tal vez... Yo espero demasiado de ella... Pobrecita, tiene un fracaso de esposo.
- T: ¿Qué se le viene a la mente cuando piensa acerca de ir de todos modos de vacaciones, aunque sólo sea por complacer a su esposa?
- P: Está bien. Yo sé que debería... pero es tan complicado; no me siento capaz; estoy cansado; estoy enfermo todo el tiempo... Al menos en casa, evito esfuerzos inútiles... pero estando en la playa, yo sería para mi esposa una carga aún mayor.

Visión negativa del mundo

A veces cuando el terapeuta formula preguntas destinadas a determinar las razones para la inercia del paciente, las respuestas de este último revelan inmediatamente una visión negativa de la realidad externa. Por regla general, diríamos que, cuando eso ocurre, la severidad del estado depresivo es mayor que en el ejemplo precedente. La visión negativa del mundo del paciente menos severamente deprimido tiende a emerger únicamente más tarde durante las conversaciones; por ejemplo, cuando el terapeuta hace preguntas que directamente le recuerdan la actitud del paciente hacia la realidad, como en el segundo de los ejemplos anteriores en pp. 195-196. Como se desprende de estos ejemplos, la actitud pesimista hacia la realidad se manifiesta mayormente en afirmaciones de rechazo, menosprecio y pérdida. Es importante enfatizar que los pacientes deprimidos se ven a sí mismos de alguna manera como merecedores de un "destino" de rechazo, menosprecio y pérdida. Esto los distingue claramente de los pacientes ansiosos o fóbicos, que *temen* ser rechazados, y de los paranoicos, que piensan que otras personas son malas y que revelan su verdadera naturaleza maligna rechazándolos y persiguiéndolos a ellos, "los tipos buenos"⁹.

La atribución de causalidad por una pérdida percibida debido a alguna deficiencia personal o de un destino adverso impersonal también

⁹ Un ejemplo histórico famoso es el caso de Jean Jacques Rousseau, quien estuvo paranoico por más de diez años, según sus propios relatos autobiográficos (*Letters to M. de Malesherbes, The Confessions, Rousseau Judge of Jean Jacques, Reveries*); la historia también registra que él acusaba a su benefactor, David Hume, de conspirar con sus enemigos. Rousseau repetidamente afirmó su convicción de que ningún hombre en el mundo era tan "bueno" como él.

distingue a los pacientes depresivos de personas que sufren de algún duelo real (pena normal o duelo). Como dice Beck: "*El sentido de pérdida es el tema central de las depresiones cognitivas*" (Beck 1976, p. 105), pero, contrariamente a lo que sucede en una pena normal, en los pacientes deprimidos la pérdida es usualmente imaginada, anticipada, hipotética. Los pacientes deprimidos finalmente se ven a sí mismos como *destinados a la soledad* y merecedores de su destino¹⁰. Por lo tanto, toda vez que un paciente deprimido da su visión negativa del mundo como una razón para su inercia, en la investigación clínica siguiente rápidamente aflora la visión negativa de sí mismo.

Visión negativa de sí mismo

A veces los pacientes deprimidos adelantan una visión negativa de sí mismos como la *primera* respuesta a las preguntas del terapeuta referentes a su apatía. Como lo hemos dicho, este hecho parece relacionarse positivamente con la severidad de la depresión. La investigación de Beck y Stein (1960) acerca del concepto de sí mismo en la depresión, que muestra una intensa correlación positiva entre los índices del Inventario de Depresión y las mediciones del concepto de sí mismo negativo ($r = .70$), parece apoyar indirectamente nuestra impresión clínica. Dado que la correlación entre las medidas de severidad de depresión (por ejemplo, el Inventario de Depresión) y de "pesimismo" (o visión negativa del futuro) era algo menor ($r = .56$), la idea que una visión negativa de uno mismo se correlacionaba con una depresión severa recibe un débil apoyo estadístico complementario (ver también Nota 7).

Como hemos afirmado, un concepto negativo de uno mismo tiende a emerger en casi cualquier caso cuando, en el interrogatorio clínico, el

¹⁰ Cuando ocurren pérdidas reales que serán los eventos precipitantes de estados depresivos verdaderos, el duelo se manifiesta de manera anormal (Bowlby 1961, 1963). El paciente deprimido no pasa a través de las tres etapas normales de sufrimiento que ha descrito Bowlby. Este sufrimiento "atípico" es común en otros pacientes psiquiátricos para quienes el duelo fue el factor precipitante de desórdenes emocionales. Alcohólicos, fobias y neurosis de angustia eran los diagnósticos más comunes —después de la "depresión reactiva", que era, por lejos, la más frecuente— en pacientes referidos a ayuda psiquiátrica, según los estudios revisados por Parkes (1972, Cap. 8). Parkes hace notar que el sufrimiento atípico era más prolongado que el sufrimiento normal, pero su hallazgo más sorprendente fue que, mientras las ideas de culpa o de autorreproche fueron reportadas en el 79% de los pacientes psiquiátricos en duelo, ellas se presentaron sólo en el 0%-18% de las diferentes muestras de viudas no seleccionadas (Parkes 1972, Apéndice, Sección 12).

terapeuta investiga las razones por las cuales el paciente se siente rechazado, incomprendido o despreciado por los amigos o por aquellos que significan algo para él o para ella. Aun cuando el paciente se ve presionado a decir lo que sucederá después de una evaluación negativa del tipo que Beck llamaba “pseudo-pérdidas” (Beck 1976, p. 106), resulta una cadena de expectativas y juicios que revela una visión negativa de sí mismo. El ejemplo que sigue ilustra este punto:

Ann era una mujer casada y rica de 39 años cuando solicitó psicoterapia debido a una forma moderadamente severa de depresión, resistente a una variada medicación antidepresiva durante dos años. Ann despertaba muy temprano en la mañana, estaba casi siempre triste y lloraba sin razón aparente. En las primeras entrevistas, había dicho que su melancolía era causada por su “vida aburrida, vacía”, que sus habituales actividades de ama de casa rica y sus amistades se le habían vuelto insoportables, y que frecuentemente pensaba en encontrar un trabajo o retornar a la universidad para romper la monotonía de su vida. Sin embargo, cada vez que decidía volver a la universidad o empezar a trabajar, sucumbía a una profunda angustia o crisis de llanto y no podía actuar al respecto.

Entrenada para reconocer su propio diálogo interno y sus propias imágenes, se invitó a Ann a observar qué podría suceder en su mente cuando se suponía estaba siendo entrevistada para un posible trabajo más adelante. Ann relató que en ese momento no podía decidir si ir o no a las entrevistas; se percató de dos tipos de pensamientos, uno “superficial” y el otro “más profundo”. El pensamiento superficial era que su empleador posiblemente la rechazaría, considerándola como la típica mujer rica que trabajaba por hobby (una imagen del entrevistador con una actitud crítica de rechazo y un diálogo interno sobre el tema “mujer rica buscando un hobby”). Sin embargo, en el fondo de su mente, también había una representación no conectada con la decisión a tomar, es decir, el pensamiento de haber perdido de algún modo el afecto de su esposo y de sus dos hijos (pseudo-pérdida). El esposo de Ann le mostraba afecto y preocupación y había adoptado la actitud de “trabaja si quieres, pero si no quieres trabajar, tampoco es una tragedia”; llegaba temprano después del trabajo, se sentía atraído sexualmente por Ann, etc. Ann fue invitada a mantener en su mente

la firme impresión de que ella había perdido el amor de su esposo. No estaba segura si acaso la idea se le presentaba en forma “casi pictórica”, pero estaba segura que no era un diálogo interno. Entonces se le pidió que imaginara qué podría haber pasado después de esta pérdida, y Ann dibujó una imagen de sí misma sola en casa, absorta en el siguiente pensamiento: “Ahí estás, lo merezco, soy una estúpida. No pude querer a nadie; tenían razón en irse”.

Es importante, al evaluar las cogniciones relacionadas a una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, tener en mente que éstas se aplican al “dominio personal” del paciente; esto es, a aquellos aspectos del sí mismo y del mundo que eran significativos y valorados antes del inicio de la depresión. Para Ann, el amor era uno de esos aspectos. El paciente cuya entrevista fue descrita en pp. 195ss, valoraba enormemente la capacidad de ganar dinero y de disfrutar después de trabajar duro. John y Barbara (pp. 191ss) compartían la idea de una comprensión, cuidado y atención recíprocos, particularmente cuando uno estaba enfermo o viejo, como aspectos altamente importantes de la relación interpersonal, etc. Pronto veremos cómo esta observación, hacia la cual Beck repetidamente ha llamado la atención (Beck 1967, 1974, 1976; ver también Kovacs y Beck 1979; Shaw 1979) es relevante para el siguiente tópico.

Deseo de evitar los esfuerzos

Hay datos correlacionales y clínicos que nos permiten creer que los elementos de la tríada cognitiva de la depresión se interrelacionan (Beck 1967, 1970, 1974), es decir, constituyen una estructura. Sin embargo, no siempre son identificables juntos en cada caso particular de depresión. Asegurar la visión negativa del mundo en ocasiones no es posible porque los pacientes pueden afirmar que es correcto que el mundo los rechace, ya que ellos tienen una naturaleza intrínsecamente mala: “He sido rechazado por el mundo y lo merezco. Qué lindo era antes salir al campo... Ahora los árboles no son tan bellos como antes. He perdido para siempre la capacidad de disfrutar de la naturaleza”. Este ejemplo, tomado de uno de nuestros pacientes más educados, muestra claramente que ha perdido la capacidad de disfrutar del mundo, a pesar de que el mundo todavía es tan bueno como siempre lo fue.

Quizás la razón más consistente dada por individuos deprimidos para justificar su inactividad es el deseo de evitar el "esfuerzo inútil". Los pacientes deprimidos a menudo se sienten cansados y débiles (el tono muscular y la presión arterial son a veces concomitantemente bajos), piensan que cualquier cosa que intenten estará destinada al fracaso y creen que han perdido el control respecto a la obtención de "refuerzos positivos" y el evitar las consecuencias castigadoras (lo que nos recuerda la "desesperanza aprendida" de Seligman). En vista de todo esto, sienten que su pasividad e inercia son más bien una solución racional, pues así al menos ellos pueden evitarse un esfuerzo que es considerado inútil o abrumador en vista de su debilidad¹¹. La visión de los problemas como abrumadores (Beck *et al.* 1979, p. 188) y verbalizaciones como: "Es inútil tratar", "Si intento algo, no resultará y sólo me sentiré peor", "Es mucho más fácil quedarse quieto, estoy demasiado débil para hacer algo" (Beck 1976, p. 274 *ff.*; Beck *et al.* 1979, p. 198), son fenómenos clínicos que pueden vincularse al deseo de evitar el esfuerzo.

Nos parece que la idea del esfuerzo o ajetreo debe ocupar un lugar bastante central en la organización cognitiva de las personas con tendencia a la depresión. Ciertas descripciones de la personalidad premórbida de los pacientes deprimidos concuerdan con el rol central asumido por las creencias acerca de lo duro de la vida y cuánto más fuerte hay que ser para enfrentarlo. Por ejemplo, en la revisión de Chodoff (1974), uno puede encontrar descripciones de rasgos de personalidad premórbidos tales como "vigoroso", "competitivo", "emprendedor", "agresivo", "activo", "ambicioso", "sociable", "gente que hace una montaña de un grano de arena", "frecuentemente exitosos", "trabajadores empeñosos", "conscientes", "efectivamente, a veces, el que sean demasiado conscientes y escrupulosos los lleva a ser llamados obsesivos"¹².

¹¹ Una manera de elicitar observaciones sobre esta visión de la pasividad y la inercia como un modo "racional" de evitar al menos el dolor del esfuerzo, es preguntarle al paciente por qué no intenta hacer algo irrelevante (por ejemplo, algo para lo cual no se aplique el concepto de fracaso), simplemente con el fin de experimentar. La respuesta es, casi invariablemente, que el experimento con actividades sin significado de todos modos implica esfuerzo.

¹² Entreveradas con estas descripciones de rasgos hay otras tales como "temor a la competencia", "falta de autoestima", "anhelo desesperado de amor" (Rado), "adicto al amor", "narcisista" y "dependiente". Comúnmente, los autores psicoanalíticos han considerado a las personalidades depresivas como compuestas de elementos anales (obsesivo, agresivo) y orales (dependientes) en combinaciones variables. La relación entre estados obsesivos y depresivos está clínicamente bien documentada (Gittleson 1966a).

El ejemplo clínico de Beck *et al.* (1979) utilizado para demostrar cómo los supuestos depresógenos llevan a "pensamientos automáticos" (es decir, cogniciones de la tríada negativa que ocupan el flujo de la conciencia) y cómo éstos a su vez llevan a la tristeza y a la ira, también concuerda con la idea del rol central de las presuposiciones concernientes a la necesidad de ser fuertes y estar bien preparados de manera de enfrentar las dificultades de la vida. La presuposición primaria reportada por un paciente es: "Si soy agradable (*sufro* por los demás, *parezco* brillante y hermoso), no me sucederán cosas malas (divorcio, hijos conflictivos)" (Beck *et al.* 1979, Capítulo 12, Figura 3; énfasis añadido). Nos parece que tal paciente debe haber tenido en mente las dificultades de la vida (sobre todo pérdidas) y luego resolvió que había que hacer un esfuerzo preventivo extenuante. Las lúcidas consideraciones de Beck acerca de la relación estricta entre el "dominio personal" y los contenidos específicos de la "tríada cognitiva" son también pertinentes a este tema; lo mismo se aplica a las explicaciones de Beck sobre las autorrecreminaciones:

Al revisar las historias de pacientes deprimidos, frecuentemente encontramos que el paciente ha contado con el atributo que ahora descalifica para equilibrar las tensiones habituales de la vida, manejando problemas nuevos y logrando objetivos importantes. Cuando llega a la conclusión (frecuentemente en forma errónea) de que es incapaz de resolver un problema serio, alcanzar un objetivo o evitar una pérdida, él degrada el logro. A medida que este atributo parece desvanecerse, él empieza a creer que ya no puede obtener satisfacción en la vida y que lo único que puede esperar es pena y sufrimiento. El paciente

1966d). En nuestra opinión, los pacientes depresivos y obsesivos comparten, en sus "personalidades premórbidas", creencias que tienen que ver con la necesidad de realizar mucho esfuerzo en sus proyectos y negativas actitudes hacia sí mismos. Sin embargo, estas creencias y actitudes son expresadas en distintas estructuras cognitivas: "esfuerzo" para el paciente deprimido es un modo de oponerse al destino de soledad o de enfrentar una situación de pérdida (imaginada) o soledad, mientras que los "esfuerzos" de los obsesivos intentan la búsqueda de "perfección" y "certeza". La actitud negativa hacia sí mismas de las personas obsesivo-compulsivas es consecuencia tanto de su fracaso para ser "perfectas" como de una visión de sí mismas y del mundo como compuesta de elementos opuestos (ver Cap. 11). La evaluación negativa de sí mismo del depresivo es consecuencia de su fracaso para evitar la pérdida y deriva de su percibido "destino" de soledad. La representación de pérdida y soledad del depresivo podría tal vez justificar conductas y aseveraciones que eran consideradas como pruebas del "componente oral" de su personalidad, tales como el "anhelo desesperado de amor" o la "dependencia".

deprimido avanza desde la desilusión a la autculpa y al pesimismo. (Beck 1976, pp. 114-115).

Nos gustaría evitar una discusión completa de los vínculos entre las cogniciones depresivas y sus consecuencias emocionales; los escritos de Beck (1967, 1976) y de Shaw (1979) podrían ser consultados para este propósito. Nos limitaremos a algunas breves nociones.

1. La percepción de pérdida produce sentimientos de tristeza. Estudios sobre el duelo y la aflicción (Bowlby 1961, 1969, 1973; Parkes 1972) apoyan fuertemente la noción de una relación "no condicionada" entre la pérdida y la tristeza. La ira aparece como un componente en el proceso de duelo, pero no es de ninguna manera el antecedente de la tristeza. (Según Freud, la secuencia es: hostilidad inconsciente hacia el objeto amado muerto → culpa e ira dirigidas hacia sí mismo → tristeza). Incluso considerando la diferencia entre pérdidas reales e imaginarias, es obvio que si pérdida y soledad dominan las representaciones depresivas de ellos mismos y del mundo, se sentirán uniformemente tristes.
2. Es posible distinguir otros sentimientos fuera de la tristeza en la experiencia diaria del depresivo: la ira dirigida hacia sí mismo y otros y el miedo son tal vez los más importantes. Estos sentimientos específicos son elicitados, en la experiencia diaria, por situaciones estimulantes selectivas y mediadas por el sistema de creencias del paciente. Mediante el análisis de estos sentimientos específicos, se puede obtener información útil sobre las cogniciones idiosincrásicas del paciente, particularmente acerca del contenido de sus "deber ser" (reglas rígidas para vivir). Es importante reconocer explícitamente que en nuestro modelo cognitivo la tristeza es el sentimiento "primario" en la depresión; es decir, no es secundario a la ira o al temor, como de hecho se asume en gran parte de los escritos psicoanalíticos.
3. La ira, el temor y la tristeza se conectan a creencias específicas y sus relaciones son comprensibles en términos de las relaciones entre las creencias que constituyen la estructura cognitiva. Una organización jerárquica en donde la identidad personal juega un rol central es un mejor modo de conceptualizar esta estructura que como una cadena de relaciones causales. El sentido de pérdida y la creencia de que uno

tiene que luchar enérgicamente para encararla parecen ser los temas centrales en la organización cognitiva de los individuos propensos a la depresión. Cada vez que este esfuerzo fracasa, la organización pasa a través de una serie de cambios y ajustes, de los cuales la tríada cognitiva negativa emergente es una expresión. El problema en ese punto es determinar cómo se pudieron haber desarrollado la sensación de pérdida y la necesidad de encararla por medio de un esfuerzo intenso.

ASPECTOS DEL DESARROLLO

Pero oh el gran cambio, ahora que te has ido
Ahora que te has ido, y ¡nunca has de volver!
—J. Milton, "Lycidas"

Existe una impresionante cantidad de datos que indican que hay una alta probabilidad de que —antes o durante la adolescencia— los individuos más deprimidos hayan vivenciado la muerte de un progenitor que las personas no deprimidas.

En el Capítulo 14 de su libro de 1967, Beck revisa los datos existentes que muestran la asociación entre la pérdida prematura de uno de los progenitores y la depresión adulta subsiguiente, y presenta sus propios resultados. Algunas cifras sobre la muerte prematura de uno de los padres son: 41% (pacientes deprimidos de Brown), 12% (población general) y 19,6% (pacientes médicos); 36,4% (sujetos deprimidos de Beck) y 15,2% (pacientes psiquiátricos no deprimidos). En el estudio de Beck, la profundidad de la depresión también estuvo significativamente correlacionada con la probabilidad de la pérdida de un progenitor durante la niñez; las niñas parecían más vulnerables que los niños a este tipo de pena. En su estudio estadístico y sociológico reciente, Brown y Harris (1978, p. 179) encontraron que el 47% de las mujeres que habían perdido a su madre antes de los 11 años, desarrollaron una depresión durante el período de observación, comparado con sólo 17% del resto de las mujeres. Estas cifras son estadísticamente significativas¹³. En nuestra propia muestra (ver Tabla

¹³ Tal vez valdría la pena citar dos casos de artistas cuya inclinación a la depresión puede ser detectada en sus biografías y trabajos y que luego terminaron suicidándose. El padre de Cesare Pavese murió cuando el escritor tenía 6 años. El padre de la poeta Sylvia Plath murió cuando ella tenía 9 años.

B-1, Apéndice B), 9 de 24 pacientes deprimidos (37,5%) y 22 de 174 pacientes neuróticos no deprimidos (12,6%) experimentaron la muerte de un progenitor antes de los 15 años. Una separación definitiva entre los padres cuando el paciente era un niño o preadolescente se encontró en otros dos sujetos deprimidos y en nueve personas del grupo de los no deprimidos.

Es obvio que pensar acerca de una pérdida influye en el modo como uno mira el mundo, y como consecuencia, la experiencia de la muerte de uno de los padres puede tomar la forma de una influencia cognitiva perdurable. Sin embargo, también es obvio que no todos los niños que vivencian la muerte de un progenitor desarrollan una depresión más adelante en la vida, incluso cuando se enfrentan con dificultades serias u otras pérdidas. Además, muchos pacientes deprimidos nunca habían vivenciado una pérdida antes de la adolescencia (ver Birchnell 1972, para resultados estadísticos donde la asociación entre la muerte temprana de uno de los padres y la depresión, aunque significativa, parece ser minúscula). Más aún, ¿cómo la experiencia de pérdida temprana influye la organización cognitiva de una depresión futura? ¿Es en la dirección que Seligman (1975) sugiere —esto es, la predisposición a la desesperanza o el aprendizaje de la ausencia de control— o más bien en la dirección sugerida por el concepto de Bowlby del autovalerse compulsivo (Bowlby 1977a)?

Para dar algunas respuestas tentativas a estos problemas, tendremos que considerar primero el trasfondo familiar donde ocurre la pérdida, inquirir acerca de las situaciones interpersonales que posiblemente podrían tener alguna semejanza con la separación por muerte y, finalmente, escuchar las verbalizaciones de nuestros pacientes que podrían ser pertinentes a estos problemas.

Antecedentes familiares

Los antecedentes familiares de los pacientes deprimidos han sido estudiados repetidamente, con resultados ambiguos (para una revisión, ver Beck 1967, Cap. 10). Generalmente, uno podría decir que hay pistas que insinúan que los futuros depresivos fueron criados en familias donde se le daba gran importancia al éxito, al prestigio y a la competencia. La imagen de una persona esforzándose en contra de las dificultades parece calzar con tal descripción.

Situaciones interpersonales

La separación de un progenitor querido puede ocurrir no sólo por la muerte o el divorcio del otro padre, sino también de variadas maneras. Por ejemplo, considere la familia en que las necesidades económicas llevan a ambos padres a trabajar dejando a los hijos solos (que era el caso de 3 de nuestros 24 pacientes deprimidos). O el caso de un padre obligado a trabajar en el extranjero por dos o más años durante la infancia temprana del niño (lo que sucedió a dos de nuestros pacientes). O más aún, considere la posibilidad de que uno de los padres estuviera frecuentemente ausente y el otro progenitor débil o enfermo, de modo que el niño no sólo no fue cuidado por nadie y se vio privado de afecto, sino que también debió aprender a bastarse a sí mismo (autovalerse compulsivo) al enfrentar las dificultades de la vida. Esta era la situación de siete de nuestros pacientes, tres de los cuales recordaron claramente haber sentido rabia hacia el padre ausente y/o débil y enfermo. (En dos casos, la “enfermedad” parecía ser claramente de naturaleza histérica). Los otros cuatro pacientes expresaron comprensión hacia el progenitor que estaba muy ocupado para cuidarlos (“Él tenía que preocuparse de todo”) y compasión por el padre enfermo (“Mi madre sufría demasiado, pobrecita, ella no me podía cuidar; mi padre tenía que cuidarla a ella y además trabajar”). Cuatro pacientes que habían perdido a un progenitor claramente recordaban su decisión —cuando eran niños— de cuidar al otro progenitor, de modo que se había producido la situación descrita por Bowlby como un “patrón invertido de apego”. En estos casos parecía especialmente aplicable el concepto de autovalerse compulsivo (Bowlby 1977a).

De los amplios y precisos hallazgos estadísticos de Brown y Harris (1978), uno tiene la impresión que la habilidad para establecer intimidad en las relaciones interpersonales es un poderoso factor protector contra la depresión. En las familias de nuestros pacientes deprimidos, la intimidad se compartía más frecuentemente con el progenitor que estaba a punto de morir o irse que con el que se quedaba. A veces la intimidad se lograba a expensas de revertir la pauta de apego, esto es, por medio de extenuantes esfuerzos del niño por cuidar al progenitor (quien devolvía débiles expresiones de gratitud y aprobación). En este contexto debe enfatizarse que 11 de nuestros 24 pacientes deprimidos habían estado presentes durante la depresión prolongada (crónica en tres casos), o el duelo, de uno de los padres. La depresión de este progenitor a veces parecía ser de naturaleza

histérica y otras, de naturaleza reactiva. Este hecho es importante no sólo por el posible modelaje del niño por el padre deprimido o por la decisión de tener que valerse por sí mismo y cuidar del padre, sino también por la luz crítica que puede iluminar el problema de la naturaleza hereditaria, genética, de la depresión.

Verbalizaciones de los pacientes

Las verbalizaciones de los pacientes en relación al temprano sentido de pérdida y soledad merecen ser citadas extensamente. Este es John (Ejemplo 1, p. 191):

Mi padre a menudo estaba fuera de casa; era vendedor y debía viajar mucho a otras ciudades. No, yo no resentía su ausencia; tú tienes que trabajar para vivir, y la vida es tan dura... Cuando se encontraba en la casa, estaba muy cansado para jugar conmigo, pero yo lo entendía: su trabajo era realmente una tensión continua... las pocas ocasiones en que jugaba conmigo son los mejores recuerdos de mi niñez... Mi madre era rígida; lo único que quería era que yo fuera el primero de la clase... Solía decir que la vida está llena de dificultades y que hay que estar muy bien preparado para eso... No puedo perdonarle el modo en que se comportó cuando mi padre se puso viejo y jubiló; ella se negaba a admitir que él estuviera venido a menos, ella quería que siguiera trabajando, lo obligaba a trabajar en la casa, preparando la comida y limpiando el piso... era terrible. [Quizás el lector recuerde la reacción de John con su esposa cuando ésta le pidió que preparara el desayuno].

Esta es Barbara (Ejemplo 2, pp. 191-192):

Cuando mi padre estaba enfermo, entendí lo importante que es cuidar a una persona enferma [el padre de Barbara murió cuando ella tenía 8 años, luego de dos años de sufrimiento y de una operación debido a un cáncer]... Mi madre se derrumbó después de la muerte de mi padre... Oh, ¡cuánto me hubiera gustado cuidarla!... Mi madre se sacrificó para criarme... Trabajaba duramente y rehusó casarse de nuevo porque temía mi reacción hacia un padrastro... ¿Ve usted cómo he correspondido al sacrificio de mi madre?

El paciente con una asombrosa capacidad de reconocer claramente, desde el principio, las formas verbales y pictóricas de sus pensamientos (ver diálogo que comienza en p. 194) acostumbraba a decir con una sonrisa:

Uno tiene que valerse por sí mismo, ¿no es así, doctor?... Nadie te va a cuidar; si tú no lo haces, ¿por qué debiera hacerlo otra persona?... Lo único que quiero de mi esposa es un poco de reconocimiento hacia mi enfermedad, eso es todo... Mis padres eran gente trabajadora. Sí, usted tiene razón, doctor: aprendí desde muy chico que uno tiene que valerse por sí mismo. No tenían tiempo para mí, la vida es tan dura, éramos realmente pobres... Debe haber sido entonces que decidí que quería mucho dinero... Pensaba que podría trabajar incluso más intensamente que mis padres, pero también quería más dinero de modo de poder relajarme y disfrutar después del trabajo.

Estos son los recuerdos de otra paciente:

Tenía 5 años cuando murió mi padre. Al año siguiente me pusieron en un internado, pues mi madre debía trabajar. Me sentía sola, diferente a las demás niñas. Recuerdo que mientras estaba ahí, tuve una alucinación... no fue un sueño, estaba despierta en mi cama... "Vi" a una mujer, vestida de negro, que me miraba muy tristemente... No era nadie que yo conociera... a veces pienso que esa mujer vino a señalarme mi destino... Traté de luchar: trabajé, me casé, tuve dos hijos... pero, vea, doctor, después de todos mis esfuerzos, aquí estoy: la mujer de mi visión estaba en lo correcto.

Aquí hay otro caso de una paciente:

Mi madre sufría de terribles dolores de cabeza todo el tiempo —pero estoy segura que no eran ciertos... Convertía la vida de mi padre y la mía en un infierno. Por esa razón él se quedaba fuera de la casa tanto como le era posible. Yo la odiaba. Apenas mi padre se iba, su dolor de cabeza desaparecía. Las raras ocasiones en que lo pasaba bien era cuando salía con mi papá, pero ella se enfurecía y decía que la

dejábamos sola. Ella quería que me quedara con ella para poder torturarme con su charla acerca de la indiferencia de mi padre. Yo me sentía sola cuando estaba en casa con ella. Siempre me he esforzado por ser diferente a mi mamá, y mire cómo terminó todo —no puedo encontrar un hombre; soy un fracaso como mujer.

Y esta es Ann (ver p. 198):

Ay, doctor, sólo ahora que mi padre está enfermo y no vivirá mucho más es que me doy cuenta cuánto lo extrañaba cuando era una niña chica. [Su padre se había enfermado 4 meses después que Ann comenzó su psicoterapia]. Era una persona tan insignificante en la casa; mi mamá se hacía cargo de todo y se preocupaba de la economía de la casa... Yo amaba a mi mamá y pensaba que mi padre no servía para nada. No me había percatado cuán importantes eran su afecto y su calma... Mi mamá acostumbraba a decir que uno tenía que ser activo y cuidar el dinero y la propia felicidad, y sólo ahora me doy cuenta que yo siempre temía no ser tan fuerte como mi madre y que no sabía cómo ser feliz... Sí, doctor, usted está en lo correcto, yo considero que la felicidad es un deber, una obligación, y cuando comencé a temer no haberla alcanzado, me sentí pésimo... Yo era rica, tenía de todo —pero no era feliz ni fuerte ni activa como mi madre... Desde mi infancia he pensado que el amor era importante y desde entonces no lo podía reconocer... No sabía cómo amar a mi padre.

ORGANIZACIÓN COGNITIVA EN LA DEPRESIÓN

Pero primero debo/ decirle/ Que a mí realmente me *gustaría* pensar que hay algo mal en mí—/ Porque, si no, entonces hay algo malo,/ O por lo menos, muy distinto a lo que parecía ser,/ Con el mundo mismo— ¡y eso es mucho más atemorizante!/ Eso sería terrible...

—T.S. Eliot, *The Cocktail Party*, Acto II

La pérdida de un progenitor. La percepción de aislamiento de un niño separado de padres que están muy ocupados. La preocupación por un padre enfermo que no puede pasar tiempo con el niño, como la única

forma de manifestación afectiva. Cualquiera de estos tipos de experiencia constituye el centro de cognición de sí mismo y del mundo sostenido por la persona deprimida. Podemos resumir el significado de esta experiencia con la palabra "soledad". Este es el tema básico del esquema emocional temprano del individuo predispuesto a la depresión. Cuando se ve enfrentado a la experiencia del aislamiento, el niño sólo puede tomar una de dos actitudes: considerar malos a los demás porque lo dejan solo o considerarse a sí mismo merecedor de ese aislamiento.

Las palabras que Eliot hace que Celia diga en *The Cocktail Party* dejan claro por qué una actitud negativa hacia sí mismo es preferible. Si "hay algo malo en mí", puedo evitar la pesadilla atemorizante y paranoica de vivir en un mundo hostil en el que "hay algo... muy distinto a lo que parecía ser". Más aún, "si hay algo malo en mí", tal vez pueda encontrar en mi ambiente (que no es totalmente hostil, desilusionante y que juega trampas malévolas) algún conocimiento que me lleve a un mejor ajuste. Quizás pueda luchar contra el destino de aislamiento y miseria. El ambiente, y frecuentemente la misma familia, enseña eso. Si uno lo intenta de verdad, si uno tiene fuerza, si uno tiene suficiente voluntad, si eres agradable y nunca te enojas (una persona buena no se enoja), si tienes paciencia y te sacrificas por los demás, si trabajas duro, si eres la mejor persona de tu clase y si amas a la gente, entonces a lo mejor lograrás evitar la soledad y el sufrimiento. Un sentimiento genérico de "hay algo malo en mí", y un remedio, "tengo que luchar con mi destino", se convierten en los fundamentos para la construcción de la identidad personal. La identidad de uno mismo es valorada si uno triunfa en la lucha, pero se subvalora si uno fracasa. La autoestima fluctúa de la misma manera. Es de esperar una fuerte tendencia hacia los juicios de valor. La actitud hacia la realidad ahora llega a ser más adaptativa que la del paranoico. Las reglas para asimilar la experiencia se formulan de la siguiente manera: "Trata de descubrir si le gustas o no a la gente", "Ve si hay alguien más fuerte (o más inteligente, etc.) que tú por aquí", "Evalúa las dificultades de esta situación y el modo de superarlas", "Observa atentamente el sufrimiento de las personas y cómo puedes aliviarlo", "Descubre las reglas para determinar la aceptación o el rechazo en este ambiente", etc. La resolución de problemas está dominada por la idea de que es necesaria una lucha extenuante, y por evaluaciones "económicas" de la cantidad de energía requerida para alcanzar el objetivo.

Esta organización cognitiva obviamente tiene sus defectos y contradicciones. Una de las más fáciles de reconocer es, tal vez, la expresada en la afirmación hecha por Groucho Marx de que él no podría aceptar ser miembro de un club que lo quisiera a él como miembro. Tú tienes que ser aceptado después de una fuerte lucha; si eres aceptado sin ella, entonces o el "club" ha fallado en reconocer que "hay algo malo en ti" (probando con esto que es estúpido), o lo ha reconocido pero no le importa (y ha demostrado así qué clase de miembros tiene).

Tanto la idea de Seligman acerca de que la pérdida prematura enseña la desesperanza o la incontrolabilidad de los traumas, como el concepto de Bowlby de autovalerse compulsivo son compatibles con la organización cognitiva aquí reseñada. Aparecen, por así decirlo, como los dos lados de la moneda de la identidad personal. El lado del autovalerse compulsivo permite una adaptación; cuando sucede algo que revierte la moneda y se muestra el lado de la "desesperanza aprendida", la estructura completa se ajusta con transformaciones reconocibles como depresión clínica.

Brown y Harris (1978) evaluaron cuidadosamente los eventos precipitantes y las dificultades mayores supuestamente responsables del inicio de la depresión en personas de su muestra (114 pacientes psiquiátricas y 458 mujeres seleccionadas al azar de la población general y agrupadas por edad y residencia —Camberwell, Gran Bretaña— con el grupo de pacientes). Ellos han hecho una lista de un alto número de posibles eventos vitales relevantes y de dificultades en su catálogo de entrevistas (Apéndice 5 de su libro), pero podemos resumir brevemente los hallazgos fundamentales con la siguiente cita:

Al leer la descripción de los eventos, no nos cabe duda que la *pérdida* y la *decepción* son los rasgos centrales de la mayoría de los eventos que provocan las depresiones clínicas... Se ve que la experiencia de pérdida... incluye: (i) separación o amenaza de ella, (ii) revelación desagradable acerca de alguien cercano que obliga a una reevaluación mayor de la persona y la relación, (iii) enfermedad grave de alguien cercano, (iv) pérdida material o decepción grandes, (v) cambio forzado de residencia, o la amenaza de ella... (Brown y Harris 1978, p. 103; énfasis añadido).

Con excepción de Ann, todos nuestros pacientes reconocieron al menos uno de los eventos entre los aquí reseñados como precediendo a su depresión¹⁴.

Beck (1967, Cap. 18) ha llamado la atención sobre la especificidad de las tensiones que desatan la depresión con respecto a las áreas de vulnerabilidad en la constelación cognitiva del paciente, es decir, su dominio personal. Ahora podríamos considerar cómo los distintos agentes provocadores traen consigo un reajuste de la organización cognitiva. La experiencia de pérdida o desilusión —en el sentido extenso reseñado en la cita de Brown y Harris— invierte la moneda de la identidad personal desde el valerse por sí mismo a la falta de control. El conocimiento de sí mismo del individuo ya contiene el esquema emocional relacionado con el aislamiento, la soledad y la desgracia. La activación de estos esquemas se ha agregado a la antigua decisión de que "hay algo malo en mí". La actitud negativa hacia uno mismo permea el pensamiento y emerge a través de "pensamientos automáticos" (ver Beck 1967, 1976). Los atributos del yo que ahora son degradados son aquellos que originalmente se desarrollaron para luchar contra el "destino" de soledad. Ellos son inútiles; el individuo ha luchado y ha sido derrotado, de modo que el destino de soledad y desgracia se espera inevitablemente. Las imágenes y el diálogo interno circulan en el flujo de la conciencia transmitiendo una visión negativa del mundo y del futuro. Los modelos representacionales de la realidad se vuelven tales que permiten la asimilación sólo de experiencias negativas. En otras palabras, las reglas para asimilar la experiencia pueden ser descritas según los "errores del pensamiento" o el "procesamiento de información defectuosa" de Beck: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación, etc.

Desde otro punto de vista, uno podría decir que la activación de esquemas emocionales primitivos (según el concepto de Duncker de la fijación funcional, como lo sugirió Shaw 1979) trae consigo una forma de

¹⁴ Antes de deprimirse, Ann (ver p. 198) había conocido a otra joven que tenía una moral sexual más libre. Ann no había tenido razones serias para sentirse decepcionada en su matrimonio, pero empezó a preguntarse si su amiga —quien había solicitado la separación de su esposo para sentirse más libre de conocer otra gente— era más feliz que ella. Con esto Ann comenzó a cuestionarse su propia felicidad. Aparentemente, se culpaba de no haber hecho bastante por su felicidad: esto era la mayor prueba de su poca valía. Sin embargo, ella no tenía idea, basada en su experiencia personal, de qué era la felicidad. Ella sí tenía una imagen clara de la infelicidad, consistente en una falta de amor.

pensamiento "primitivo", que contiene elementos que eran típicos de la etapa del crecimiento cognitivo de Piaget durante el cual esos esquemas fueron contruidos. La globalidad de los juicios ("Soy malo"), la invariabilidad ("Las cosas *siempre* serán así"), el pensamiento mágico ("Mis *premoniciones*...") y, sobre todo, la falta de distanciamiento ("Yo sé [en lugar de "Yo pienso"] que tengo un destino atroz") son rasgos de pensamiento "primitivo".

Usando la metáfora científica, se podría decir que el desafío del núcleo duro metafísico calza con el fortalecimiento del cinturón protector. En vez de cambiar el conocimiento tácito de que la soledad existe y es terrible, y sobre todo, que la falta de control existe y es atemorizante, el individuo insiste en que de algún modo es culpa suya el que la pérdida haya ocurrido¹⁵. Por lo tanto, él o ella genera una serie de hipótesis y teorías *ad hoc* de modo de respaldar la suposición de que "algo anda mal en mí" (fortaleciendo el cinturón protector). Una heurística positiva (por ejemplo, inferencias arbitrarias que "prueban" que el individuo es un perdedor) y una heurística negativa (por ejemplo, minimización de los eventos favorables) son utilizadas para obtener un engrosamiento del cinturón protector. Así, el programa de investigación individual se vuelve "regresivo". Las reglas para resolver problemas aún están permeadas por la actitud del individuo hacia la realidad; es decir, es necesario un esfuerzo extenuante para enfrentar las dificultades de la vida, pero ahora las conclusiones están invertidas. Dado que uno está "indefenso" frente a un destino maldito, que uno se merece, lo más racional es permanecer pasivo para al menos no desperdiciar esfuerzos. Así volvemos a la inercia, desde donde comenzamos nuestro análisis.

La mayoría de los casos de depresión tienen relativamente corta vida: la depresión tiende a desaparecer espontáneamente. Cuando la experiencia reciente de desilusión y pérdida desaparece en el tiempo, y la persona reconoce que puede recuperar un relativo control sobre la mayoría de sus eventos vitales, la organización cognitiva se reajusta a sí misma en su forma adaptativa. Ningún cambio en la identidad personal se obtiene de esta manera, de modo que nuevas tensiones vuelven a traer consigo la idea de

¹⁵ Desde luego que no debemos sorprendernos. La noción de soledad y desesperación es difícil de cambiar, y aún más la de la incontrolabilidad de eventos tales como la muerte. Sin embargo, muchos pensadores a través de la historia (Albert Ellis, entre ellos) tienen algo que decir respecto a la posibilidad de no considerar "insuperables" ni siquiera estos eventos extremos.

la incontrolabilidad y pueden prevalecer sobre el valerse a sí mismo. La depresión es una "enfermedad" recurrente¹⁶.

ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICA CON PACIENTES DEPRIMIDOS

Si depender de su moral es una carga, está errada.

—R.L. Stevenson, *A Christmas Sermon*

El tratamiento de la depresión ha sido un objetivo importante en la terapia cognitiva. Beck (1967, 1976) y Beck *et al.* (1979) han descrito en detalle una serie de *técnicas* (tanto conductuales como estrictamente cognitivas) mediante las cuales se puede obtener un cambio cognitivo en pacientes deprimidos. También han sugerido líneas generales de la *estrategia* dentro de la cual las *tácticas* terapéuticas deben ser guiadas, de modo que la terapia no siga un curso errático basado en el ensayo y error.

Durante la primera fase de evaluación, el terapeuta generalmente suministra una exposición razonada de la terapia cognitiva y le enseña al paciente a observar y registrar sus propios "pensamientos automáticos". Así se logra un primer paso hacia el "distanciamiento". Al mismo tiempo, el terapeuta define las áreas problemáticas y selecciona los primeros

¹⁶ Una nota final acerca de los síntomas físicos de la depresión. Para una revisión breve de la escasa literatura sobre los efectos causales de la cognición en el sistema nervioso autónomo, ver Shaw (1979, pp. 153-154). Aquí nos gustaría mencionar otro aspecto del problema que tiene que ver con la relación entre la cognición, el estado anímico y los síntomas físicos de la depresión. Hay una amplia evidencia que el duelo es un serio estrés (en el sentido usado por Selye) que afecta el sistema nervioso autónomo y el sistema endocrino-metabólico. Se ha demostrado repetidamente que el nivel de morbilidad y mortalidad entre las personas viudas en el año siguiente al duelo es significativamente más alto que el promedio de las personas no viudas en el grupo de edad correspondiente. Luego de un año, el índice de mortalidad es nuevamente igualado por personas viudas y no viudas (Maddison y Viola 1968; Parkes 1972). Por otro lado, hay muchas pruebas de acuerdo con la hipótesis de que lo que uno imagina y lo que uno percibe tienen efectos similares en el sistema autónomo. Parece razonable asumir que una pérdida imaginada y una real pueden tener efectos similares sobre las funciones corporales. Una vez que el paciente deprimido llega a experimentar molestias físicas (insomnio, dolor de cabeza, debilidad, anorexia, etc.), tres interpretaciones de estos sentimientos desagradables son compatibles con su organización cognitiva: (1) "Estoy enfermo, estoy terriblemente enfermo, voy a morir", (2) "Esto es una enfermedad, soy incapaz de controlarla, estoy débil y no puedo hacer nada sino quedarme en cama", o (3) "Mi imaginación es la causa de mi estado, y esto prueba que hay algo malo en mí que yo no puedo controlar aunque me haga daño". Es desafortunado ver que a veces interpretaciones tanto "orgánicas" ("Es una enfermedad") como psicoanalíticas ("Es mi inconsciente") pueden ser confirmadas por psiquiatras y psicólogos.

síntomas que serán objeto de terapia. Los objetivos conductuales (inercia, pasividad, problemas interpersonales), los objetivos emocionales (tristeza, ira, culpa, angustia, vergüenza), los objetivos motivacionales (deseos de evitación, dependencia, desesperanza y deseos suicidas) y los objetivos estrictamente cognitivos (indecisión, sobrestimación de los problemas, autocrítica, pensamiento polarizado) pueden ser seleccionados, en un comienzo, uno a uno y en diversas combinaciones. Con pacientes más retardados se hace casi obligatorio comenzar con objetivos conductuales y motivacionales, de modo de brindarles —mediante técnicas conductuales— experiencias de “manejo” y elicitación de las cogniciones que subyacen a su inercia y evitación. Mientras se tratan los síntomas elegidos, el terapeuta le enseña al paciente directa o indirectamente (modelando) cómo adoptar una actitud “experimental”: ¿dónde están las pruebas de cada aseveración? De ese modo se obtiene un mayor distanciamiento, y al mismo tiempo, mucha información respecto al paciente y sus “supuestos depresógenos” (por ejemplo, “creencias irracionales”, “reglas profundas” o “constructos personales”). Además de las reglas profundas, las experiencias pasadas son dadas por el paciente, generalmente, como “pruebas” de sus afirmaciones. Los datos de las historias pasadas del paciente se sacan a la luz, dando así una visión del desarrollo personal y de las bases de su identidad personal. La crítica racional de estos supuestos depresógenos puede comenzar en esta etapa del tratamiento.

Hasta este momento hemos resumido el modo como nosotros mismos hemos aplicado el método de terapia cognitiva de Beck, tratando de verbalizar los distintos pasos de acuerdo a la descripción dada por Beck *et al.* (1979). Ahora cabe señalar una diferencia menor en nuestro enfoque: antes de confrontar a los pacientes con sus “supuestos depresógenos”, generalmente intentamos, junto con cada paciente, una reconstrucción explícita inicial de su historia personal y organización cognitiva. Este proceso tiene tres ventajas:

1. Le brinda al terapeuta una visión de las relaciones estructurales y jerárquicas entre las presuposiciones particulares o sus creencias irracionales, permitiéndole sincronizar futuras intervenciones de modo que la identidad personal del paciente sea respetada tanto como sea posible. Si se requieren cambios, las reglas de orden superior deben dejarse para el final.

2. Da al paciente una base esencial para una liberación parcial de su visión básica de sí mismo y del mundo, la que es absolutamente necesaria si se intenta un cambio en la identidad personal.
3. Permite al terapeuta formular hipótesis acerca del tipo de esquema emocional que el paciente formó durante la niñez y así discutir abiertamente con el paciente la naturaleza de su conocimiento tácito, que es un tanto diferente del concepto de “inconsciente” al cual él o ella puede estar acostumbrado.

Al confrontar los supuestos depresógenos del paciente, hay que notar el modo como él o ella conjuga el verbo “ser”. El “yo soy” se sustituye, cada vez que sea posible, con otras formas: “yo hago”, “yo vivencio”, “yo siento”, “yo pienso”, “yo creo”, “yo sueño”, etc. Al paciente se le da una explicación racional lógica y semántica para hacerlo así (Cap. 8). Los “tengo que”, los “valgo” y los “debo” también se corrigen. Por lo tanto, “Yo *tengo* que ser capaz de soportar las dificultades de la vida, o si no, *yo no valgo* como ser humano” es traducido como: “Es mejor (útil) no rendirse fácilmente frente a ciertas dificultades, pero de ninguna manera, ni aun si *cometo* errores graves, mi *valía* personal es cuestionada”. Así, mientras discutimos jerárquicamente las inconsistencias de las *correlaciones* entre los distintos elementos básicos de los supuestos depresógenos (por ejemplo, “Si soy agradable, *entonces* nada terrible me puede pasar”) y las magnificaciones del sentido emocional de su *contenido* (“Ciertas cosas son tan *terribles* que no las puedo soportar”), el terapeuta indirectamente socava la idea de que uno pueda *ser* algo distinto de un ser humano. Cuando los pacientes adquieren la noción de que los seres humanos no pueden *ser* inteligentes o estúpidos, sino más bien *tener* o no tener capacidades intelectuales, están listos para tomar cierta distancia de su identidad personal tal como ha sido definida hasta este momento. En este punto, frecuentemente optamos, junto con el paciente, por algunas tareas para la casa (fundamentalmente del tipo de entrenamiento asertivo, o entrenamiento de destrezas sociales) tendientes a probar que las presuposiciones previas en que se basaba la identidad personal no eran más que teorías.

Con este tipo de preparación, incluso el sentimiento de irrealidad —que a veces acompaña los cambios profundos de la identidad personal— no es percibido por el paciente como algo inexplicable o atemorizante.

Las técnicas particulares para combatir los "síntomas" a los cuales se apunta, son cabalmente descritas por Beck *et al.* (1979) con muchos ejemplos detallados; técnicas para conducir críticas racionales de los supuestos depresógenos básicos también son presentadas por Beck *et al.* (1979). Algunos terapeutas podrían preferir usar los argumentos con los cuales Ellis (1962) combate las creencias irracionales de sus clientes. Entre las creencias presentadas a menudo por los pacientes deprimidos se encuentran las siguientes:

1. Uno debe ser competente, adecuado y tener logros para ser considerado valioso ("Yo fracasé; *por lo tanto*, no valgo nada").
2. Uno *necesita* amor y aprobación de cada persona significativa para uno en la vida ("¡Ellos me rechazan, qué atroz!").
3. Si uno es "malvado", merece ser castigado ("Yo merezco mi destino, pues no tengo fuerza de voluntad").
4. Es terrible y catastrófico cuando las cosas no funcionan de la manera como uno ansía que sean ("Los seres humanos aborrecen la muerte; por lo tanto, la existencia de la muerte es una catástrofe").
5. La infelicidad humana es causada por eventos externos y la gente tiene poca o ninguna habilidad para controlar sus penas ("Con mi pasado, ¿qué puedo esperar?").
6. Es mejor evitar las dificultades de la vida que encararlas ("Es demasiado difícil para mí").
7. Uno debiera sentirse muy mal por los problemas de los demás ("Mi marido está trabajando muy duro y no me da pena como debiera").

Los argumentos de Ellis contra estas creencias (Ellis 1962, Cap. 3) pueden ser muy útiles si son utilizados apropiadamente. Sin embargo, pensamos que el punto esencial no es la elección de esta o aquella técnica (el terapeuta puede crear su propia técnica o adaptar una existente a los requerimientos específicos del caso), sino que el terapeuta debe estar consciente de las relaciones jerárquicas entre las distintas creencias que constituyen el objetivo escogido. El terapeuta también debiera asegurarse que el lenguaje en que expresa sus argumentos sea del tipo al cual el paciente está acostumbrado. Finalmente, es importante diferenciar entre las cogniciones que aparecen en el modo pictórico de representación y aquellas representadas en el diálogo interno. La lógica puede ser usada para el diálogo

interno, pero no es de gran utilidad en las ensoñaciones. Esta es una de las razones de por qué, hablando del análisis funcional-cognitivo, insistimos en la necesidad de preguntarle al paciente en cuál modo de representación aparece su pensamiento. La otra razón es que en muchos casos, las representaciones imaginales son una clave para evaluar rápidamente las estructuras idiosincrásicas de la identidad personal. El uso de Rowe de imagería guiada y técnicas de repertorio de rejilla o red para evaluar los aspectos más profundos de los constructos del yo, ejemplifica esta afirmación (Rowe 1978).

Para dar una idea de la importancia de considerar los aspectos estructurales y jerárquicos de la organización cognitiva en la sincronización de las tácticas terapéuticas, examinaremos qué es lo que los pacientes deprimidos y obsesivos piensan acerca de la posibilidad de equivocarse y ser criticados. Si el terapeuta decide luchar contra la creencia de que las equivocaciones y la crítica son una prueba de la poca valía personal (una creencia que será verbalizada de manera semejante por los dos pacientes), él o ella debiera estar consciente de los distintos niveles jerárquicos que ocupa la creencia en las dos organizaciones cognitivas. Para los pacientes deprimidos es una de las creencias que constituyen el cinturón protector, y corregirlo significa lograr un cambio profundo. Sin embargo, para los pacientes obsesivos (ver Cap. 11) es una creencia relativamente periférica, ya que la identidad personal se construye en torno a imágenes opuestas contrastantes y a un deseo de certeza y perfección absolutas. Por lo tanto, criticar esta creencia *no* conducirá a un cambio profundo, sino más bien a una modificación de las expresiones verbales que podrían hacer pensar al terapeuta que el paciente está "resistiéndose" a la terapia.

Asimismo, tanto los pacientes deprimidos como los agorafóbicos expresan a veces expectativas exageradas de soledad, pero mientras el primero ve la soledad como prueba de su desesperanza y poco valor, el último —habiendo formado una identidad personal sobre la idea de su debilidad (ellos no se consideran a sí mismos queribles)— la considera casi como una situación de peligro físico (ver Cap. 10). Observaciones semejantes pueden hacerse con respecto a las ideas de incontabilidad de los eventos frecuentemente expresadas por los pacientes que sufren de desórdenes alimenticios. Tales ideas son más periféricas en la organización cognitiva típica de los desórdenes alimenticios que las ideas de desesperanza que están en la organización del conocimiento del depresivo (ver Cap. 12). La

noción de que los aspectos estructurales y jerárquicos de la organización cognitiva dan un significado diferente a creencias verbalizadas aparentemente similares, también se aplica a muchas otras posibilidades de “diagnóstico diferencial” cognitivo (por así decirlo) entre la depresión y otros síndromes neuróticos.

Las distintas etapas de la estrategia terapéutica a ser utilizada con pacientes deprimidos pueden esquematizarse de la siguiente manera.

1. Durante la evaluación, respete la identidad del paciente; es decir, *evite* reafirmarlo cuando habla de su desesperanza y confirme su idea de que las cosas requieren esfuerzo. Suminístrele brevemente los principios básicos de la terapia cognitiva.
2. Sugiera técnicas conductuales que puedan aumentar las gratificaciones ambientales y esté preparado para examinar detenidamente las razones del paciente para negarse a las tareas para la casa, especialmente las evaluaciones “económicas” de gasto de energía (“Estaba demasiado cansado para hacerlo”).
3. Sean cuales sean los síntomas escogidos para el tratamiento, encárelos, recordando que el mecanismo básico de resolución de problemas del paciente se basa en la idea del esfuerzo. Cada experiencia que pueda brindarle al paciente una sensación de “manejo” de los acontecimientos sin involucrar un esfuerzo mayor del que pueda soportar, debiera ser estimulada (incluyendo los resultados de las disputas verbales entre el paciente y el terapeuta).
4. Si aparecen imágenes perturbadoras, utilícelas para mostrar al paciente la existencia de “conocimiento tácito” (es más fácil entender su naturaleza con la experiencia imaginativa que con el razonamiento y las reflexiones verbales). Asegúrese de dar una idea positiva del funcionamiento del conocimiento tácito (por ejemplo, “lo que le permite reconocer la cara de un amigo sin describir sus rasgos particulares”) y evite ideas negativas tales como “los monstruos del ello”. Utilice cada posible herramienta con el objeto de obtener algún “distanciamiento”, “descentramiento” o “liberación” de los pensamientos propios.
5. Una vez que haya evaluado cuáles son los probables supuestos depresógenos básicos, vuelva a la historia del desarrollo del individuo con el objeto de obtener más distanciamiento (“Este es el modo como usted ha aprendido a ver el mundo y a sí mismo”).

6. Comience criticando, de un modo jerárquico, los supuestos depresógenos básicos. Las últimas en ser tratadas deben ser las ideas de la incontrolabilidad de los traumas (“Siempre hay al menos la posibilidad de *algún* control racional sobre los propios pensamientos”) y las ideas con respecto a la necesidad de esforzarse por obtener los propios objetivos (por ejemplo, “*A veces* uno puede relajarse, y cuando usted está relajado, podrían sucederle algunas cosas buenas, pero si no, no es su culpa”, “La mayoría de la gente puede despertar en la mañana a una hora determinada simplemente proponiéndoselo antes de quedarse dormidas —así es como funciona el cerebro humano; las decisiones e intenciones son al menos tan importantes como esforzarse por alcanzar el objetivo”).
7. Mientras lleva a cabo la Etapa 6, trate de obtener tantas verbalizaciones como sea posible que no contengan juicios globales y morales y “diagnósticos caracterológicos” (“Sería útil” en vez de “Yo debo”; “Yo he hecho —o sentido o pensado—, etc.” en lugar de “Yo soy”, etc.).
8. Discuta la naturaleza instrumental e hipotética de la identidad personal. Reevalúe y discuta nuevamente las experiencias básicas (soledad, pérdidas, etc.), comenzando con aquellas sobre las cuales se construyó la identidad personal, y compárelas con la actual soledad, pérdidas, decepciones, etc., de manera de explicar las diferencias entre el mundo del niño y el del adulto.

(Nota: En cualquier etapa, es importante asegurarse que el paciente haya entendido realmente. La repetición es aburrida, pero es mejor repetir puntos que pasar por alto el hecho de que los pacientes están sólo superficialmente aceptando las afirmaciones del terapeuta).

Capítulo 10

AGORAFOBIA Y MÚLTIPLES FOBIAS RELACIONADAS

El término "agorafobia" habitualmente se utiliza para describir la condición de aquellos pacientes que relatan tener un intenso temor a salir de sus casas¹. Es una observación clínica común que, por lo general, estos pacientes tienen otros temores: estar solos en la casa, verse atrapados en congestiones vehiculares, usar transporte público, hacer viajes largos (especialmente en tren o avión), estar en lugares públicos masivos (cines, teatros, tiendas de departamentos, etc.), estar sentados en la peluquería o salón de belleza, subirse a un ascensor, etc. Estos pacientes usualmente vivencian ataques de pánico agudos inducidos por la angustia y acompañados por diversas molestias somáticas. En general, las razones que dan para evitar las situaciones atemorizantes incluyen el temor a perder la conciencia, a caerse, a perder el control al punto de volverse locos, a dar un espectáculo o a sentirse tan enfermos que pudieran morir.

Considerando la frecuencia de descripciones clínicas multiformes que tienen en común el temor a estar afuera, son posibles dos actitudes nosográficas. La primera considera el complejo cuadro clínico como la expresión de un síndrome unitario, con sólo diferencias secundarias entre un caso y otro. Los autores que han observado y descrito este síndrome

¹ El término "agorafobia", introducido por Westphal en 1872 (ver Snaith 1968), significa, literalmente, temor al mercado. Por muchos años la palabra ha sido usada con bastante poca precisión en la literatura psiquiátrica, pero aquellos que han escrito respecto al tema generalmente han implicado que se referían a una serie de temores a situaciones, el mayor de los cuales era el temor a salir de la casa y estar en lugares abiertos.

han sugerido distintos nombres, reflejando sus diferentes orientaciones nosológicas: fobias múltiples (creando el problema de una diferenciación de la neurosis de angustia; ver Beck 1976, p. 179), histeria de angustia (cf. Fenichel 1945, Cap. XI-3), síndrome de despersonalización fóbico-ansiosa (Roth 1959) y síndrome agorafóbico (Marks 1969). La segunda actitud nosográfica considera separadamente cada temor específico de la descripción clínica y sostiene que el paciente sufre de un variado número de fobias específicas: agorafobia, claustrofobia, fobia al tráfico, fobia a los trenes subterráneos, fobia a los lugares repletos de gente, fobia a viajar en avión, fobia a las peluquerías (Stevenson y Hain 1967), fobia a los ascensores, miedo a morir, miedo a perder el control, etc. Hasta hace pocos años atrás, esta segunda actitud parecía haber prevalecido en la literatura psiquiátrica y psicológica estadounidense, especialmente aquella de tendencia conductista. La primera actitud es característica de la literatura europea. Por razones que más adelante explicaremos en detalle (Liotti 1980), nosotros preferimos la primera actitud. En este capítulo, todas las fobias que están presentes en pacientes que *declaran su miedo a encarar solos ciertas situaciones* son examinadas unitariamente bajo el nombre de "síndrome agorafóbico", a pesar que algunos temores (en un caso determinado) parecen asumir mayor intensidad o significación que el temor a la soledad.

ASPECTOS CONDUCTUALES

¡Solo, solo, completamente solo

Solo en este ancho, ancho mar!

—S.T. Coleridge, "The Rime of the Ancient Mariner"

Un análisis inicial de la conducta evitativa de pacientes agorafóbicos revela la existencia de dos grandes categorías de situaciones de estímulo que son evitadas: la soledad y el encierro ("constricción" tal vez sea un término más adecuado, ya que sugiere el significado de una "presión que rodea" —*Grolier-Webster Dictionary*, 1971). La mayoría de los pacientes agorafóbicos *evitan* quedarse *solos* por periodos largos de tiempo en sus propias casas, en la calle o en otros lugares públicos donde no haya gente familiar o de confianza. También evitan ciertas situaciones incluso cuando están acompañados de alguien confiable. Esto sucede cuando un escape

rápido es difícil o imposible: lugares atestados (teatros, salas de cine, filas en oficinas públicas, tiendas de departamentos, etc.); calles con muchos semáforos y tráfico intenso; supercarreteras; aviones o trenes; ascensores; sillas de peluquerías o de dentistas, etc. A pesar de que generalmente les atemoriza viajar, algunos agorafóbicos pueden viajar de una ciudad a otra en auto, acompañados por una persona confiable, si el viaje se hace en carreteras o caminos donde es posible un cambio rápido de dirección. El mismo viaje con la misma persona en una supercarretera es evitado por la imposibilidad de poder dar la vuelta *rápido*. La conducta evitativa es mucho más intensa y frecuente en algunos agorafóbicos cuando tienen que encarar situaciones de soledad. Generalmente, sin embargo, una investigación cuidadosa revela que las situaciones de constricción son temidas y parcialmente evitadas. En otros pacientes agorafóbicos ocurre lo contrario: el miedo y la evitación de la soledad son limitados, mientras que las reacciones fóbicas a situaciones constrictivas son tan fuertes que el término "claustrofobia" pareciera ser más apropiado. Sin embargo, incluso en los extremos del *continuum* agorafobia-claustrofobia, es importante notar la existencia *simultánea* de esas dos categorías de estímulo temido. Si se toma esto en cuenta durante el análisis conductual de las distintas fobias, creemos que el origen de casos diferentes de fobias aparentemente específicas, tales como andar en ascensor y viajar en avión, puede ser rastreado hasta llegar al síndrome agorafóbico².

Cuando los agorafóbicos no esperan ser capaces de evitar un estímulo temido o cuando son expuestos abruptamente a él, experimentan una violenta emoción de miedo. Las sensaciones que corresponden a una activación automática pueden variar de caso a caso, con quejas somáticas debido

² La categorización dicotómica de "activación en soledad" y "activación constrictiva" nos parece el mejor modo de resumir los distintos estímulos fóbicos que pudimos detectar en nuestros 115 pacientes que sufrían de agorafobia (o fobias múltiples centradas en torno al temor a la soledad). A pesar que no fuimos capaces de encontrar en la literatura psiquiátrica una categorización dicotómica semejante a la nuestra, una lectura precisa de casos clínicos en estudios correlativos existentes no reveló ningún dato discordante o incompatible con ella. Por ejemplo, Snaith (1968) publicó los puntajes obtenidos por 27 pacientes agorafóbicos en los ítems contenidos en el Itinerario de Investigación del Temor (Fear Survey Schedule). Sus resultados muestran que los pacientes cuyo temor primario es el estar fuera de casa también han tenido "el mayor incremento" (sobre 200%) de temor al tráfico, a las multitudes y a las calles angostas, y por lo menos un incremento moderado (entre un 40% y 200%) de temor a quedarse "encerrados". (El itinerario no contempla temores específicos a ascensores, galerías, diferentes medios de transporte, etc.)

a la angustia principalmente a nivel gástrico, intestinal, respiratorio, cardíaco o motor. A veces, un determinado paciente tiene distintas reacciones, dependiendo de si él o ella ha sido expuesto a situaciones de soledad o constricción: en el primer caso, prevalecen las sensaciones de taquicardia, debilidad de los miembros, temblor, caídas o desmayos; mientras que en el segundo, predomina el dolor al pecho, dificultad para respirar, agitación motora y tensión muscular. En ocasiones, el verse expuesto a situaciones atemorizantes determina reacciones más complejas y subjetivamente aflictivas, tales como experiencias de irrealidad y despersonalización descritas por los pacientes de muchas maneras: adormecimiento, visión borrosa, variaciones en la consistencia de la imagen corporal, percepción del ambiente como irreal, etc. (ver también Marks 1969).

El cuadro clínico precedente generalmente se desarrolla a partir de uno o dos ataques de pánico iniciales, que suelen sorprender a los pacientes cuando están en una situación de soledad o constricción, a pesar de que a veces los ataques pueden ocurrir en situaciones aparentemente "neutras". A menudo, los pacientes no pueden explicar el origen de estos primeros ataques agudos de angustia. La generalización del temor y de la conducta evitativa suele producirse rápidamente con profundas consecuencias invalidantes, como en el caso de los agorafóbicos que prácticamente se confinan en sus casas. En casos más serios, los pacientes con conductas fóbicas se convierten en una carga para los miembros de la familia que deben acompañarlos cada vez que salen.

Dado que los agorafóbicos generalmente requieren la compañía de un miembro de la familia para trasladarse de un lugar a otro, y también con frecuencia se quedan en casa, es fundamental una cuidadosa consideración de las interacciones con las personas que los acompañan: ¿cómo reacciona este acompañante a las exigencias de la situación?, ¿cómo logra el paciente tener casi siempre compañía?, ¿es concebible una especie de colusión entre ambos?, ¿de qué manera la agorafobia en uno de los esposos afecta la relación conyugal?

Existe gran cantidad de relatos clínicos —y algunos correlativos— concernientes al tema. Utilizando entrevistas semi-estructuradas más cinco cuestionarios y escalas de evaluación, Hafner (1977) obtuvo datos que apoyan la hipótesis de un emparejamiento asociativo entre mujeres agorafóbicas y sus esposos. La teoría del emparejamiento asociativo asegura que los miembros de la pareja se escogen entre ellos en base a atributos

percibidos, algunos de los cuales son patogénicos. También implica que la mejoría de uno de los miembros de la pareja puede ser resistida por el otro en base a que perturba el equilibrio dentro de la relación. Roberts (1964, p. 194) relata el caso de una mujer dueña de casa que se volvió absolutamente casera luego que descubrió que su esposo le era infiel. Sus síntomas cesaron cuando su marido terminó con la otra mujer. Ella tuvo una recaída en la agorafobia cinco años más tarde, cuando su esposo le fue infiel nuevamente; entonces, *desde que se separó de él*, sus "síntomas" cesaron y nunca más volvieron.

Por otro lado, Milton y Hafner (1979) relatan el desarrollo de una psicosis severa en una mujer cuyo marido la dejó después que mejoró su condición de agorafóbica. Esto muestra que, incluso si la relación contribuye a mantener los desórdenes agorafóbicos, el rompimiento de la pareja no siempre es una cura. En el tratamiento de mujeres agorafóbicas mediante técnicas conductuales, Milton y Hafner (1979) también fueron capaces de demostrar una clara conexión entre la creciente insatisfacción en el matrimonio (como fue evaluado por el Cuestionario Marital aplicado tanto a pacientes como a sus cónyuges) y las recaídas durante el seguimiento. Sin embargo, 6 de 18 matrimonios fueron mejorando luego de un tratamiento conductual exitoso.

Sea cual sea la correlación entre la interacción marital y la conducta agorafóbica, es evidente que no es un fenómeno definitivo y uniforme. Los reportes clínicos tienen algo que decir acerca de la relación entre el matrimonio, la separación de los esposos y el desarrollo o mantención de la conducta agorafóbica. Fry (1962) observó que los maridos de mujeres fóbicas, al ser interrogados cuidadosamente, revelaban tener temores semejantes o complementarios a los de sus esposas. Estos hombres estaban "protegidos" de tener que lidiar abiertamente con sus propios problemas debido a los síntomas de sus esposas. Dado que su esposa era la "enferma", el marido admitía evitar la soledad sólo porque tenía, desafortunadamente, que protegerla a ella del temor a estar sola.

Liotti y Guidano (1976) relatan una pauta típica de conducta interpersonal entre algunos varones agorafóbicos y sus esposas. Quince hombres agorafóbicos (sumaban 19 en la actual muestra de pacientes) se habían casado con mujeres que ejercían un control constante y excesivo de la conducta agresiva de sus maridos. Muchas de estas esposas mostraban una verdadera fobia a la violencia: por ejemplo, eran incapaces de mirar esce-

nas violentas en la televisión o el cine, donde el grado de violencia era del orden de un match de boxeo. Las peleas conyugales iban acompañadas, por parte de las esposas, ya sea de una angustia exagerada o de un inmediato retraimiento emocional, seguido de un período de silencio lleno de resentimiento. La agresividad inicial del esposo, y después su asertividad, disminuían a lo largo del matrimonio. Cuando los síntomas agorafóbicos se hacían presentes, se establecía una especie de equilibrio paradójico. La esposa parecía ser la que estaba "arriba" en la relación, porque ella estaba protegiendo y acompañando a su esposo "enfermo", pero en realidad era él quien tenía el control en las decisiones de pareja (por ejemplo, podían salir de compras únicamente si él se sentía "bien", etc.).

Hafner (1979) reporta el caso de siete mujeres agorafóbicas casadas con hombres anormalmente celosos. Los celos del marido influían negativamente en el tratamiento de las esposas. La mejoría de la esposa producía una intensa resistencia por parte de los maridos —motivada por los celos— cada vez que la mujer intentaba salir sola. Si la esposa insistía en su intento, se observaba un aumento de los celos del marido.

Wolpe (1976, p. 161) afirmaba que, en su experiencia clínica, había encontrado varias clases de antecedentes agorafóbicos. Uno de los modos más comunes de desarrollar reacciones de temor a la soledad física se originaba en la presencia de recurrentes fantasías de liberación de un matrimonio insatisfactorio, no concretadas precisamente porque evocaban un gran temor.

Como resultado de la evaluación (por medio de dos a cinco entrevistas con los pacientes y sus cónyuges) de la interacción marital en agorafóbicos casados de nuestra muestra, encontramos ejemplos de todos los patrones recién citados, así como otras pautas no mencionadas aún³. Sin embargo, también había muchos ejemplos donde el matrimonio parecía no tener

³ Durante conversaciones con Victor Meyer, el conocido terapeuta conductual de Londres, repetidamente le escuchamos decir que la mayoría de las mujeres agorafóbicas tenían un conflicto básico como fuente de su angustia, es decir, entre el deseo de permanecer con su marido protector y la tentación de experimentar aventuras más excitantes, pero también más peligrosas, con los "lobos" (N. de la T.: Hace referencia a hombres que están en actitud seductora hacia las mujeres sin la intención de comprometerse con ellas). La idea de estar en la calle sin su marido les evocaba la posibilidad de ser cortejadas, de ahí el conflicto. Meyer obviamente estaba bastante consciente que la idea de la calle abierta considerada inconscientemente como una oportunidad para las aventuras sexuales es una antigua explicación psicoanalítica de la agorafobia (K. Abraham, H. Deutsch y E.P. Ivey, entre otros, lo sostenían; ver Snaith 1968, p. 678). Él ingeniosamente explicaba que los psicoanalistas eran gente inteligente observando

ninguna relación con el desarrollo y mantención de la agorafobia; como en un caso donde la fobia apareció cuando el paciente aún no había conocido a su futura esposa, se mantuvo durante el matrimonio y permaneció invariable a lo largo de la separación.

A pesar que el intento por encontrar una pauta de interacción marital común para todos los casos de agorafobias está destinado al fracaso y aunque la afirmación —frecuente entre los clínicos— de que los agorafóbicos en realidad están padeciendo un matrimonio infeliz tiene un valor muy limitado, nuestra evaluación de la interacción marital de los agorafóbicos aún parecía ofrecer algunas impresiones que tal vez sean generalmente válidas. Nos referimos a la intensa impresión que, mientras hablaban con sus cónyuges, los agorafóbicos respondían más frecuentemente a los aspectos formales de la interacción (por ejemplo, contextual y no verbal) que a los aspectos del contenido. Esto es especialmente cierto para las pacientes mujeres; su atención variaba a cada pequeño cambio posible de la actitud del esposo, modificando su postura de acuerdo a ello en forma bastante rápida, por ejemplo, desde la seducción al resentimiento o desapego. Sus maridos eran más constantes en su actitud corporal global. Esta discrepancia parecía ser la responsable del sentimiento del terapeuta, vago pero constante, de una incompreensión entre ambos, de estar recíprocamente "desfasados". Las mismas variaciones rápidas de actitud corporal no eran detectables siguiendo los contenidos verbales de la interacción. A pesar que este fenómeno es difícil de describir, un ejemplo particularmente claro tal vez ilustre lo que queremos decir.

Clare, una agorafóbica de 29 años, y su marido discutían con el terapeuta la situación creada por la incapacidad de la mujer de salir sola. El marido estaba explicando su deseo de ayudarla y también su sentimiento de falta de libertad debido a sus requerimientos de constante compañía. Clare se balanceaba de un lado a otro en su asiento, inclinándose hacia su marido y luego alejándose de él. El esposo, rígido en su asiento, miraba al terapeuta, mientras Clare lo miraba a él. El

el comportamiento humano y que, incluso si su teoría general le parecía insostenible, algunas de sus observaciones, una vez traducidas a términos de teoría de aprendizaje, eran verdaderas y útiles incluso para los terapeutas conductuales. Cuatro de nuestras mujeres agorafóbicas casadas (cuando eran entrevistadas sin sus esposos!) explícita y espontáneamente nos decían que se sentían sujeto de las tentaciones del tipo descrito más arriba. Obviamente, esto no era para nada inconsciente.

terapeuta notaba que Clare se inclinaba hacia su marido cada vez que su tono de voz era firme, y se alejaba cada vez que se tornaba incierto, cansado o triste, sin ninguna relación con las palabras del marido en ese momento. (Por ejemplo, cuando él dijo con una voz firme: "Claro que quiero ayudarla", ella se acercó hacia él, pero cuando él profirió las mismas palabras con un dejo de tristeza, ella cambió su actitud). Una vez confirmada esta correspondencia, fue bastante fácil predecir la dirección de las oscilaciones de Clare.

Una vez que habíamos observado este fenómeno en sesiones de pareja, comenzamos a notarlo también durante las sesiones individuales con pacientes casados y solteros. Las mujeres agorafóbicas parecían ser particularmente sensibles a la mímica afectiva del terapeuta varón, y los hombres agorafóbicos a aquellos aspectos contextuales de la relación terapéutica que tenían que ver con la virilidad y el control de los acontecimientos en curso. Desde luego que estos fenómenos son bastante comunes en psicoterapia, sean cuales sean los síntomas del paciente. Sin embargo, parecen estar más acentuados en los pacientes agorafóbicos, quienes dan la impresión de estar más inclinados que el promedio de las personas a observar las claves contextuales y no verbales de las relaciones interpersonales, y a usar estas claves para "manipular" la relación de acuerdo a sus necesidades de compañía, protección y control. La relación entre la agorafobia y la dependencia de campo, demostrada por Rock y Goldberger (1978) en pacientes mujeres, tal vez pueda asociarse con nuestras impresiones clínicas⁴.

Contextos donde aparecen los primeros síntomas

Dado que la conducta agorafóbica está tan claramente dirigida a mantener la proximidad de personas familiares y confiables, valdría la pena discutir en este momento los contextos interpersonales en los cuales ocurren los primeros "síntomas". En nuestra muestra son aplicables las siguientes posibilidades con frecuencia variable:

⁴ En el estudio de Rock y Goldberger, las mujeres agorafóbicas claramente se diferenciaban de las fóbicas simples según las medidas de dependencia de campo. Los hombres agorafóbicos muestran la misma tendencia con respecto a los hombres con agorafobia simple, pero esta última diferencia no era estadísticamente significativa.

1. Los primeros ataques de angustia ocurren, estando solos y cuando adolescentes, en pacientes que ya han sufrido fobia escolar. En este caso, la aparición de síntomas coincide con un aumento genérico de las demandas ambientales de autonomía y el deseo de formar nuevos lazos afectivos como resultado de la maduración biológica. La transición desde la fobia escolar hasta la agorafobia ha sido descrita por Berg, Butler y Hall (1976) y por Berg, Marks, McGuire y Lipsedge (1974). En nuestra muestra, este desarrollo ocurrió en tres casos.
2. El inicio del síndrome se produce en una etapa de la vida caracterizada por la expectativa de independizarse de los padres como resultado de una próxima actividad laboral. Esto sucedió a cuatro de nuestros pacientes, lo que claramente calzaba con la observación de Weiss (1964) respecto a la emergencia de la sintomatología agorafóbica en una fase de la vida cuando la persona debe tender hacia la independencia.
3. Los primeros desórdenes agorafóbicos comienzan después de la pérdida de una persona que es afectivamente importante para el paciente. Por lo general, es la muerte de uno de los padres o el abandono formal por parte del cónyuge o compañero afectivo importante. En nuestra muestra, esto sucedió a seis pacientes.
4. Los primeros ataques de pánico ocurrieron inmediatamente antes o después del matrimonio o coinciden con la formación de lazos afectivos intensos. En estos casos, la relación entre el inicio de la agorafobia y un contexto de marcados cambios en la estructura de los vínculos afectivos parece particularmente evidente.
5. Las perturbaciones comienzan durante una crisis en la relación marital que lleva al paciente a *desear* o *imaginar* la posibilidad de separación del cónyuge, aun cuando por variadas razones considere imposible la separación.
6. Los primeros ataques de angustia coinciden con una alteración significativa del equilibrio en la relación interpersonal con la pareja (no considerada como una situación de crisis). Ejemplos de ello son el nacimiento de un hijo y la consecuente redistribución de las tareas domésticas entre marido y mujer, o un cambio en la actividad laboral de uno de ellos que lo vuelve más o menos independiente que antes. Este caso y los descritos en los puntos 4 y 5 son los estadísticamente más frecuentes en nuestra experiencia.

Usualmente es bastante fácil obtener esta información acerca del contexto interrogando directamente respecto a las circunstancias generales de vida al momento de los primeros ataques de angustia. Es casi una regla que los pacientes nieguen que esta condición contextual pueda explicar el origen de sus perturbaciones, ya que ellos la consideran sólo una fuente general de tensión o piensan que es importante de alguna manera, pero su queja más importante la atribuyen a una enfermedad somática independiente y misteriosa. Los argumentos que los pacientes ofrecen para negar la hipótesis de una posible conexión entre sus lazos afectivos y el origen de sus perturbaciones merecen ser ilustrados.

Ejemplo 1. Muchas parejas no se llevan muy bien, pero no se sienten físicamente mal como yo.

Ejemplo 2. Es cierto que el primer ataque lo tuve en un tren durante mi luna de miel cuando dejé mi ciudad natal. También es cierto que hasta unos pocos meses antes del matrimonio, yo viajaba frecuentemente en tren o avión sin ningún problema. Pero no veo la conexión que esto pueda tener con mi matrimonio. Yo amo a mi esposa y nos llevamos muy bien.

Ejemplo 3. Sí, poco a poco, después de casarme, renuncié a todos mis hobbies y amistades por ayudar a mi esposa a cuidar a nuestros hijos. También le dije que ella siempre fue sexualmente fría y no muy afectuosa. Pero todo esto ocurrió en un par de años. ¿Por qué de pronto me podría haber afectado, justo ese sábado cuando estaba en casa con ella y los niños?

Ejemplo 4. Sí, me angustio cuando pienso que me gustaría dejar a mi marido pero no puedo. No puedo porque estoy enferma y necesito que alguien me cuide. No es que me sienta realmente enferma cuando pienso que me gustaría dejarlo porque no me satisface. Sólo estoy un poco ansiosa, mientras que el día que estaba sola en la calle y me dio mi primer ataque, me sentí de verdad físicamente enferma, y en ese momento no pensé en mi esposo, sólo que estaba tan lejos de mi casa y que me sentía tan débil.

Cuando los eventos precipitantes son tan claros como es el caso en la mayoría de los agorafóbicos, los pacientes neuróticos generalmente son capaces de admitir que tiene que haber alguna conexión. Los agorafó-

bicos generalmente no lo admiten. Uno se queda con la impresión de que las teorías de la emoción propias de los agorafóbicos no les permiten reconocer la naturaleza afectiva de ciertos estados internos, de modo que son incapaces de relacionarlas con sus eventos vitales. Debemos tener esto presente cuando tratamos con los aspectos cognitivos de la agorafobia.

ASPECTOS COGNITIVOS

Nunca estoy menos solo que cuando estoy solo.

—Cicerón, *De Officiis*, Libro 3, Capítulo 1

Beck (1976, p. 161 ff.) ha llamado la atención sobre la equivocada creencia común de que el fóbico sabe que no hay ningún peligro en las situaciones temidas. Simplemente, el escuchar con cuidado hablar a los pacientes revela que ellos admiten que están exagerando los posibles peligros sólo cuando son alejados del "estímulo fóbico". Generalmente es fácil asegurar, en un interrogatorio directo, que, durante la *exposición* a las situaciones atemorizantes, los pacientes han fantaseado o tenido pequeños fragmentos de diálogo consigo mismos acerca de temas terroríficos. "Estoy solo; si me sintiera mal aquí, me podría morir antes de que alguien viniera a ayudarme", "Si me sintiera mal ahora, no podría escapar rápido", "Ellos verán que estoy enferma y haré el loco", "No seré capaz de llegar a casa", "Si el ascensor se tranca, me volveré loca". Estos son algunos de los fragmentos del *diálogo interno* durante la exposición a situaciones atemorizantes observado y relatado por los pacientes. En ocasiones, describen *fantasías* más o menos vívidas cuyo tema central la pérdida de control, la crítica, el escarnio o la indiferencia de observadores desconocidos hacia el sufrimiento del paciente, la agresión sexual, el ataque cardíaco y la muerte. Es importante reconocer en estas fantasías la presencia y el rol de otra gente, la ausencia de compañía confiable y la presencia de observadores desconocidos.

Efectivamente, para los agorafóbicos, en sus representaciones internas de situaciones que ellos rotulan como de "soledad", el rol de la otra gente es tal que podrían aplicarse a sí mismos la observación de Cicerón: "Nunca estoy menos solo que cuando estoy solo". Los pacientes fóbicos, en sus fantasías, no se ven a sí mismos como "solos", sino más bien rodeados de gente, a veces en muchedumbres, y esta gente, en sus fantasías, está

muy ocupada criticándolos, obstaculizando sus esfuerzos por volar a casa (la base segura), creándoles (queriéndolo o no) situaciones desagradables, sino peligrosas, etc. Las personas confiables también están representadas en los pensamientos de los fóbicos cuando están "solos", por ejemplo, en la calle: el paciente está ocupado calculando cuán lejos están ellas, cuán difícil sería para él llegar donde están, etc.

Es posible resumir las *representaciones internas* de los agorafóbicos en situaciones atemorizantes en tres categorías principales: pérdida de control, amenazas serias al bienestar físico e incapacidad de enfrentar un peligro externo.

Las imágenes y el diálogo interno que se refieren a la posibilidad de *perder el control* varían en intensidad y contenido caso a caso. Es importante recordar que en los agorafóbicos, "el miedo a la pérdida del control personal está entretelado con el miedo a la desaprobación social" (Beck 1976, p. 169). En ocasiones existe la idea de perder el control sobre las funciones fisiológicas, y la secuencia de representaciones internas que sigue tiene que ver con "hacer el loco", "ser ridículo" y anticipar la crítica y el desprecio de los observadores. Los pacientes se imaginan a sí mismos perdiendo el control de sus esfínteres, vomitando, teniendo una violenta excitación sexual que conduce al orgasmo espontáneo, no siendo capaces de coordinar los movimientos, quedándose tiesos o cayéndose al suelo. Estas fantasías, donde una calle llena de extraños actúa como escenario, implican una humillación social. Otros agorafóbicos imaginan que podrían perder el control de su conducta y su conciencia al punto de volverse locos. Estos pacientes se ven a sí mismos gritando insensateces, revolcándose en el suelo, sacándose la ropa, insultando a los transeúntes o haciendo gestos obscenos⁵. En este caso, también, el desprecio de los observadores está presente en la subsiguiente secuencia de imágenes: la llegada de la policía, forzándolo a internarse en un hospital psiquiátrico, etc. Para los agorafóbicos que enfrentan la posibilidad de perder el control,

⁵ Este tipo de imaginación intrusiva ha sido considerada por muchos clínicos como una demostración de que los agorafóbicos son "etiquetados" más adecuadamente como "obsesivo-compulsivos". En nuestra opinión, hay una diferencia fenomenológica entre las atemorizantes fantasías de los agorafóbicos de volverse locos y los "impulsos" de los obsesivo-compulsivos de gritar obscenidades, por ejemplo. Además, los agorafóbicos, en contraste con los obsesivos, no cavilan sobre el volverse locos cuando no se ven involucrados en las situaciones atemorizantes, no comprueban ni chequean sus "capacidades mentales" y no recurren a ritos para protegerse de la "locura".

el compañero de confianza es una persona más estable y controlada que sabrá cómo traerlos de vuelta a la realidad o evitar peligros serios.

Las representaciones internas centradas en la idea de una seria *amenaza al bienestar físico* son menos variables de caso a caso. A veces se limitan a la imagen de una indisposición física intolerable o un desmayo, pero generalmente conciernen a ataques al corazón o apoplejías. La secuencia imaginada esta vez incluye la indiferencia e impotencia de los extraños más que la humillación social. El compañero es considerado una persona capaz de asistir al paciente tan pronto como se siente mal, o de llevarlo a un centro de primeros auxilios, etc.

Las representaciones internas dominadas por la *idea de un peligro externo* pueden adoptar la forma de una agresión sexual, un robo, verse involucrado en una demostración masiva violenta, un tiroteo entre bandas y la policía. Aquí, nuevamente, está presente la idea de que los extraños pueden ser hostiles y peligrosos. El compañero confiable es visto como una persona lo suficientemente fuerte como para proteger al paciente de estos peligros, que él o ella no podría manejar solo.

Cuando los agorafóbicos llegan a terapia, generalmente han fracasado en sus intentos de resolver sus problemas mediante la reafirmación de los médicos ("Usted no está físicamente enfermo; sus perturbaciones se deben a su ansiedad") y el uso de sedantes. Este fracaso ocurre porque las soluciones adoptadas son incorporadas al problema mismo: la angustia es considerada una amenaza a la salud física y mental ("Un ataque de ansiedad puede causar un ataque al corazón", "Si soy presa de la angustia, no se me pasará y me volveré loca") y las drogas son vistas como sustancias extrañas y potencialmente peligrosas ("Me hacen aún más débil", "Cuando tomo medicamentos, me siento rara. Me temo que reduce aún más mi control", "A la larga, los sedantes me hacen mal al corazón", etc.). Una y otra vez, los pacientes son dejados con su propio diagnóstico del problema ("Estoy enfermo") y la solución consecuente, lógica para ellos: "Necesito a alguien confiable cerca todo el tiempo".

A fin de obtener mayor información sobre las reglas profundas del paciente y sus estructuras cognitivas (y sobre todo, en muchos casos, para lograr un resultado terapéutico estable), tenemos que romper la barrera creada por el diagnóstico del propio paciente acerca de su problema. Y por supuesto, para romperla, debemos usar los elementos que la constituyen.

Generalmente usamos la estrategia de comenzar a discutir con los pacientes su visión acerca de las experiencias emocionales. Entonces les aclaramos qué tipo de presuposiciones básicas están necesariamente implícitas en las representaciones internas que acompañan a sus "síntomas". Finalmente, describimos qué tipos de experiencias en la niñez y adolescencia podrían haberlos llevado a estas presuposiciones básicas. De más está decir que mientras se realiza este tipo de evaluación, se aplican a los pacientes las técnicas terapéuticas que puedan aliviarlos de tantas limitaciones y sufrimientos como sea posible. La integración de los procesos de evaluación, reestructuración cognitiva y técnicas de terapia conductual se analiza en la última sección de este capítulo.

Como ya hemos visto, los agorafóbicos están continuamente tratando de estar cerca de figuras familiares (protectoras), aunque a menudo no reconocen ninguna conexión entre su aflicción y el contexto donde surgió, aun cuando en ese contexto hayan ocurrido cambios reales o esperados en cuanto a la proximidad de figuras protectoras (por ejemplo, muertes, nuevas actividades laborales, matrimonio y consiguiente separación de anteriores ambientes familiares). Para exponer la teoría personal de las emociones que permite un reconocimiento fallido, podemos comenzar inquiriendo si el paciente está o no suficientemente consciente de la relación entre las variaciones de los vínculos afectivos y la sensibilización emocional. La mayoría de nuestros pacientes agorafóbicos posee la noción de que las variaciones en los vínculos afectivos pueden producir emociones intensas por sí mismas, pero sólo en una forma muy primitiva o inarticulada. Generalmente reconocen que una persona puede sentirse triste al ser abandonada o desear volver con su pareja. Sin embargo, ignoran la gama de emociones posibles, que de hecho pueden ser de considerable extensión, complejidad e intensidad. Más aún, sus ideas de soledad se focalizan en las consecuencias prácticas —particularmente la falta de apoyo cuando lo necesiten— y, en el otro extremo, en fantasías acerca del amor romántico y aventuras sexuales excitantes como remedio para su soledad existencial.

Los agorafóbicos desconocen aún más que pueda haber una forma de control recíproco en una relación interpersonal que vaya más allá del efecto inmediato o directo de una demanda, una orden o una "maniobra seductora". También, en este caso, se hacen notar y considerar los aspectos prácticos y concretos del control que una persona puede ejercer sobre otra.

Los agorafóbicos generalmente están convencidos de que es posible ejercer un control *directo* sobre las propias emociones. No están conscientes de que cambiando los pensamientos, fantasías y acciones es el modo en que ellos, como todos los seres humanos, logran el control sobre sus emociones. Como consecuencia, cada estado de excitación autonómica que no parezca ser objeto de autocontrol a través de la "fuerza de voluntad", no es considerado de naturaleza emocional, sino más bien un síntoma de enfermedad física o psíquica. El siguiente ejemplo puede aclarar cómo opera la teoría de las emociones en un agorafóbico.

Paul, un exitoso ingeniero de 35 años, desarrolló agorafobia después de tres años de casado, poco después del nacimiento de su segundo hijo (no planificado). Su escepticismo verbal acerca de una posible relación entre su nuevo estatus como hombre casado y padre, por un lado, y sus fobias, por el otro, es relatado en el Ejemplo 3, p. 230. Dos meses antes de ese sábado en que experimentó, mientras estaba en su casa, la atemorizante "sensación de volverse loco", había quedado atrapado en un ascensor por 10 minutos junto a tres colegas. No relató haberse sentido atemorizado o muy afligido durante la experiencia, y de ninguna manera "claustrofóbico". Sin embargo, fue capaz de acordarse —respondiendo a la insistencia del terapeuta de que recordara sus pensamientos de ese sábado en particular— que súbitamente había tenido la impresión que su casa era "como un ascensor cerrado" justo unos minutos antes de la atemorizante sensación de enloquecer. Durante este recuerdo, se veía tenso y atemorizado. Dijo: "Las puertas y las ventanas estaban abiertas, y podría haber salido cuando quisiera, así que el haber tenido tales ideas demuestra que me estoy volviendo loco". El terapeuta sugirió que tal vez la idea podría ser considerada como una metáfora que se estaba ofreciendo a sí mismo respecto a la evaluación emocional de su contexto familiar, dado que de hecho estaba "atrapado" en la casa por las demandas de su esposa de ayuda y compañía y por sus obligaciones con los niños. La rápida respuesta del paciente fue que esto era imposible: "Una emoción es algo que yo puedo controlar, mientras que la sensación de opresión persistió y creció hasta convertirse en una gran agitación; los requerimientos de mi esposa no son como puertas cerradas —Yo puedo salir incluso si ella me pide

quedarme... El problema ahora es que me da miedo salir sin ella, por si me sintiera mal nuevamente”.

Luego de asegurarnos de la teoría de las emociones del paciente, generalmente nos concentramos en aquellas creencias de orden lógico superior que están implícitas en las representaciones internas de los agorafóbicos en situaciones atemorizantes. Es fácil llegar a las siguientes conclusiones.

En primer lugar, los agorafóbicos creen que únicamente los miembros de su familia o gente que ellos conocen muy bien están deseosos de ayudarlos en caso de peligro o indisposición. Los extraños son considerados indiferentes, más proclives a la crítica y hostilidad que a brindar ayuda. Muchas circunstancias son interpretadas como constricciones problemáticas, aun cuando los pacientes mismos hayan escogido estas circunstancias. Ellos pueden terminar considerando el ambiente como una constante fuente de obligaciones y constricciones que están seguros *no pueden* tolerar. A menudo, los agorafóbicos pueden cambiar rápidamente su evaluación de ciertas situaciones incluso sin darse cuenta: pueden fluctuar entre ver una situación como basada en sus propias necesidades a ver la misma situación como impuesta desde afuera. El siguiente relato literal de una paciente agorafóbica que además sufría de dolor de espalda recurrente ejemplifica este fenómeno:

P: Sabe, doctor, desde la última sesión el dolor de espalda ha vuelto nuevamente. Hace casi un año que lo sufrí por última vez... Los masajes me aliviaron bastante la última vez, así que *decidí* ir de nuevo al mismo salón de masajes. Fui el lunes, y pareció funcionar... Oh, la idea de *tener* que ir de nuevo a ese mismo lugar mañana me molesta tanto...

T: ¿Estaba molesta cuando usted *decidió*, el lunes, que lo mejor que podía hacer era ir al salón de masajes?

P: Bueno, no, en realidad no...

T: Entonces mejor, ¿por qué no *decide* no ir mañana, si eso le molesta?

P: Oh, doctor, ¿cómo voy a hacer eso? ¡*Tengo* que ir! (Esto transmite la idea de que era una imposición externa).

Este fenómeno puede recordar al lector las teorías de agorafobias que tienen que ver, de una u otra manera, con la supuesta falta de diferenciación,

en estos pacientes, entre yo y no yo (ver, por ejemplo, Frances y Dunn 1975; Rock y Goldberger 1978; Nota 15 de este capítulo). Nuestras observaciones clínicas directas no nos permiten teorizar en relación a la “autodiferenciación” de los agorafóbicos. Sin embargo, podemos afirmar con confianza que la típica visión de sí mismos de los agorafóbicos calza con su visión de la realidad como indiferente, hostil o coercitiva (con excepción de las figuras familiares). Es casi tautológico decir que, en vista de una realidad concebida como no apoyadora y coercitiva, los agorafóbicos se ven a sí mismos como un tanto débiles (por ejemplo, necesitando apoyo) y rebeldes (por ejemplo, necesitando libertad). Esta vaga sensación de debilidad personal está inevitablemente implícita en la representación interna de los agorafóbicos en situaciones atemorizantes; haciéndoles preguntas simples y directas es también bastante fácil obtener declaraciones definitivas de debilidad por parte de los pacientes.

Sin embargo, la percepción de debilidad no disminuye la autoestima de los agorafóbicos. Así, sus creencias acerca de su debilidad e inferioridad pueden distinguirse fácilmente de aquellas de los pacientes deprimidos (en quienes su creencia de inferioridad real va acompañada por la idea de una falta de *valía* personal) y de aquellas de la gente que sufre angustia social (en quien el temor a ser juzgada pobremente al ser reconocida como “inferior” o débil se acompaña por una falta de destrezas interpersonales para esconder sus defectos asumidos). En otras palabras, los agorafóbicos se consideran a sí mismos débiles pero “queribles”, y físicamente inferiores debido a una enfermedad, pero no carentes de destrezas interpersonales básicas; culpan a los otros más que a ellos mismos cuando piensan que pueden ser criticados⁶. Su “debilidad” se relaciona con una misteriosa falta de energía que se interpone con su anhelada capacidad usual de autocontrol. Si esta enfermedad misteriosa se esfumara, los pacientes están seguros que su recuperada habilidad para controlar sus propias emociones,

⁶ Esta es una exageración intencional. Se ha hecho para aclarar la diferencia entre la organización cognitiva de los depresivos y los agorafóbicos. Desde luego que en la naturaleza las cosas no son tan nítidas como en nuestras reconstrucciones. En la práctica clínica, se encuentran continuamente *algunos* pacientes agorafóbicos que sí comparten muchas de las actitudes y “síntomas” de los depresivos, y “síndromes mixtos” u “organizaciones cognitivas mixtas” (por ejemplo, rasgos de agorafobia y desórdenes alimenticios en el mismo paciente, o rasgos obsesivos y de desórdenes alimenticios en otro paciente). Sin embargo, también hay muchos casos “puros” donde las diferencias descritas pueden ser detectadas fácilmente. Al categorizar nuestra muestra de pacientes de acuerdo al diagnóstico, nuestra decisión

su conducta y el ambiente borraría cualquier signo de su "inferioridad" temporal. Con la excepción de pacientes con fobias de larga duración, que han aprendido a verse a sí mismos como indefensos debido al fracaso de sus repetidos intentos de librarse de sus limitaciones, los agorafóbicos por lo general no son personas culposas. Si así fuera, el autoculparse se limita a evaluaciones negativas de la propia capacidad de autocontrol y generalmente no se extiende a la identidad personal global como lo hace típicamente el paciente depresivo. Incluso en casos avanzados de agorafobia, es bastante usual oír afirmaciones tales como: "Cuando me recupere de esta maldita enfermedad, seré la persona más libre y emprendedora del mundo"⁷.

Habiendo logrado esta visión general de las cogniciones y presuposiciones básicas del paciente, podemos preguntarnos qué tipo de influencias del desarrollo pueden haber ayudado al paciente a construirlas.

se basó en los rasgos sintomáticos fundamentales cada vez que había una mezcla de elementos que pertenecían a distintos síndromes. A continuación, un típico ejemplo de cómo tomábamos nuestra decisión de "diagnóstico":

Una mujer de unos 30 años pidió tratamiento debido a su incapacidad de viajar sola, incluso distancias cortas, *fuera de la ciudad*. Era muy delgada y se quejaba de frecuentes dolores de estómago que le impedían comer. Evitaba un solo tipo de situación de "tumulto": los restaurantes. Mientras caminaba por lugares desconocidos y distantes de la ciudad, llevaba consigo un paquete de galletas, pues tenía miedo de desmayarse como consecuencia de su "debilidad", la que atribuía a su escasa dieta. (Los agorafóbicos generalmente llevan consigo tranquilizantes, no galletas, como medida de seguridad cuando se alejan de entornos familiares). La paciente fue catalogada en el grupo de "desorden alimenticio" (anorexia nerviosa).

⁷ Podemos dar muchos ejemplos de la "necesidad de libertad" de los agorafóbicos. Para mayor brevedad, aquí nos limitaremos a los casos más comunes. Muchos pacientes agorafóbicos relataron frecuentes sueños nocturnos de agradables viajes a lugares exóticos.

a. Casi todos los agorafóbicos afirman enérgicamente que no pueden soportar ser sometidos a los deseos y órdenes de otra persona.

b. "Detesto las actividades laborales que involucran rutina" y "No quiero trabajar con un jefe" son afirmaciones bastante comunes.

c. Uno de nuestros pacientes ofrece quizás el ejemplo más claro de esta "necesidad de libertad". En la confinación de su hogar durante seis años de enfermedad, aprendió dos idiomas y estudió la geografía de varios países, teniendo siempre presente su deseo de "viajar y ser libre".

ASPECTOS DEL DESARROLLO

El miedo al peligro es diez mil veces más atemorizante que el peligro mismo.

—D. Defoe, *Robinson Crusoe*

En nuestra muestra clínica, los pacientes invariablemente recordaban un tipo de experiencias infantiles que garantizaban el desarrollo de las cogniciones recién descritas. Esta clase de experiencias involucra serios obstáculos a la exploración autónoma y por lo tanto a una separación activa de las personas protectoras. Como notarán los lectores a partir de la siguiente descripción, nuestros resultados son compatibles con las cuatro pautas de interacción familiar identificadas tentativamente por Bowlby (1973, Cap. 19) como características de la agorafobia.

Frecuentemente, los pacientes reportan haber experimentado obstáculos directos a la exploración autónoma del ambiente fuera del espacio doméstico, recordando, por ejemplo, las siguientes situaciones: ser disuadidos por los padres (generalmente la madre) de salir solos de la casa incluso por períodos cortos de tiempo, haber permanecido en casa durante períodos de convalecencia más largos que los necesarios después de enfermedades menores y no permitírseles salir a jugar con los amigos. Invariablemente, los padres no presentaban estos obstáculos al desapego y a la autonomía como sus propios deseos; por ejemplo, nunca afirmaron explícitamente que prefirieran tener a sus hijos cerca por su propio placer o por compañía. Más bien, las razones para prohibirles su autonomía siempre tenían que ver con una supuesta debilidad del niño, ya sea absoluta o relativa a dificultades hipotéticas del ambiente extradoméstico. En otras palabras, los padres negaron o restringieron la autonomía del niño —a menudo más allá de la adolescencia— enfatizando su "debilidad" ("Eres delicado", "No estás sano", "No te das cuenta de los peligros de la calle", "No sabes controlarte delante de extraños") y los peligros del ambiente exterior ("son muchachos malos —no debes jugar con ellos, es peligroso", "Si sales solo a la calle, te podrían atacar", "Te puede atropellar un auto", "Si te pierdes, nadie te ayudará").

Cuando no hay tal restricción directa a la exploración autónoma, inevitablemente existe una restricción indirecta. El ejemplo más común es el padre o madre que amenaza con abandonar la familia o suicidarse, que

dice que desea morir, o que se queja (generalmente sin una razón válida) de estar afectado de una enfermedad que le ocasionará la muerte en poco tiempo. Otro ejemplo común es el progenitor que sufre de angustia crónica debido a la soledad. Generalmente se trata de una mujer que se siente atemorizada cada vez que el esposo se atrasa un poco, y grita su temor de que haya tenido un accidente. A veces la madre es agorafóbica y no tolera ninguna separación de su esposo⁸.

Cabe señalar que casi ningún paciente agorafóbico vivió durante la niñez una separación *real* de alguno de sus progenitores. Generalmente el desapego es temido y por lo tanto imaginado junto a una secuencia de efectos hipotéticos. Imaginándose el desapego como un peligro inminente, el niño evita dejar la casa tanto como es posible y trata de quedarse cerca del padre que él o ella tiene miedo de perder.

Es comprensible cómo un futuro agorafóbico puede rumiar la idea de ser débil e incapaz de encarar las dificultades ambientales. A pesar de los peligros imaginarios y los obstáculos creados por los padres, la conducta exploratoria posee una fuerte motivación genética. Por lo tanto, cabría esperar que los niños luchan por superar sus temores y los peligros externos. Pueden intentar ganar confianza en sí mismos y libertad mostrándole a sus padres que saben controlarse, o construyendo una imagen fuerte y confiable de sí mismos para luchar contra los peligros imaginarios. En cualquier caso, ellos han tenido varias experiencias que prueban que los demás pueden ser coercitivos sin haber tenido la posibilidad de discutir estas restricciones a la libertad con las personas responsables. De hecho, los padres se niegan a admitir que están ejerciendo una limitación: ellos afirman que lo que realmente hacen es proteger a sus hijos del peligro.

La única manera que los niños tienen de resolver la brecha entre la constricción objetivamente experimentada y las protestas ante el deseo de protegerlos, es mantener la idea de que hay algo coercitivo en el mundo

⁸ Extrañamente, en nuestra muestra clínica nunca tuvimos padres agorafóbicos de hijos agorafóbicos en tanto que cinco de nuestras pacientes mujeres y un paciente varón tenían madres que claramente sufrían de agorafobia, lo que agrega la posibilidad de un aprendizaje por imitación como un factor del desarrollo en el futuro agorafóbico. Esto no significa que los padres agorafóbicos no existan o que no aporten experiencias de modelaje negativo a sus hijos. Dos pacientes hombres drogadictos tratados por un miembro de nuestro grupo tenían padres agorafóbicos. Tres de nuestros pacientes varones que sufrían desórdenes psicósomáticos y angustia crónica también tenían recuerdos de padres reclusos en su casa.

dentro del ámbito del conocimiento tácito. Cuando no hay coerción directa de los padres, como en el caso de aquellos que hablan acerca de su propia muerte y abandono, igual hay cierta razón para que los niños se sientan solos, desprotegidos y por lo tanto débiles ante las dificultades del mundo externo. Por lo tanto, ellos tratarán de mantener su proximidad a las figuras protectoras, y en este esfuerzo sacrificarán su tendencia biológica hacia la exploración activa. Podemos asumir que este sacrificio deja atrás una oscura añoranza de libertad.

Es importante enfatizar que todas estas tempranas construcciones de soledad, peligros ambientales, debilidad personal, autocontrol y libertad están basadas en descripciones verbales de otras personas y en la imaginación individual más que en experiencias concretas. La única experiencia concreta es la limitación de la propia tendencia a explorar el ambiente, y esta experiencia nunca puede verbalizarse. Aparentemente, la experiencia concreta de aislamiento y soledad durante la niñez produce desarrollos cognitivos distintos en que no hay una presencia tan fuerte del miedo, como aquellos que se encuentran en la depresión.

Como ya hemos señalado, la idea de ser sustancialmente débil, inferior o diferente a los demás no reduce la autoestima de los futuros agorafóbicos. Por el contrario, rodeados como están por la atención protectora de sus padres, con frecuencia tienen suficientes razones para imaginarse a sí mismos como personas particularmente queribles que merecen atención. También, cuando una figura de apego amenaza con abandonarlos, ellos no se consideran indignos de amor, sino, a lo más, no lo suficientemente queribles como para impedir el desapego de los padres. La madre de un paciente nuestro, frecuentemente decía cuando él era niño: "Oh, mi pequeño y amado niño, cuán triste me siento ante la idea de que a lo mejor me voy a morir y te abandonaré a ti, a quien tanto amo".

ORGANIZACIÓN COGNITIVA EN LA AGORAFOBIA

El hombre más libre es el hombre más solitario.

—H. Ibsen, *An Enemy of the People*

El núcleo de la organización cognitiva de los agorafóbicos es el conocimiento tácito de una limitación experimentada en su libertad personal de explorar el mundo, añadido a un esquema emocional en el cual la

autoimagen tiene un atributo hipotético de debilidad. La necesidad de libertad (autonomía) y la necesidad de protección (“dependencia”) —o, alternativamente, el miedo a la coacción y el miedo a la soledad— son los aspectos conflictivos de este núcleo ideacional.

Frances y Dunn (1975), partiendo desde el punto de vista psicoanalítico, llegaron a conclusiones similares a las nuestras. Desde este núcleo de conocimiento incuestionable (“núcleo duro metafísico”), los agorafóbicos adoptan una actitud hacia sí mismos y la realidad externa fácilmente identificable: en tanto son capaces de mantener el *control* sobre sus propias “debilidades” y los peligros de un ambiente poco familiar, se sienten seguros. El esquema emocional “positivo”, relacionado con su capacidad de obtener amor y atención, les permite construir una identidad personal en la cual el atributo de ser “capaz de autocontrol” tiene fácil cabida. Las teorías de autoidentidad que se originan de esta actitud controladora se desarrollan gradualmente: las emociones personales son igualadas con las emociones controlables; la confianza en sí mismo se basa en la confirmación de la habilidad de uno para obtener atención positiva de gente protectora y resistir las presiones, así como evitar la crítica de personas coercitivas y hostiles; la autoestima se mantiene en tanto el autocontrol es confirmado.

La actitud controladora hacia la realidad es revelada por los modelos representacionales que los agorafóbicos tienen del mundo externo. Su atención se focaliza en las dicotomías de las características de las personas y situaciones, tales como receptivo-rechazante, protector-indiferente, amistoso-hostil, dominante-sumiso y coercitivo-no controlador. Como hemos visto, las reglas para asimilar las nuevas experiencias son tales que hacen que el individuo se concentre más en los aspectos formales que en los reales de una relación, dado que los primeros revelan más rápidamente cómo puede controlarse la relación. La regla para la solución de problemas cotidianos también depende marcadamente de esta actitud controladora básica; cada vez que surge un problema interpersonal, la solución cae en una de las siguientes categorías: pelea (una figura considerada agresiva), fuga (de coerciones, rutinas o lazos afectivos con parejas controladoras) o dominio (toda situación distinta, de modo que el manejo pueda asegurar la libertad).

Muchos ejemplos anecdóticos podrían ilustrar cómo esta organización cognitiva funciona regulando la conducta cotidiana. Por ejemplo:

1. La mayoría de los pacientes agorafóbicos varones de nuestra muestra eran bastante emprendedores y exitosos en sus trabajos, por lo menos antes del inicio de sus perturbaciones. También eran bastante diestros socialmente, extrovertidos y asertivos. Parecían esforzarse para manejar todas las situaciones interpersonales (ver Liotti y Guidano 1976).
2. Un buen porcentaje de nuestros agorafóbicos —mujeres y hombres— se describían a sí mismos antes del comienzo del síndrome clínico como muy renuentes a establecer vínculos afectivos estables y comprometidos. No eran personas tímidas, sin embargo tenían muchas aventuras superficiales, cargadas predominantemente por intereses sexuales. Con frecuencia se detectaban actitudes seductoras en estos pacientes que parecían estar orientadas a controlar la conducta de la otra persona, obteniendo atención positiva o “manipulando” la relación.
3. La disfunción orgásmica es una queja frecuente en las mujeres agorafóbicas (60% en nuestros registros, 53% en Roberts 1964, p. 193). Había muchos indicios que sugerían que esta perturbación se relacionaba con un esfuerzo casi deliberado por mantener el control de la relación con la pareja sexual. Algunas pacientes expresaban explícitamente la idea que tener un orgasmo significaba “perder el control” y “estar a merced del otro”. Casi todas las pacientes con tales quejas encontraban que era más cómodo estar en la posición superior cuando tenían sexo, y cuando sucedía lo contrario, se sentían “oprimidas” y “dominadas”.
4. Nuestros pacientes cavilaban mucho, durante su vida, respecto al problema de prevenir y controlar las situaciones interpersonales en donde la otra persona podría tornarse agresiva. La mayoría de ellos, sin embargo, realmente no se asustaba mucho ante la idea de la violencia y eran también bastante capaces de reaccionar agresivamente. Tres de nuestros pacientes varones solían portar armas en sus autos o en su cinturón; lo que ningún otro paciente en nuestra muestra general hacía. Cuando se les preguntaba sobre este hábito, un paciente respondió: “Quiero estar en una posición superior, incluso frente a un hombre más fuerte, por si él me amenazara de alguna manera”.
5. Sin excepción, cuando era posible para los pacientes recordar sus fantasías durante su adolescencia, éstas contenían temas tales como: “No

quiero someterme a nadie en mi vida”, “Nunca trabajaré a las órdenes de un jefe”, “No quiero casarme ni tener amarras”, “Me gustaría viajar mucho y estar libre de cualquier limitación”, “La libertad es lo mejor del mundo”.

Mientras la organización cognitiva precedente se construye exitosamente y es mantenida mediante experiencias reafirmantes, se asegura un equilibrio entre las necesidades opuestas de protección y libertad; desde luego, sin permitir ningún cambio en el “núcleo duro metafísico” de donde proviene. Los pacientes agorafóbicos cuyas perturbaciones se han desarrollado como una transición adolescente desde una fobia escolar obviamente no alcanzan este equilibrio, pero son una minoría dentro de la población agorafóbica total. Otros adultos agorafóbicos sí recordaban haber sufrido fobia escolar o de otro tipo durante su niñez (alrededor del 50% en la muestra de Roberts 1964, p. 192; más o menos el 29% en la nuestra), pero se habían recuperado y permanecido bien hasta el inicio del desorden actual. En sus recuerdos del período de bienestar anterior a la agorafobia adulta, el terapeuta frecuentemente podía detectar “rasgos” tales como una inclinación a la ansiedad o una tendencia a preocuparse, pero no eran tan importantes como para negar, en una descripción global de la “personalidad premórbida” de la mayoría de los pacientes, que fueran fundamentalmente vivaces, extrovertidos y emprendedores. El salir solo no crea problemas. El individuo generalmente puede viajar sin ninguna incomodidad subjetiva y apreciar mucho la experiencia. Únicamente una cuidadosa investigación clínica podría revelar las debilidades y contradicciones de la organización cognitiva subyacente.

El precio a pagar por tal equilibrio es, sin embargo, bastante alto. Al tener que concentrarse en los aspectos formales de las relaciones humanas y en los aspectos prácticos del control inter e intrapersonal (recuerden la heurística positiva de Lakatos), los futuros agorafóbicos carecen del conocimiento del poder y las sutilezas de las reacciones emocionales humanas para cambiar en la red de vínculos de apego (recuerden la heurística negativa de Lakatos). Al estar atados por su decisión infantil o adolescente a evitar cualquier expresión de “debilidad” personal, estos individuos no pueden “cultivar” (y por lo tanto reconocer) ninguna emoción que pudiera percibirse como un sinónimo de debilidad. Al escapar rápidamente de cualquier relación afectiva comprometida, ellos no pueden asegurar ade-

cuadamente qué tipo de rasgos personales serían deseables en un compañero de vida. Al elegir pareja, frecuentemente juzgan mal las características personales que ellos buscaron en la gente durante toda su vida, como por ejemplo, actitudes no controladoras y protectoras. El siguiente extracto de una entrevista con una pareja constituye un ejemplo contundente de este tipo de error de juicio.

H: Recuerdo que decidí casarme con mi esposa más que nada porque es librepensadora. No me controlaba continuamente. No habría sopor-tado ser supervisado constantemente por una mujer, como hacía mi madre (que posiblemente era agorafóbica) con mi padre.

T: ¿Cómo supo usted que su esposa era librepensadora?

M: (*Adelantándose*). Creo que se impresionó mucho cuando le dije, antes del matrimonio, que no me habría importado que él tuviera relaciones sexuales superficiales con otras mujeres estando casado conmigo. Lo único que quería y pedía es que se me informara de tal relación, para asegurarme de que realmente fuera superficial.

H: Sí. Eso fue muy impresionante. Nunca había escuchado nada parecido de una mujer antes. Eso demuestra cuán poco controladora era.

Lo anterior muestra cuán claramente “controladora” era la mujer en realidad: ella *quería saber cada detalle del comportamiento de su marido con otras mujeres*, para asegurarse de que él no estuviera enamorándose de ellas. Después de cuatro años de matrimonio, durante los cuales el marido ocasionalmente tenía relaciones sexuales con otras mujeres y cada vez se lo contaba a su esposa, él sintió, y realizó, el “gracioso deseo” de tener una relación extramarital “secreta”. Su esposa (revelando nuevamente una inclinación extrema a supervisar a su esposo) descubrió la infidelidad secreta de su marido. Ella se vengó, teniendo a su vez su primera relación extramarital, y se lo hizo saber a su esposo junto con sus razones. Poco tiempo después, él se tornó agorafóbico, presumiblemente por la inevitable sensación de ser controlado y debido al temor agregado de ser abandonado por su mujer si es que él nuevamente “elegía la libertad”. Varias mujeres agorafóbicas de nuestra muestra escogían a su marido porque era calmado, protector, estable y “el tipo de hombre que no te abandona”, sólo para descubrir, poco después, que él en realidad era indiferente, apático, pasivo y el tipo de hombre que pide: “Déjenme solo, por favor”.

Ahora es fácil entender cómo los eventos precipitantes descritos en p. 228ss pueden causar descompensaciones en la organización cognitiva de los agorafóbicos. El crear nuevos vínculos afectivos, romper los antiguos o percibir un creciente aislamiento o coerción en las relaciones fundamentales existentes, puede llevarlos a situaciones de vida que no pueden ser tratadas en términos de "autocontrol". El matrimonio es un ejemplo sencillo; los pacientes tienen razones para las representaciones internas en curso concernientes tanto a la separación de sus padres "protectores" como a la creación de un nuevo vínculo que restringe su libertad. Experiencias emocionales bastante fuertes derivan de estas representaciones. Los pacientes no poseen estructuras cognitivas articuladas capaces de lidiar con estas emociones. Se necesita una rotulación y una atribución causal adecuadas para que una experiencia emocional sea articulada y manejable. Las emociones carentes de rótulos cognitivos y atribuciones causales son reconocidas como excitaciones autónomas desagradables y alarmantes (Marshall y Zimbardo 1979; Maslach 1979). Cuando las representaciones de soledad (debido al desapego de personas protectoras) y de constricción (debido al nuevo vínculo) se hacen suficientemente frecuentes y vívidas, la activación autonómica se vuelve tan intensa que el individuo las considera síntoma de una enfermedad. Tal interpretación produce a su vez un nuevo temor que únicamente empeora la incomodidad física y cierra el círculo vicioso⁹.

Incluso si un médico consultado explica que el ataque fue de tipo emocional y el paciente acepta esta explicación como válida, el problema no cambia: la *naturaleza* de esta emoción asumida sigue siendo desconocida, la emoción misma no es controlable, y por lo tanto, las representaciones de una amenaza *externa al sí mismo* continúan intactas. Tales pacientes empiezan a pensar en la pérdida de la razón como una amenaza latente y como la causa oculta de sus "emociones" dolorosas y misteriosas.

⁹ Cuando no es el matrimonio, sino uno de los otros eventos vitales enumerados en pp. 228ss, el que constituye el contexto en que emerge la agorafobia, es también muy simple entender cómo los pacientes podrían tener representaciones de desapego de figuras protectores y/o nuevas situaciones de vida constrictiva. Como dijimos en pp. 229ss, los pacientes por lo general recuerdan haber tenido dichas representaciones, pero niegan que ellas hayan tenido alguna conexión con las perturbaciones experimentadas concomitantemente, y esto porque sentían que ellos aún tenían el control. Si estas perturbaciones fueran "realmente" de naturaleza emocional, ellos habrían sido capaces de "controlarlas"; éste era su principal argumento.

Dado que las cogniciones básicas relativas a su visión del mundo como algo restrictivo y de sí mismos como débiles frente a extraños hostiles están más que nada dentro del ámbito del conocimiento tácito, estos pacientes generalmente experimentan las vivencias sólo en la forma de imágenes intrusivas evocadas por situaciones de constricción *física* o soledad. Podríamos decir que los esquemas emocionales primitivos son activados por experiencias concretas de soledad y constricción y que amplifican la apariencia, en tales circunstancias, de imágenes y cogniciones del tipo "Tengo que salir de aquí tan pronto como sea posible" (ver la discusión de "sistema de creencias duales" —con la procesión de imaginaria somática, fantasías visuales y evaluación infantil de posibles peligros que siguen a la activación del "sistema" primitivo inmaduro— en Beck 1976, pp. 161-165). Es fácil demostrar clínicamente en muchos casos la coherencia entre imágenes infantiles con las cuales la conducta exploratoria fue impedida por los padres y las imágenes visuales y somáticas que ahora afloran en el flujo de la conciencia del agorafóbico adulto¹⁰.

Cabe recordar que cuando son confrontados con esta tormenta de imágenes intrusivas y emociones eminentemente desagradables, los

¹⁰ Algunos ejemplos:

- a. Un paciente cuya madre se había preocupado mucho de su "debilidad" física, experimentaba "imaginaria somática" respecto al dolor en su pecho cuando de niño se encontraba en situaciones de soledad (ver Beck 1976, pp. 204-206). Cuando era niño había sufrido recurrentes enfermedades respiratorias y al pulmón. Su madre solía decir: "¡Tápate, cuida tu pecho!" y "¡No salgas, vas a tener tos nuevamente, eres débil, tus pulmones están siempre enfermos!".
- b. Cuando una de nuestras pacientes era niña, sus padres solían hablar de "los peligros de la calle". Ella recordaba que su madre siempre comentaba episodios de violencia sexual de los periódicos. Cuando ella era una adolescente, su padre le había prohibido "tiránicamente" salir sola "pues podría convertirse en una prostituta". Con esta afirmación implicaba que ella no sería capaz de resistir tentaciones ni propuestas sexuales si estuviera sola en la calle. Cuando, poco antes de su matrimonio se tornó agorafóbica, esta paciente temía la agresión sexual y tenía fantasías visuales de sí misma "petrificada" e "incapaz de hacer un solo movimiento" como consecuencia de los cumplidos sexuales de los transeúntes.
- c. Otra paciente escuchaba frecuentemente de sus padres: "Eres una ahomburada". Su madre continuamente trataba de reprimir de cualquier manera posible su "conducta demasiado vivaz". No le permitía salir ni jugar con los "chicos malos" de la calle. Cuando se desarrolló su agorafobia, esta paciente temía perder el control y hacer gestos obscenos y agresivos. También tenía miedo de tornarse sexualmente agresiva con otras mujeres en la calle y "descubrir" que ella "realmente" era homosexual.

pacientes agorafóbicos son capaces de pensar sólo en términos de *control*. Aterrorizados, se preguntan cómo pueden controlar esta nueva amenaza. Recurren a médicos, drogas, fuerza de voluntad, distracción, descanso y, sobre todo, a la compañía de personas apoyadoras que puedan controlar el peligro que ellos temen no poder controlar por sí mismos. Como consecuencia de estas operaciones, la actitud controladora —que en nuestro uso metafórico de la terminología de Lakatos, constituye el fundamento del “cinturón protector”— se ve fortalecida. El cinturón protector se hace más firme y protege aún más al núcleo duro metafísico de ser reconocido y criticado. Subjetivamente, aparece y se desarrolla una idea focalizada en el temor de una pérdida de control.

A estas alturas del desarrollo del síndrome, la posición de la pareja puede ser muy especial. Si el matrimonio es insatisfactorio, la pareja aún puede ser percibida como una figura negativa en la vida del paciente, pero aun así es una de las pocas personas que pueden asegurar protección y control. Frecuentemente, la situación original donde se asumía el núcleo duro metafísico es recreada en la vida actual del paciente. Hay cerca una persona más fuerte y segura de sí misma, que es considerada como indispensable aun si ella limita la libertad del paciente. Tales pacientes una vez más se perciben a sí mismos como débiles y necesitados de protección. Estas percepciones son consideradas como absolutamente ciertas. La evitación de situaciones de soledad y constricción en que las imágenes y emociones intrusivas y perturbadoras fueron experimentadas y de otras situaciones similares (generalización), confirma la creencia de los pacientes que ellos son débiles y necesitan protección. El requerimiento constante de compañía protectora fuerza a los pacientes a una posición cada vez más dependiente, con la resultante disminución de su asertividad (“No puedo decírselo: me da miedo que se niegue a acompañarme más”) y una creciente sensación general de limitación. Más y más frecuentemente, los eventos diarios son percibidos como constrictivos, como en el caso de la paciente que sentía que estaba “obligada” a ir al salón de masajes (ver p. 236). La organización cognitiva ha sufrido transformaciones y ajustes, así que ahora se muestra en las conductas y emociones “agorafóbicas”. En esta forma reajustada es estable y capaz de mantenerse a sí misma mediante una especie de causalidad circular.

ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICA CON PACIENTES AGORAFÓBICOS

Nuestra aspiración para el futuro... es un mundo cimentado en cuatro libertades humanas fundamentales... La cuarta es la liberación del temor...

—F.D. Roosevelt, *Speeches*

La esclavitud encadena a unos pocos; más se encadenan a sí mismos a la esclavitud.

—Séneca, *Epistulae ad Lucilium*, 22, II

El objetivo de la psicoterapia al tratar a los agorafóbicos es hacerlos reconocer que el tipo de libertad que ellos más “necesitan” es la libertad de sus propios miedos, y que están “encadenándose a sí mismos a la esclavitud” a través de su “dependencia” motivada por el temor. El primer paso que uno debe dar para lograr este fin es tratar con el problema del autocontrol. La literatura acerca de la efectividad de las técnicas de terapia conductual muestra claramente cuán importante es tomar en cuenta, desde el principio de la psicoterapia, la necesidad de los agorafóbicos de tener “el control”.

Como es bien sabido, la desensibilización sistemática imaginaria ha sido casi totalmente abandonada por los terapeutas conductuales que tratan con la agorafobia, en base a muchos estudios de resultados que enfatizan la superioridad de las técnicas de inundación y la “exposición *in vivo*” (Boulougouris *et al.* 1971; Hafner y Marks 1976; Hand, Lamontagne y Marks 1974; Marks 1969; Mathews, Johnston, Lancashire, Munby, Shaw y Gelder 1976). El elemento que impide que la desensibilización sistemática imaginaria tenga resultados positivos parece ser la dificultad de los agorafóbicos de obtener una buena relajación muscular *cuando el terapeuta les da instrucciones verbales*. En otras palabras, creemos —en base a nuestra experiencia clínica, a los escasos reportes clínicos y a la confrontación entre estudios de resultados— que los agorafóbicos consideran la relajación inducida por otra persona como una falta de control insoportable en una relación interpersonal. Sin embargo, si se usan técnicas de *biofeedback* para la relajación, la desensibilización sistemática imaginaria parece funcionar tan bien con los agorafóbicos como con otras fobias monosintomáticas más sencillas (Chiari y Mosticoni 1979). Las técnicas de *biofeedback* dejan

a los agorafóbicos en completo control sobre la situación de relajación. Ya no sienten que están entregando el control de la relación al terapeuta para lograr la relajación. El terapeuta pasa a segundo plano, por así decirlo, después de dar las instrucciones adecuadas, y el paciente queda solo con un aparato impersonal que lo va a ayudar a afrontar su nueva destreza, es decir, la capacidad de relajarse. La presentación de Goldfried de la relajación como una destreza activa para encarar el mundo y como parte de un entrenamiento de autocontrol es muy semejante (Goldfried 1971; Goldfried y Trier 1974). Cuando se presenta así, la relajación se hace mucho más aceptable para la mayoría de los agorafóbicos, y la consecuente desensibilización sistemática se hace posible.

Entonces, podemos decir con confianza que el reconocimiento inicial de y el respeto por la actitud controladora de los pacientes agorafóbicos son de importancia crítica al comienzo de la fase de tratamiento. Usando la metáfora del programa de investigación de Lakatos, podríamos decir que sería mejor respetar y *reconocer* el "cinturón protector" si es que vamos a criticarlo exitosamente a lo largo de todo el programa de investigación. El diálogo socrático es un modo probado de lograr la crítica exitosa de una teoría, empezando por el respeto inicial de sus premisas básicas. Pero, ¿cómo se puede *comenzar* una analogía del diálogo socrático con un paciente que está demostrando que él o ella no puede estar solo, mediante la causalidad circular de evitar cualquier situación de soledad? Hay dos respuestas que pueden ser integradas en una respuesta práctica: la primera se deriva de los resultados de estudios de terapias conductuales, y la segunda de nuestra reconstrucción de la organización del conocimiento de los agorafóbicos. Consideremos primero los estudios de resultados y enseguida la sugerencia que surge de la noción de la organización cognitiva en la agorafobia; finalmente, la integración práctica de ambos.

Emmelkamp, Kuipers y Eggeraat (1978) descubrieron que la exposición *in vivo* prolongada de los agorafóbicos a su "estímulo" temido era definitivamente superior a los tres principales métodos de modificación cognitiva, tanto en dar alivio sintomático (que se demostró estadísticamente) como en *producir una reestructuración cognitiva efectiva* (que fue discutida tentativa y sensiblemente):

Durante el tratamiento con exposición prolongada *in vivo*, los clientes notaron, por ejemplo, que su angustia después de un tiempo

disminuyó y que los eventos que ellos temían, tales como desmayarse o tener un ataque cardíaco, no ocurrieron. Esto puede llevarlos a transformar sus autoafirmaciones improductivas en unas más productivas... *Un grupo de clientes reportó espontáneamente que sus pensamientos habían sufrido un cambio mucho mayor durante una prolongada exposición in vivo que durante la reestructuración cognitiva.* Es posible que una modificación cognitiva más efectiva ocurra mediante una exposición prolongada *in vivo* que a través de un procedimiento que esté focalizado directamente hacia dicho cambio. (Emmelkamp *et al.* 1978, p. 40; énfasis añadido).

Ellis (1979), en una nota en Emmelkamp *et al.*, reconoce plenamente la importancia *particular* de las tareas "*in vivo*" y de las tareas de "exposición" en los agorafóbicos.

Incluso Freud, como reporta Marks (1969), dice que los terapeutas tuvieron que trabajar en la transferencia positiva para llevar a los pacientes a encarar sus propios temores con la realidad; la mera interpretación simbólica, sin contraste con la realidad, bastaba para superar los temores fóbicos. Por lo tanto, se puede partir de una base sólida. Los terapeutas, respetando la necesidad de los agorafóbicos de tener el control, debieran llevar al paciente a exponerse en la vida real a situaciones de soledad y "constricción". Para lograr este objetivo, los terapeutas pueden recurrir *primero* a la desensibilización imaginaria asistida por *biofeedback* (que quizás pudiera ser seleccionada en casos más severos) o a una inundación imaginaria, o pueden llevarlos directamente a una exposición *in vivo* gradual, acompañando a los pacientes a la calle y luego retirándose poco a poco, o a formas adecuadamente adaptadas de entrenamiento en autocontrol, entrenamiento en destrezas de afrontamiento (para una revisión, ver Meichenbaum 1977) y procedimientos de inoculación de estrés (Meichenbaum 1977, Cap. 5). Incluso pueden ser útiles las instrucciones directas de simple autoexposición, a pesar de que se requiere una exposición iniciada por el terapeuta en los casos más serios (para un estudio experimental en este punto, ver McDonald, Sartory, Grey, Cobb, Stern y Marks 1979).

¿Es el logro de la autoexposición, a pesar de ser fuertemente necesario, suficiente para obtener beneficios estables para los pacientes agorafóbicos? Tanto en base a fundamentos teóricos como en consideración a estudios de resultados, la respuesta es obviamente no. Después de la autoexposición,

los pacientes pueden considerarse a sí mismos como capaces de encarar las situaciones que evitaban previamente, pero este cambio terapéutico es del tipo que Arnkoff (1989) ha descrito como un “cambio temporal en la estructura superficial”, que es relativamente sencillo de lograr. En nuestra metáfora favorita de Lakatos, ni el núcleo duro metafísico (“Yo soy débil ante un ambiente exterior indiferente-hostil y uno familiar coercitivo”) ni el cinturón protector (“Tengo que controlar mi debilidad fundamental y el ambiente hostil-coercitivo”) son sustancialmente criticados por las experiencias de autoexposición. Por consiguiente, en términos teóricos, han de esperarse resultados positivos limitados y fáciles recaídas —particularmente si la situación ambiental (interpersonal) sigue igual. Ya hemos citado estudios que demuestran cómo el resultado es más pobre y con fácil recaída cuando se brinda terapia conductual a agorafóbicos cuyos matrimonios tienen serios problemas (Hafner 1979; Milton y Hafner 1979)¹¹. Sin embargo, en pacientes agorafóbicos con trastornos más graves, uno tiene que esperar recaídas después de lograr una “modificación temporal en las estructuras cognitivas de superficie” *aun cuando la situación ambiental haya sufrido cambios muy positivos* luego de una autoexposición exitosa y técnicas adicionales de terapia conductual. El siguiente relato clínico tiene por intención ilustrar este punto.

Judith desarrolló una agorafobia durante su adolescencia, luego de haber sufrido una severa fobia escolar. Cuando llegó a uno de nosotros (G.L.) en busca de tratamiento, tenía 22 años y no había logrado ningún beneficio ni con psicotrópicos (antidepresivos y tranquilizantes) ni con psicoanálisis ortodoxo (tres años de tratamiento). Era muy inteligente y culta, a pesar de no tener estudios formales debido a su fobia escolar. Estaba prácticamente recluida en su hogar e incluso acompañada, sufría intensos sentimientos de despersonalización estando en la calle —y a veces incluso dentro de su casa.

Dos psiquiatras que había visto le habían diagnosticado esquizofrenia e “histeria disociativa”. Su familia consistía en un padre

¹¹ La posibilidad de usar terapia familiar para tratar agorafóbicos con matrimonios severamente perturbados fue intentada en varios casos, pero nuestra impresión es que, al menos para los agorafóbicos, el resultado es más bien desfavorable. Obtuvimos mejores resultados en sesiones de pareja en conjunto donde las creencias irracionales y las expectativas de ambos en la pareja fueron atacadas y corregidas, ya que era parte del tratamiento individual del cónyuge agorafóbico.

tranquilo, sumiso y muy distraído, pero afectuoso; una madre con graves trastornos y dominante, que había sufrido agorafobia en su juventud y que se había “recuperado” de su enfermedad cuando Judith, que en ese entonces tenía 9 años, se había recluido en casa; y el hermano menor de Judith, un chico muy distraído que había sufrido de una severa angustia social, pero que a la larga pudo terminar el colegio y obtener un trabajo. La familia era más o menos pobre. Judith se beneficiaba enormemente del programa terapéutico basado en un aislamiento de su familia (ella se había tratado durante 6 meses en una clínica universitaria como paciente interna), con gradual exposición *in vivo* a situaciones temidas, imaginería de afrontamiento, entrenamiento en destrezas sociales y una breve aclaración de la seriamente perturbada dinámica familiar. Mientras estuvo en el hospital, Judith se preparó para un examen que le daría un grado de enseñanza secundaria, y al ser dada de alta y aprobar ese examen, encontró un trabajo y tuvo su primer encuentro sexual (que fue satisfactorio). Un año más tarde dejó a sus padres y se fue a vivir con varias colegas. ¿Un milagro? ¿Todo para mejor? ¡No! Dos años después tuvo una recaída. Dificultades menores en su trabajo y con sus compañeras de casa la hicieron sentirse “sin apoyo”, “sola” y “en una trampa”; por lo tanto, nuevamente estaba “agorafóbica”.

En vista de la insuficiencia de un programa de autoexposición (de otro modo necesario), el insatisfactorio resultado de las terapias de pareja y de familia (ver Nota 11) y los pobres resultados de los métodos cognitivos utilizados por Emmelkamp *et al.* (1978) en su estudio acerca de la agorafobia, ¿qué podría sugerir nuestra noción de la organización del conocimiento de los agorafóbicos? La idea obvia es seguir a través de los niveles y etapas de la organización cognitiva en una forma escalonada, yendo desde las estructuras de superficie a las más profundas, siguiendo las siguientes líneas:

1. Re-rotulación adecuada de las experiencias emocionales.
2. Elucidación de la relación entre las emociones y los pensamientos en curso (“pensamientos automáticos” de Beck, ya sea en su modalidad pictórica o verbal).
3. “Distanciamiento” de los pensamientos en curso (en el sentido descrito por Beck 1976, pp. 242-244).

4. Identificación de las presuposiciones básicas (Beck) o creencias irracionales (Ellis) implícitas en los pensamientos en curso.
5. Descripciones de los aspectos del desarrollo de tales presuposiciones básicas y de las maneras en que fueron “confirmadas” mediante experiencias diarias hasta el momento actual de la vida del paciente (por ejemplo, descubriendo el núcleo duro metafísico y la forma en que el cinturón protector se desarrolló a partir de éste).

Para cada uno de estos pasos, se requieren técnicas cognitivas adecuadas a fin de obtener un cambio, pero un punto crucial es la corrección de las hipótesis que constituyen el cinturón protector (por ejemplo, la identidad personal). Sólo cuando se ha logrado este resultado es posible que las “teorías” del núcleo duro metafísico sean consideradas por el paciente como meros episodios en su vida y dejen de funcionar como reglas tácitas profundas que gobiernan la visión de sí mismo y del mundo.

Consideremos ahora cómo estas sugerencias que surgen de la noción de la organización cognitiva podrían aplicarse en la práctica al tratamiento de agorafóbicos y ser integradas a los procedimientos que llevan a la autoexposición.

Imaginemos una situación clínica concreta desde el comienzo. Estamos tratando de satisfacer la necesidad del paciente de tener el control, evitando cualquier aspecto de la relación, cualquier interpretación y cualquier maniobra terapéutica que pudiera constituir un ataque directo a las actitudes “controladoras” del paciente¹². Estamos tratando de inducirlo

¹² Toda vez que tal actitud es particularmente notoria, como frecuentemente sucede con pacientes hombres que eran especialmente exitosos en su vida laboral y social, empezamos sugiriendo dudas acerca de la utilidad futura del enfoque cognitivo. Por ejemplo, decimos algo así:

Podemos comenzar probando algunas técnicas terapéuticas muy directas, que pueden darle mayor control sobre sus perturbaciones actuales. Mucha gente queda bastante satisfecha con los resultados de estas técnicas. Podemos seguir adelante y entender cómo se originaron sus perturbaciones, pero esto no es completamente necesario. Usted puede pedir más comprensión en una etapa posterior del tratamiento o dejar el tratamiento para cuando se sienta mejor. Hay ventajas y desventajas en ambas opciones, de modo que usted es libre de elegir.

Casi todos los pacientes afirmaron al inicio que él o ella quería una “comprensión más profunda”. Incidentalmente, en nuestra experiencia, este tipo de verbalización ha probado ser útil con los agorafóbicos, mientras que puede ser completamente contraindicado con otro tipo de organización cognitiva. Por ejemplo, los pacientes obsesivo-compulsivos podían comenzar a sentir dudas tremendas después, o los depresivos podían sentir que el terapeuta no creía poder ayudarlos, ocultando amablemente su falta de esperanza con este subterfugio.

gradualmente a que encare las situaciones temidas. ¿Qué clase de situaciones debíamos considerar primero? ¿Cuál es presumiblemente más aceptable para el paciente y la clave más productiva a seguir para fomentar nuestra reestructuración cognitiva planificada?

En la mayoría de los casos es el tipo de situación “constrictiva”. Para los pacientes, obviamente es preferible (más compatible con su organización cognitiva) estar libres que estar solos, así que están bien preparados para enfrentar situaciones de constricción, sin pedirles renunciar a la compañía de personas “protectoras” desde el comienzo. Por el bien de la reestructuración cognitiva, las reacciones a los estímulos “coercitivos” ofrecen sugerencias fácilmente comprensibles para una exitosa re-rotulación cognitiva de las emociones. Veamos un reporte literal de un ejemplo típico.

P: Hoy me vine [acompañado de su esposa] manejando por un camino lleno de semáforos [que anteriormente evitaba], como usted me sugirió en la última sesión [primer paso planificado de un programa de exposición *in vivo*]. Bien, he tratado de darme cuenta de mi reacción, como usted me lo pidió. Obviamente tuve miedo —miedo de tener un ataque al corazón justo cuando estaba detenido frente a esa maldita luz roja. A la tercera luz, que se puso roja justo un segundo antes de que pudiera pasar, me empezó a latir el corazón. ¡Un infarto!, pensé —¡Debo arrancar de esta trampa y no puedo!

T: Esta prueba fue muy buena para usted y su relato podría ser iluminador. Creo que podemos entender algo muy importante de él. Por ejemplo, ¿podría ser que ante la primera luz roja usted sólo se sintiera algo irritado?

P: Sí... por supuesto. Pero es normal, ¿no? Quiero decir, yo he relatado sólo las reacciones anormales...

T: Sí, eso es lo que le pedí que me contara. Pero ahora especulemos un poco. ¿Podría ser que, también, frente a la tercera luz, que se puso roja justo antes que usted pasara, usted haya sentido un poco de rabia antes del miedo?

P: Bueno... sí...

T: Ya veo, a la mayoría de la gente le habría pasado. ¿No piensa usted que la rabia, y no solamente el miedo, puede explicar la aceleración del corazón?

P: Sí, por supuesto.

T: Muy bien. Ahora, tal vez sería útil si tratáramos un poco más la posible relación entre los pensamientos y la ira. Usted estaba irritado porque sintió que la luz roja lo detenía, obligándolo a parar, mientras que usted hubiera preferido seguir adelante más rápido. ¿Fue algo así?

P: Sí.

T: ¿Por qué no pasó a pesar de las luces rojas?

P: (*Sorprendido*). ¿Por qué? Es obvio... ¿Podría haber chocado!

T: ¿Así que usted de alguna manera calculó automáticamente que era mejor para usted no cruzar, y al mismo tiempo, automáticamente vio en su mente la luz roja como una especie de gigante que lo estaba obligando a detenerse?

P: Bueno... no había notado eso antes... pero ahora... Sí, tal vez tenga razón.

T: La rabia parece compatible con la idea de un gigante forzándolo a detenerse, pero no con su evaluación opcional y su libre decisión de que era, en su conjunto, mejor para usted detenerse, ¿no es así?

P: Sí, parece lógico¹³.

Ya sea que comencemos a partir de las constricciones o desde la soledad, mientras los pacientes están abriéndose camino gradualmente y en forma asistida a la autoexposición, sus experiencias son utilizadas mediante un diálogo socrático adecuado, como en el ejemplo precedente. El conocimiento respecto a su sistema de creencias dual (Beck 1976, p. 161 ff.) (por ejemplo, evaluación de oportunidad y libre decisión versus una visión del mundo como coercitivo), el reconocimiento de la relación entre los pensamientos automáticos y las emociones (por ejemplo, la ira relacionada

¹³ Un colega nos contó una graciosa anécdota: aplicó con un paciente la sugerencia de usar sus reacciones a las luces rojas como un dispositivo para hacerle reconocer su "sistema de creencias duales" (Beck 1976, p. 161 ff.). La principal queja subjetiva principal del paciente no era la agorafobia sino la impotencia secundaria con su esposa y su incapacidad para encontrar otras mujeres, porque "él necesitaba tener a su mujer cerca todo el tiempo" y era muy renuente a salir solo de su casa "por si algo me pasara, usted sabe, mi corazón no es fuerte". Después de un diálogo acerca de los semáforos muy parecido al relatado aquí, el paciente contó en la siguiente sesión: "Sabe, doctor, es divertido, le hice el amor a mi esposa y todavía no hemos iniciado terapia para este problema". Ante la pregunta del terapeuta de cómo podría haber sucedido esto después de 6 meses de "impotencia", el paciente respondió: "Me estaba acostando y se me ocurrió que no era un deber hacerle el amor a mi esposa. Pensé que quizás fuera agradable para mí hacérselo, así que me encontré con una erección!"; sea. (Desde luego que no estamos sugiriendo un diálogo sobre las luces rojas con cada paciente que es impotente con su esposa).

a una visión de las situaciones como coercitivas) y una rotulación más adecuada de las emociones y reconocimiento de su relevancia para la activación autonómica (por ejemplo, la ira y el temor como determinantes del aceleramiento de los latidos del corazón) pueden ser obtenidos por los pacientes sin un ataque a destiempo de sus actitudes controladoras, y sobre todo, utilizando su necesidad de autocontrol para fomentar su curiosidad respecto a sí mismos (que generalmente no es muy fuerte en los agorafóbicos, especialmente en hombres). En esta misma línea, el distanciarse de los pensamientos en curso generalmente se logra y ejercita. En este punto se pueden otorgar autoafirmaciones alternativas de afrontamiento (Meichenbaum 1977) e imaginación de afrontamiento, trabajando tanto como sea posible en las estructuras cognitivas ya existentes. (Por ejemplo, con un sistema de creencias dual tal como aquel identificado en el ejemplo precedente, uno podría sugerir emitir autoafirmaciones de afrontamiento del tipo "Estoy optando por detenerme en el semáforo", en lugar de la autoafirmación evocativa de rabia y temor del tipo "Estoy obligado a detenerme mientras me siento tan mal").

Sin embargo, los procedimientos de afrontamiento por sí mismos apenas son capaces de efectuar cambios estables en la organización cognitiva de los pacientes o de producir un notable alivio sintomático. Hay dos razones para esto. Primero, fácilmente se crean situaciones de conflicto en las que tanto la restricción como la soledad están presentes, de modo que el afrontar la restricción significa encarar la soledad. (Y esto es demasiado. Piense en un fóbico atascado en una congestión vehicular; él puede luchar con sus pensamientos "constrictivos", diciéndose a sí mismo: "¿Por qué no dejo mi auto aquí?". En vez de contestarse: "Porque *prefiero* disponer de mi auto mañana", se puede encontrar pensando: "¿Por qué no *puedo* caminar solo?, ¡qué malditamente débil soy! ¡Dios mío, qué *trampa* más terrible!"). Segundo, la táctica de afrontar no es tan buena para tratar con problemas emergentes que se originan de la actitud controladora subyacente. El siguiente ejemplo ilustra esta segunda razón:

Jimmy, después de 6 meses de tratamiento, logró ir a esquiar con su novia e incluso tomó el andarivel, cosa que había sido incapaz de hacer en los últimos siete años. El andarivel se quedó detenido a mitad de camino. Entró en pánico, pero pronto fue capaz de "encarar" la situación. Se dijo a sí mismo: "Esto es sólo mi temor, no es una

tragedia inminente” y “Yo puedo manejarlo”. El temor casi desapareció. Estaba más calmado que la otra gente alrededor suyo. Jimmy experimentó un momento de triunfo. Pero pronto otro pensamiento le vino a la cabeza: “Fui capaz de controlar este ataque fóbico, pero ¿seré capaz de controlar uno mayor?”. Cuando el andarivel comenzó a andar nuevamente, Jimmy ya no se sentía triunfante.

Si el terapeuta insiste en inducir a sus pacientes a un mayor grado de control, la amenaza de una regresión infinita aparece. Por lo tanto, en este punto del plan estratégico de la terapia, es obligatorio identificar las presuposiciones básicas relacionadas con el autocontrol. Los pacientes ya han experimentado un distanciamiento de sus propios pensamientos y han aprendido de las tácticas de afrontamiento que ellos pueden “probar” y “refutar” sus propias creencias. Así, ahora están listos para una profundización del análisis en la terapia. Si el terapeuta resume con su paciente los principales hallazgos de su investigación conjunta hasta el momento actual, esto es lo que aparece: dos tipos de situaciones evocan pensamientos estresantes e imágenes atemorizantes, la soledad y la constricción. Los contenidos del diálogo interno y la imagería “pictórica” tienen dos temas fundamentales: los extraños son vistos como potencialmente críticos, ridiculizadores u hostiles (o, en el mejor de los casos, indiferentes e impotentes), mientras que la gente conocida o familiar es considerada como protectora¹⁴. Los vínculos conyugales, por otro lado, son frecuentemente considerados como coercitivos y necesarios sólo porque aseguran protección.

Con este panorama en mente, uno puede mostrar a los pacientes que el control de sí mismos *parece* la única solución racional y la que, de hecho, ellos han adoptado hasta ahora en sus vidas. Pero, ¿qué es este “sí mismo”? y ¿qué es realmente el “control”?

Los argumentos del terapeuta continúan de la siguiente manera: el control no es fuerza de voluntad sino que tiene que ver con pensar; los pacientes ya han experimentado esto. El control es algo sobre lo cual los pacientes han basado gran parte de su tema vital, y por eso temen perderlo. El control es como una espada de doble filo y a veces una actitud contro-

¹⁴ Uno puede observar cuán irracional es considerar a la esposa o esposo capaz de brindar protección ante un infarto al corazón; por ejemplo, mientras que un médico que se encuentra en las cercanías es considerado como potencialmente indiferente. Esto es así para muchos agorafóbicos.

ladora no ayuda a los pacientes a superar sus temores, sino que realmente fomenta la creación de paradojas que, a su vez, pueden contribuir a un sentimiento de despersonalización e irrealidad tan desagradables como extrañas¹⁵. Por ejemplo, para que los pacientes reconozcan las paradojas del control, les podemos pedir que reproduzcan sus temores mediante imagería *deliberada* de las situaciones más temidas. Generalmente ellos no logran reproducir sus temores y experimentan una nueva posibilidad de manejar su conducta evitativa mediante una autorrepresentación *deliberada* de sus anteriores fantasías atemorizantes espontáneas¹⁶. Sin embargo, tan pronto como tratan de usar esta herramienta de manejo de modo de incrementar su libertad de movimiento, los temores aparecen nuevamente (por lo menos en un pequeño porcentaje de agorafobias graves). Es fácil demostrar que la razón para este fracaso es el miedo a perder el control

¹⁵ Lamentamos que, para mayor brevedad, debamos considerar esta hipótesis sólo en una nota. Muchos pacientes agorafóbicos parecen caer fácilmente en una trampa cognitiva o paradoja: comienzan describiendo sus perturbaciones y a sí mismos como algo externo a ellos, esto es, como una “enfermedad” y no como una emoción personal, por muy perturbadora que sea. Ellos basan su autoestima personal en su capacidad de controlar algo que por definición es incontrolable, es decir, una misteriosa enfermedad que incluso el médico no puede detectar adecuadamente (o el término común usado para describir la incontrolabilidad: “locura”). ¿Es sorprendente que, cuando esta paradoja domina el aparato de resolución de problemas del paciente, su autoestima y autoidentidad se vean afectadas y aparezca la despersonalización? (“Siento como si no fuera más yo mismo”, “Desaparezco, me esfumo”, “Mi cabeza está adormecida, es como algodón”).

Durante una sesión terapéutica fuimos capaces de reproducir un sentimiento de despersonalización en una paciente induciendo exactamente este tipo de paradoja. Se le pidió a la paciente, de modo de “dominar” sus temores, reproducirlos mediante una concentración activa, deliberada e intensa en sus imágenes atemorizantes. (Esto es, dicho sea de paso, un procedimiento que usamos frecuentemente con los agorafóbicos porque trae consigo uno de dos resultados positivos: el paciente, estando “en control”, no experimenta mucho miedo y así aprende a “dominar” las situaciones atemorizantes, o él o ella tiene éxito en reproducir sus temores y “aflicción física”, aprendiendo así que es un fenómeno comprensible que pertenece a los pensamientos y emociones personales, y no una enfermedad misteriosa externa a su yo). Ella no sintió ninguna aflicción. Luego, en forma abrupta, mientras notaba lo raro de este fenómeno, experimentó su sentimiento usual de despersonalización (“Yo no existo, desaparecí”, era su modo usual de describirlo). Era la primera vez que esto aparecía en presencia de una persona confiable y protectora —como seguramente percibía al terapeuta. Cuando inmediatamente se le preguntó sobre los pensamientos que precedieron a este sentimiento, la paciente dijo: “Fue como un torbellino en mi mente. Yo puedo controlar mis temores si los imagino voluntariamente, pero no logro controlarlos si quiero... así más o menos... este tipo de pensamientos contradictorios alternando rápidamente en mi mente... ya no sé qué estaba pensando, ni qué quería”. Con esta paciente, la descripción simple de la paradoja controlable-incontrolable y yo-no yo fue un paso decisivo en el logro de una cura casi completa. Para satisfacer la posible curiosidad del lector, deberíamos agregar que la paciente era Judith (ver pp. 252ss.) y que esta sesión era parte de la segunda fase de tratamiento, esto es, la que siguió a su recaída.

sobre este sofisticado procedimiento de manejo (controlador). En otras palabras, generalmente los pacientes son quienes que dicen que esto es lo que ocurrió a sus mentes.

Entonces, el control parece ser una solución racional, pero en un examen más detallado, no es la mejor ni la única solución. Antes de criticar más la actitud controladora (¡recuerden que es la base del cinturón protector!), ahora podemos tratar de responder, junto con el paciente, la otra gran pregunta: ¿qué es el “sí mismo”? Usando los contenidos del análisis cognitivo, es fácil responder que, según el propio punto de vista del paciente, el “sí mismo” es algo fundamentalmente débil. Y ahora, finalmente, estamos listos para la última secuencia de los pasos terapéuticos.

¿Cuándo y dónde el paciente ha aprendido que los extraños pueden ser indiferentes, críticos o incluso hostiles? ¿Es él o ella débil e incapaz de afrontar las dificultades de ambientes poco familiares (débil a causa de una debilidad intrínseca, por falta de control ante las tentaciones o por qué otras razones)? ¿Que solamente la gente conocida es protectora y que la casa es el único lugar seguro? ¿Que su libertad personal puede ser seriamente coartada? La respuesta es ahora obvia. A estas alturas de la terapia, el cuadro del desarrollo que hemos descrito se hace evidente. Sólo tenemos que indicar que el dispositivo más importante mediante el cual el paciente tuvo la experiencia *concreta* de una limitación personal era un temor *imaginario*, inducido.

La crítica, paso a paso, de las principales teorías del cinturón protector se lleva a cabo al final. Tal vez, para ser criticadas, estas teorías podrían ser verbalizadas usando las palabras de Ellis (1962, 1979): “Es *catastrófico* si no consigo lo que necesito o debo tener” (donde el “necesito” o “debo tener” se refieren al control del ambiente, y “catastrófico” se refiere a la imagen de soledad frente a los extraños) y “No puedo soportar la incomodidad de sentirme angustiado, atemorizado, etc.” (donde el “no puedo” es absoluto y a la vez [1] la expresión de las “horribles” consecuencias de reconocerse a sí mismo como “débil”, [2] la razón por la que uno piensa, circularmente, que uno “no puede”, por ejemplo: “No *puedo* porque soy débil”, y [3] la lucha por el autocontrol). Sin embargo encontramos más simple permitir a los pacientes usar sus propias palabras para representar,

¹⁶ Esta técnica tiene mucha semejanza con el uso de Viktor E. Frankl de la “intención paradójica”, cuya utilidad en el tratamiento de pacientes fóbicos fue demostrada clínicamente por Gerz (1962, 1966).

en tantas frases como ellos quieran, sus presuposiciones básicas en relación a extraños hostiles en la calle, a su debilidad personal y, sobre todo, a la “necesidad” de autocontrol. En este punto se hace más fácil mostrar cómo estas creencias conducen a una rotulación inadecuada de las emociones, a una noción equivocada de las características de las personas (ver p. 224 *ff.*) y, sobre todo, a una perpetuación de los propios temores básicos. Los pacientes también pueden llegar a hacerse conscientes de que la fuente de su visión *global* del mundo no es más que una secuencia de episodios (por importantes que sean) ocurridos durante su niñez, y pueden ser inducidos a reconocer la importancia del acompañamiento emocional del apego y el desapego. Tal vez en este punto los pacientes puedan entender plenamente el significado de los hallazgos de Blurton-Jones (1972) acerca de la libertad de exploración de los hijos de las madres sonrientes (ver pp. 40-41), es decir, el reconocimiento y la liberación de los propios vínculos emocionales no son dos aspectos contrastantes de la realidad sino que operan recíprocamente.

Capítulo 11

PATRONES OBSESIVO-COMPULSIVOS

El término “obsesivo-compulsivo” se aplica a una amplia variedad de pautas perturbadas del pensamiento, emoción y conducta que tienen tres rasgos en común:

1. Períodos prolongados de cavilación, dudas e incapacidad de llegar a una conclusión o tomar una decisión: emociones intensas (angustia, temor o ira) usualmente acompañan la cavilación y las dudas.
2. Fobias intensas (generalmente focalizadas en alguna categoría de estímulo considerado contaminante) o fuerte urgencia de llevar a cabo actos considerados inaceptables para el paciente (con la culpa y ansiedad concomitantes).
3. Rituales —a veces elaborados y teñidos de superstición y magia— tendientes a controlar las consecuencias de una exposición inevitable a situaciones fóbicas, la emergencia de urgencias inaceptables, o una inseguridad y angustia insoportables por las dudas prolongadas. Muy frecuentemente, pero no siempre, los pacientes están conscientes que estos rituales no tienen sentido, son una pérdida de tiempo y resultan muy tensionantes. Sin embargo, ellos sostienen que cualquier esfuerzo para resistirlos es doloroso e inútil y pronto adquieren un carácter compulsivo.

Este capítulo examina la organización cognitiva de personas que sufren de desórdenes obsesivo-compulsivos que surgen en la base de una *personalidad obsesiva*.

Nuestra definición de la "personalidad obsesiva" es un tanto diferente de la descripción psicoanalítica del "carácter anal". El enfoque cognitivo y no motivacional tiende a considerar los rasgos de personalidad obsesiva como manifestaciones de creencias o suposiciones básicas, más que como aspectos de una fijación de la libido. Ciertas creencias y suposiciones básicas pueden gobernar y coordinar ciertos dominios de los procesos, sentimientos y conducta obsesiva, y no otros. De modo que, en el caso de la personalidad obsesiva, un paciente determinado puede tener creencias que se vinculan con la "necesidad de ser perfecto" que son aplicables sólo a uno o dos dominios de la conducta (por ejemplo, trabajo y moral) y no a otros (por ejemplo, deportes, orden de la casa, higiene personal). Por lo tanto, según la perspectiva cognitiva de la personalidad obsesiva, los rasgos constitutivos aparecen únicamente dentro de dominios específicos de significados y no son necesariamente evidentes en cada aspecto de la vida del paciente¹. Sólo en este sentido particular creemos que existe una estrecha relación entre estos rasgos y los "síntomas" de la "enfermedad" obsesivo-compulsiva.

Más aún, nuestra experiencia clínica nos muestra que en algunos pacientes obsesivo-compulsivos, muchos aspectos del típico carácter anal —tales como orden, limpieza, obstinación, puntualidad y parsimonia— son secundarios o están del todo ausentes. Por el contrario, estamos convencidos que otros rasgos son fundamentales en los dominios conceptuales relacionados a síntomas específicos de cada paciente, concretamente, minuciosidad, escurpulosidad en asuntos morales, sobrestimación de los detalles, rigidez, perfeccionismo y lentitud e inseguridad en la toma de decisiones².

¹ Investigaciones de Makhoul-Norris *et al.* (1970) respecto a la articulación de la estructura conceptual en las neurosis obsesivas, muestran que la estructura es a menudo "inarticulada" ("monolítica" o "segmentada"). Más frecuentemente en obsesivos que en personas normales, existen dominios de significados ("agrupaciones primarias" de conceptos sólo aparentemente diferentes) no relacionados por conceptos de significado intermedio (agrupaciones de enlace), en oposición a estructuras conceptuales articuladas. Esto hace al paciente obsesivo, con más tendencia que la persona normal, aparecer como "ordenado" para alguien y "desordenado" para otras personas, dependiendo del dominio de significado en donde se pone atención. Tal vez a través de este tipo de razonamiento pueda ser resuelta la paradoja indicada por Lewis (1957): "En ninguna condición psiquiátrica hay una asociación más obvia entre la enfermedad y la personalidad precedente que aquí, sin embargo encontramos gente con síntomas obsesivos severos cuya personalidad previa no dejaba traslucir ningún rasgo de predisposición".

² Como se sabe, existen discrepancias entre los estudios psicométricos y clínicos referentes a la relación entre la neurosis obsesivo-compulsiva y la personalidad obsesiva. Mientras los estudios clínicos tienden

ASPECTOS CONDUCTUALES

Con inútil empeño, por siempre y siempre
Está Sísifo empujando su piedra montaña arriba.
—H.W. Longfellow, "The Masque of Pandora"

Tal vez el aspecto común más llamativo de las distintas pautas conductuales de los obsesivo-compulsivos es una conducta evitativa generalizada y persistente, acompañada por la reiterada realización de rituales cada vez que las tácticas de evitación fracasan.

Los pacientes fóbicos tienen miedos irracionales, y también frecuentemente presentan conductas de evitación anticipatoria cada vez que son confrontados con la situación generadora de temor. Asimismo, los obsesivos dicen que temen situaciones, pero para evitarlas gastan mucho tiempo en recorrer con la vista el ambiente y monitorear sus propias acciones y pensamientos, de modo que se crea un problema particular por el esfuerzo extremo de evitar el estímulo temido. Ellos "crean", por así decirlo, en su representación interna del mundo, la misma situación ambiental que luchan por evitar, aun cuando estas situaciones estén de hecho ausentes. Por citar el ejemplo de Mellet en el libro editado por Beech, *Obsessional States* (Beech 1974a): "Él puede declarar que le tiene miedo a la suciedad y se siente obligado a revisar su ropa, pero *seguirá pensando y buscando la suciedad* en la situación más higiénica, mientras que al paciente fóbico a los pájaros le bastará con una casa libre de pájaros" (p. 55; cursivas en el original). Obviamente, en un ambiente tan atemorizante y autoconstruido, la evitación pronto se convierte en algo casi imposible.

A estas alturas, los pacientes desarrollan rituales específicos que tienen de alguna manera a controlar las consecuencias de la exposición imaginada a las contingencias peligrosas. Los rituales son actividades repetitivas, algunas veces estereotipadas, frecuentemente entreveradas con

a mostrar una clara relación entre ambos, los estudios psicométricos sugieren que la correspondencia puede ser más débil (para una revisión acuciosa de estos estudios, ver Slade 1974). Posiblemente esta discrepancia puede ser atribuida al hecho que los instrumentos psicométricos son contruidos de modo de tomar en cuenta los rasgos "globales" (y no dominios de significado específicos) y a su consideración de la tríada psicoanalítica clásica de obstinación, parsimonia y orden como fundamental, mientras que en nuestra experiencia clínica, esta tríada es sólo de importancia secundaria (ver también Shapiro 1965, Cap. 2).

representaciones supersticiosas y mágicas de poderes controladores, que resultan en un impedimento de la felicidad y eficiencia del paciente. Ellos generalmente, pero no siempre, admiten que lavarse las manos, chequear y rechequear su propio desempeño, su repetición de oraciones, etc., son actos inútiles, fatigantes y angustiosos y que, sobre todo, intentan mantener bajo control un peligro que es sólo imaginario. Sin embargo, sostienen verse obligados por su propio temor a hacerlo así. Una secuencia auto-frustrante característica es por tanto típica del comportamiento obsesivo-compulsivo: el temor a ciertas situaciones lleva a un esfuerzo extremo por evitarlas; el estímulo temido aparece en las representaciones internas del paciente incluso cuando él racionalmente puede dudar de su presencia efectiva en el ambiente; su temor es tan intenso que no puede razonar; dudando de haber evitado lo que teme, apela a rituales; el realizar rituales reduce la angustia, pero usualmente provoca malhumor en el paciente, caracterizado por depresión y hostilidad; en este estado de depresión, los pacientes son más aptos que nunca para cavilar en torno a las situaciones temidas; y así sucesivamente, en un círculo vicioso inexorable³. Dado que los contenidos específicos de las situaciones temidas y rituales varían considerablemente de un paciente obsesivo-compulsivo a otro, podría ser útil describir las categorías más comunes de evitación obsesiva y la conducta ritualista.

Ejemplo 1

Peter, 34 años, bien educado, empleado y felizmente casado, temía contraer una enfermedad venérea con prostitutas. Estaba racionalmente convencido de que las enfermedades venéreas son contraídas

³ La teoría de que los rituales sirven para reducir la ansiedad y que por eso se conservan es algo ampliamente sostenido y parece obvio a la mayoría de los clínicos, tanto de orientación conductual como psicoanalítica. Esta teoría, sin embargo, ha encontrado muchos oponentes que sostienen que los rituales a menudo incrementan, más que reducir, el grado de angustia que se vivencia. Beech y Liddell (1974) han revisado extensamente la literatura a favor y en oposición a la teoría de reducción de la ansiedad. Nosotros creemos que la diferencia en los hallazgos es resultado de haber asumido diferentes objetivos para realizar esta investigación. Si el objetivo es la emoción (la excitación autonómica) experimentada por el paciente cuando los rituales son forzosamente postergados después de la exposición al estímulo temido, o el efecto inmediato del ritual después de tal exposición, entonces la teoría de reducción de angustia es válida (Carr 1970; Hodgson y Rachman 1972). Si el objetivo de la investigación es el estado de ánimo del paciente a lo largo de un período de tiempo más extenso —después de haber realizado el ritual o cuando está eligiendo si acabará con él o no—, entonces la teoría de la reducción de la angustia será refutada (Walker 1967).

durante el contacto sexual directo, pero este conocimiento “abstracto” no le impedía temer contaminarse, incluso si mientras manejaba veía una prostituta buscando clientes en una calle. En dicha circunstancia, se sentía obligado a lavar su auto y a sí mismo. Después, evitaba la calle donde había visto a la prostituta y realizaba un lavado de manos “compulsivo” si la evitación era impedida por una necesidad particularmente importante. En buses, bares y tiendas, Peter miraba a cada mujer para descubrir, mirando su maquillaje, ropa y actitud, si era o no prostituta. Cuando pensaba que había descubierto una, evitaba esa línea de buses, bar o tienda. Nuevamente, si la evitación era imposible, Peter se lavaba las manos y a veces realizaba rituales con alcohol desinfectante. Hasta que este ritual no era correctamente realizado, él experimentaba una sensación de peligro inminente. Luego de completar el ritual, Peter se daba cuenta cuán irracionalmente se había comportado, permitiendo un procedimiento que era una pérdida de tiempo e incluso físicamente doloroso (con sus manos enrojecidas y ardientes después de tanto lavado), y caía en un estado de ánimo triste y malhumorado.

A veces la conducta evitativa está incluso más explícitamente relacionada con problemas sexuales. Un temor relativamente común es el de contaminarse por medio del uso de baños públicos y en ocasiones con objetos que han tenido sólo un contacto indirecto con los genitales de una persona del sexo opuesto. A veces la consecuencia esperada del contacto no es una enfermedad infecciosa, sino un embarazo. En otras ocasiones, los pacientes no temen contaminarse a sí mismos sino a otros, especialmente a seres queridos.

Los temores sexuales, sin embargo, no siempre son evidentes en la conducta evitativa. Con frecuencia los pacientes temen contaminarse con enfermedades infecciosas o contraer la rabia incluso mediante el contacto indirecto con animales. A veces temen o consideran tóxicas sustancias químicas líquidas o contenidas en el aire. En otros casos, los pacientes tienen miedo a ser contagiados por personas con cáncer, y no se sienten más seguros al saber que el cáncer no es contagioso. Finalmente, la contaminación a través de objetos incluso simbólicamente relacionados con la muerte y los cadáveres es un temor relativamente frecuente.

En todos estos casos, los rituales de lavarse y desinfectarse son comunes. Algunas veces, pero no siempre, estos rituales, para tener efectos que

disminuyan la angustia, deben seguir alguna regla “supersticiosa” —por ejemplo, deben ser repetidos un número par de veces. Cuando ocurren los rituales de lavado, a menudo se puede detectar tras su origen, si no la conducta evitativa de hecho, alguna forma de angustia sexual. Frecuentemente ella surge durante la adolescencia, a veces como consecuencia de experiencias masturbatorias o durante una relación sentimental en la cual el intercambio sexual asumía una especial significancia.

Ejemplo 2

Eva, 29 años, casada, sin hijos, es una mujer hermosa con inquietantes problemas religiosos. Ella continuamente observaba su propia conducta y pensamientos de modo de chequear si éstos eran moralmente condenables. Desde la adolescencia ha solicitado reafirmación de varios sacerdotes cuando sospecha que ha realizado algo religiosamente reprochable. Su petición de reafirmación pronto adquiere un aspecto ritualista, dado que tiene que ser repetido dos veces. Los errores morales conectados con asuntos sexuales son sólo una preocupación menor para Eva. Ella se preocupa de todo tipo de errores posibles: desobediencia, falta de amor al estudio, sobreindulgencia al comer, etc. Pero el problema más doloroso para Eva es que en la iglesia se siente cada vez más obligada a proferir groserías en voz alta. A veces piensa que podría haber cambiado una palabra durante sus oraciones, de modo de cambiar su significado convirtiéndolo en una blasfemia (por ejemplo, “*brothel*” [burdel] en vez de “*brother*” [hermano]). Así que comienza a evitar ir a la iglesia y rezar, pero admite dolorosamente que la evitación misma es una falta. Por lo tanto, empieza con rituales. Cada vez que se siente compelida a decir groserías, o piensa que ha cambiado una palabra en sus oraciones, comienza a recitarse a sí misma con extremo cuidado y atención una fórmula especial de castigo. Esta fórmula debe ser repetida cuatro veces. Si la repetición contiene un error, Eva la “borra” persignándose cuatro veces y comenzando nuevamente, de modo de lograr cuatro repeticiones “perfectas” de la fórmula. A menos que esté segura de haber completado perfectamente el ritual, Eva teme que algo terrible le suceda a ella o a alguno de sus seres queridos. Si algo sale mal en su vida diaria —pérdida de dinero, una pelea con su marido, una enfermedad menor—, ella sospecha que es una posible consecuencia de alguna falla moral de su parte.

En el caso de Eva notamos otro aspecto de conducta evitativa de los obsesivos: la evitación de situaciones donde emerge fácilmente un impulso culposos interno e inaceptable. Tal conducta de evitación es acompañada de rituales de control repetidos, petición de reafirmación, recitación de fórmulas, oraciones y exorcismos.

Ejemplo 3

George, 50 años, soltero y exitoso, teme perder la memoria. Un día, a los 30, tuvo un síndrome depresivo, aparentemente ocasionado por su excesiva preocupación frente a una pequeña falla en el trabajo. Su depresión fue exitosamente tratada con siete sesiones de terapia electroconvulsiva (TEC). Después de su tratamiento notó, junto con su alivio, una típica amnesia. A los 47 años, George nuevamente pasó por algunas dificultades en su trabajo y volvió a caer en una depresión. Su psiquiatra esta vez le prescribió antidepresivos, pero este tratamiento era lento en demostrar su eficacia y George quería estar en un perfecto estado mental de modo de enfrentar su problema laboral. Entonces se vio confrontado con el siguiente dilema: el TEC era una posible cura rápida a su depresión y por lo tanto le permitía volver a su trabajo antes que la situación pudiera deteriorarse, pero iba a alterar su memoria, y esto dificultaba su necesidad de encontrarse en un perfecto estado mental.

Un día, mientras estaba considerando este dilema sin ser capaz de encontrar una solución, George vio a un hombre trabajando en el jardín del frente. El hombre desapareció tras una reja. De pronto George pensó en probar su memoria: trató de recordar el color de la ropa del hombre. Cuando éste salió de detrás de la reja, vio que había recordado correctamente y sintió un enorme alivio de su angustia previa.

Después de esta experiencia, George comenzó a probar y rechequear su capacidad de memoria, sintiéndose aliviado cuando la prueba era exitosa, y ansioso y triste cuando fallaba. Después de un par de meses, este hábito de ponerse a prueba había aumentado y era un estorbo serio en la vida de George. Se sentía obligado a escribir casi todo, por irrelevante que fuera, acerca de su rutina diaria personal: noticias radiales, titulares de diarios, patentes de autos, etc. Escribía todo en una libreta y luego copiaba los datos, tan rápido y prolijamente como le era posible, en un cuaderno más grande. Llenó 67 cuadernos

en tres años y le aterraba perder alguno. Para él, era la única forma de evitar la angustia de descubrir que su memoria había olvidado algo. George se percataba que estos rituales no tenían sentido, que perdía tiempo y eran extremadamente angustiantes, pero se sentía obligado a realizarlos. Para evitar esta compulsión, se quedaba en casa lo más posible, cerraba los ojos cuando salía (sólo en taxi) de modo de no ver las patentes de los autos, y pedía a sus familiares que no encendieran la radio o la televisión.

En este ejemplo podemos percatarnos de dos rasgos peculiares de *algunos* pacientes obsesivo-compulsivos: (1) un estado depresivo previo es muy importante para el desarrollo de la compulsión y (2) el comportamiento evitativo se origina de los rituales compulsivos, más que viceversa. El mayor y más sistemático estudio con respecto a la relación entre la depresión y las obsesiones fue descrito por Gittleson en una serie de cuatro trabajos (1966a-1966d). Este estudio muestra cómo las obsesiones son relativamente comunes en el curso de una psicosis depresiva y cómo pueden basarse en la activación de rasgos de personalidad premórbidos. También era relativamente común la observación de pacientes que habían mostrado obsesiones claras antes del inicio del síndrome depresivo.

El otro rasgo del comportamiento compulsivo de George, su perturbación anterior que "causaba" su conducta evitativa, también merece comentario. Tal conexión crea un problema para la teoría simplista, sostenida frecuentemente por los terapeutas conductuales, de que los rituales son sólo una forma desplazada de conducta evitativa.

Ejemplo 4

Rita, 18 años, soltera, fue enviada a psicoterapia debido a un síndrome muy perturbador de tics múltiples y espasmos habituales. Un psiquiatra había diagnosticado síndrome de Gilles de la Tourette. Sin embargo, el examen clínico estableció que los espasmos de Rita eran *voluntarios* y perseguían distraer su atención de *imágenes* de muerte, violencia, choques y desastres que involucraban a sus seres queridos o, con menos frecuencia, a ella misma. No soportaba proferir o escuchar palabras como "muerte", "terremoto" o "asesinato", ni escuchar noticias sobre accidentes automovilísticos, desastres aéreos o de trenes, etc. Hacía lo posible por evitar este tipo de estímulos, y cuando su

conducta evitativa fracasaba, ella recurría a los espasmos y tics ritualistas de modo de cancelar las imágenes que tales palabras y noticias producían en su mente. Ella confirmaba temer, que si estas imágenes persistían sin un esfuerzo de su parte por librarse de ellas, algún accidente horrible podría suceder. Se sentía literalmente "obligada" a sacudirse de ellas. Dado que sus padres y su novio no sabían por qué sacudía su cuerpo de una manera tan horrible, trataron de forzarla a que no lo hiciera. Esto creó un estado de pánico en ella, porque detener sus espasmos significaría permitir que las imágenes terroríficas persistieran, y temía consecuencias más terribles. Por otro lado, ella no podía explicar a sus padres por qué temblaba su cuerpo: para hacerles entender sus razones habría necesitado pronunciar palabras que jamás se permitiría pronunciar. Así, la presión de otra gente creó un círculo vicioso y los espasmos se hicieron cada vez más intensos, frecuentes e impresionantes.

Este caso ejemplifica cómo los malentendidos entre las personas y las presiones pueden volverse un componente inextricable de la pauta de conducta obsesivo-compulsiva, un punto frecuentemente pasado por alto en la literatura psicoanalítica y conductual. Más aún, el caso de Rita llamó nuestra atención respecto a un fenómeno peculiar e importante: la conexión entre las *imágenes* y las *palabras*, y la idea de una suerte de "omnipotencia" del pensamiento. (En este caso, la omnipotencia iba únicamente en la dirección de crear mal y sufrimiento, y no se constituía en una protección, como en el caso de Eva).

Las interpretaciones psicodinámicas de los "síntomas" obsesivo-compulsivos son tantas y tan diferenciadas como numerosos y variados los aspectos y problemas relacionados a las pautas clínicas recién descritas. A veces, la culpa sexual y deseos hostiles reprimidos han parecido ser las explicaciones más obvias para la conducta compulsiva. En otros casos, la necesidad de tener control total sobre la realidad exterior y la propia conducta —una necesidad casi delirante de omnipotencia— ha parecido una base plausible para desarrollar los "síntomas". Sin embargo, otros casos de obsesiones han sido entendidos como una defensa contra, o un subproducto de, una depresión. Los conflictos entre obediencia y rebelión, entre la búsqueda de orden y perfección moral y la urgencia de actuar obscena o violentamente, y entre la conducta evitativa de ciertas

situaciones y la cavilación constante respecto a las mismas situaciones han sugerido la idea de que la ambivalencia es la base común de la neurosis obsesiva. Nosotros pensamos que desde el punto de vista cognitivo-conductual, se debiera priorizar el estudio de los aspectos cognitivos *invariables* dentro de las variables pautas conductuales obsesivo-compulsivas, más que realizar cualquier otro esfuerzo por una interpretación causal.

ASPECTOS COGNITIVOS INVARIABLES

Si un hombre ha de comenzar con certezas, terminará dudando.

—F. Bacon, *Advancement of Learning*, Book I

Singer y Antrobus (1972), en un estudio psicométrico de las pautas de ensoñación diurna en relación a la personalidad, lograron identificar dos grupos patológicos fundamentales. Uno de éstos parece representar claramente al neurótico obsesivo. Ellos concluyeron que la persona que tiene un alto puntaje en las escalas principales del factor llamado "Ensoñación Diurna Obsesivo-Emocional" podría estar considerablemente orientada hacia el procesamiento de la imaginación y la experiencia interna, pero "muchas de las fantasías tendrían una *calidad disfórica* e involucrarían una *gran repetición de un pequeño número de temas de naturaleza algo bizarra*, emergiendo frecuentemente con *viveza casi alucinatoria*" (p. 200; énfasis añadido). Esta descripción resume brillantemente lo que uno puede observar en la investigación clínica mientras examina los modos de representación del pensamiento que acompañan a los desórdenes obsesivo-compulsivos. Casi invariablemente los pacientes, siempre que sean capaces de distinguir el modo imaginario del modo verbal, relatan la existencia de imágenes perturbadoras, vívidas y repetitivas.

Peter (ver Ejemplo 1 en sección anterior) casi "vio" una especie de tenue polvareda que venía de la prostituta, que se repartía en el aire y se pegaba a su automóvil. Al tocar las manillas del automóvil casi "sintió" este polvo sucio en sus manos y *entonces* comenzó a pensar acerca de lavarse las manos, lavar el auto y desinfectarse. Él estaba completamente consciente de lo irracional e irreal de estas imágenes, y por eso tenía problemas para encontrar las palabras para describirlas. Palabras como "polvo" no eran las apropiadas. Era más bien una imagen

"microscópica" de millones de gérmenes esparciéndose desde la mujer. Mientras estas imágenes persistían (el único modo de librarse de ellas era lavándose), se *hablaba* a sí mismo —es decir, racionalizaba su problema. Tanto la irracionalidad de la imagen (resistencia a la "compulsión") como la "solución" de la desinfección eran procesadas en el modo *verbal* de la representación interna. Cuando el lado racional del diálogo interno estaba a punto de ganar la batalla (angustia y autorreproche por su irracionalidad eran concomitantes obvios en el conflicto), otro conjunto de imágenes aparecía en su flujo de pensamientos. Él casi "veía" su cuerpo cubierto con espinillas y úlceras. Esta imagen era tan atemorizante que el pensamiento de que no había ningún riesgo real de infección era descartado. Peter prosiguió con su lavado ritual.

El caso de Peter es un claro ejemplo de las imágenes visuales y táctiles que interfieren con el diálogo interno racional y gobiernan la conducta de evitación y ritualista. Pero todos los otros tipos de modo imaginario de pensamiento pueden ser observados en las neurosis obsesivas.

Eva (Ejemplo 2) tenía imágenes auditivas de palabras distorsionadas en sus oraciones. Después de proferir en voz alta o meramente pensar, la palabra "hermano" (*brother*), casi "escuchaba" en su memoria su propia voz emitiendo la palabra "burdel" (*brothel*). En una indagación más profunda, incluso lo que previamente describimos como un *impulso* a blasfemar se revelaba como una imagen auditiva vívida de su propia voz emitiendo obscenidades horribles. Las consideraciones de Eva, en que se culpaba por ser responsable de tal pecado atroz, eran representadas en el modo verbal. Sus rituales, a pesar de ser de naturaleza verbal, eran nuevamente permeados por una cualidad imaginaria, casi sensorial. La oración recitada mentalmente debía tener, para ser efectiva, la misma cualidad sonora que la imagen auditiva de la blasfemia.

Las imágenes de Rita de estragos, destrucción, choques y muertes, también eran muy vívidas. Tanto su conducta evitativa como ritualista pretendía prevenir y evitar tales imágenes. El carácter peculiar de estos rituales se hizo comprensible a través de un examen más detenido de sus representaciones. Ella siempre estaba presente frente al desastre imaginado y se "sentía" a sí misma en esta representación como impotente, débil e indefensa. Esta autorrepresentación tenía una cualidad kinestésica muy nítida. Sacudiendo sus extremidades y contrayendo sus músculos, Rita

“cancelaba” su “imagen” kinestésica de debilidad, del mismo modo como Peter hacía con sus imágenes de suciedad y Eva con sus ecos de voz blasfemante. Las expectativas de Rita acerca de la mala suerte cayendo sobre sí misma y sus seres queridos debido a su negligencia para deshacerse de las imágenes intrusivas aterrizantes, eran expresadas en el modo verbal de pensamiento. “¡Dios mío, algo así le podría ocurrir a papá!” (o a su madre, a su novio o a sí misma) puede ser un ejemplo representativo de los comentarios “léxicos” que ella reconocía en su propio flujo de pensamiento.

Estos tres ejemplos describen una secuencia muy común de pensamientos, emociones y acciones detectables en la mayoría de los pacientes obsesivos. Imágenes vívidas, acompañadas por emociones de temor, desagrado o culpa, surgen en contextos ambientales precisos (o incluso más tarde —por ejemplo, mientras los individuos están reexaminando sus acciones diarias de modo de juzgar su conformidad con sus estándares morales). Un diálogo interno verbal, lleno de juicios negativos acerca de sí mismo o de un peligro inminente, acompaña y sigue a estas imágenes y sugiere un remedio: evitación más cuidadosa en el futuro y uso de rituales de limpieza (el llamado *deshacer*) como protección o expiación tan pronto como sea posible. Durante el diálogo interno, los pacientes pueden considerar, antes, durante o después de realizado el ritual, la irracionalidad de las imágenes y temores y del ritual mismo. Estas consideraciones son causa de mayor desprecio de sí mismo, a pesar que no detienen la finalización del ritual. Por el contrario, imágenes nuevas y más aterrizantes pueden surgir a partir del conflicto “racional” de la defectuosa resolución de problemas contenida en el ritual. Finalmente, casi siempre hay alguna conexión entre la naturaleza sensorial de la imagen intrusiva y el significado esencial del ritual (táctil —suciedad y lavado—, auditivo —proferir blasfemias y recitar oraciones—, kinestésico —debilidad física y contracciones musculares violentas)⁴.

⁴ Las llamadas teorías motoras de la mente (Weimer 1977) ofrecen un buen trasfondo para la interpretación de este fenómeno. La teoría motora señala que los procesos que subyacen a la percepción son idénticos a aquellos que subyacen a la imaginación, y que los determinantes de la acción están codificados en la corteza motora como un campo de fuerzas necesario para lograr una acción funcionalmente especificada. Sólo los “estados finales” necesitan ser especificados, como afirma Pribram (citado por Weimer 1977). El estado final de nuestros pacientes obsesivo-compulsivos es deshacerse de las cualidades sensoriales desagradables de sus imágenes, propósito que tienen que lograr mediante la acción que lleve a la percepción opuesta a esa “calidad sensorial”.

A pesar de ser común, esta secuencia no es universal en los pacientes obsesivos. Por ejemplo, en el caso de George (Ejemplo 3), nunca fue posible encontrar imágenes recurrentes “cercanas a la viveza alucinatoria”. El esfuerzo de nuestro enfoque cognitivo es encontrar aspectos constantes —o invariables—; por lo tanto, debemos ir más allá y encontrar, detrás de la secuencia recién descrita, creencias, suposiciones o reglas que nos permitan explicar la conducta obsesivo-compulsiva en casos como el de George.

Obviamente, George atribuía demasiada importancia al éxito laboral. La dificultad en su trabajo que precedió a su primera reacción depresiva de ningún modo fue un problema mayor. George en esa ocasión no se vio enfrentado a la pobreza, a la pérdida de su trabajo o a un retroceso importante en su carrera, sino sólo a la crítica de sus colegas en la oficina de abogados donde trabajaba. Sin embargo, George estaba evidentemente demasiado preocupado de las opiniones negativas y parecía identificar su valía como ser humano con el éxito en su trabajo. Más aún, era un perfeccionista, así que seguía cavilando acerca de cada posible error cometido durante el día. Esta descripción calza fácilmente con la organización cognitiva que lleva a la depresión.

Durante el segundo episodio depresivo, provocado por un problema laboral muy semejante al primero, George se veía a sí mismo como un don nadie indigno. Sentía que las críticas de las otras personas y su pobre opinión sobre sí mismo eran aspectos fundamentales de la realidad y pensaba que las cosas empeorarían aún más —la clásica “tríada de la depresión” de Beck (Beck 1967, 1970). Todas estas nociones eran procesadas fundamentalmente en el modo verbal de la representación interna, y también lo era el nuevo dilema que George enfrentaba durante su segunda reacción depresiva: ¿TEC y eficiencia o memoria intacta y depresión afflictiva? La duda de George y el alivio al descubrir que era capaz de recordar el color de la ropa del hombre en el jardín deben entenderse en el contexto de la visión “depresogénica” y “perfeccionista” de sí mismo y del mundo. Sólo una memoria capaz de pasar *todas* las pruebas podría —pensaba George— garantizarle un alivio rápido de la depresión (gracias al TEC) y la eficiencia mental (sin considerar los efectos colaterales del TEC). Nada menos que esta solución *absoluta y perfecta* podría ser aceptada por George. En base a esto, la primera falla en una de sus pruebas de memoria desató tal reacción de miedo y aflicción que él se vio enfrentado con un nuevo

dilema insoluble: ¿debería seguir haciéndose pruebas, con el riesgo de fallar nuevamente, o debería dejar de chequear su memoria pero perder el posible confort de evaluar su tolerancia al TEC?

Lectores familiarizados con la teoría del aprendizaje aplicado podrían considerar los dilemas insolubles de George similares al modelo experimental para la producción de fijaciones descrito por Maier, Glaser y Klee (1940), usado tan frecuentemente en los modelos de aprendizaje de los desórdenes obsesivo-compulsivos (ver, por ejemplo, Beech 1974b, pp. 12-13). En una analogía tentativa con los ratones a los que Maier presentaba una tarea discriminativa irresoluble, George también desarrolló una "conducta de fijación" que constantemente le impedía tratar de buscar nuevas soluciones a su dilema. El escribir toda la información relativa a sus rutinas diarias no le permitía resolver el problema al abandonar sus pruebas de memoria, pero al mismo tiempo le impedía realmente probar su memoria.

El perfeccionismo, el valor emocional adjudicado a su desempeño en un campo específico, y un dilema sobrepuesto vuelto insoluble por la búsqueda de soluciones absolutamente perfectas, precisas y definitivas, son aparentemente los ingredientes de los antecedentes cognitivos de la conducta ritualista de George. ¿Se detectan los mismos ingredientes tras la secuencia de imágenes inaceptables y vívidas, la defectuosa resolución de problemas representada en el modo verbal y la conducta ritualista que podemos evaluar en los casos de Peter, Eva, Rita y la mayoría de los pacientes obsesivo-compulsivos?

La respuesta es sí. Un examen detenido de los pacientes y sus soluciones a los problemas creados por su vívida y dolorosa imaginación intrusiva (o, como en el caso de George, por cualquier forma de inseguridad en su propia valía) rápidamente pone en evidencia cómo estas soluciones son *extremas* y rígidas. En su búsqueda, los pacientes obsesivos inevitablemente se olvidan de otros conceptos intermedios tales como la probabilidad de las variaciones en tiempo y la relatividad del peligro en relación a la cantidad e intensidad de los agentes infecciosos y sustancias tóxicas. La misma búsqueda de soluciones absolutas lleva a un examen dicotomizante del ambiente. Si hay o no hay peligro es lo único que vale. Para Peter casi no existe ninguna diferencia entre un solo germen imaginado fuera de su campo visual y la relación sexual con una prostituta. Él debe evitar toda posibilidad de contacto con prostitutas contaminantes. De la misma

manera, Eva no discrimina entre pequeñas fallas en su conducta moral y faltas serias, y no tolerará ser distraída. *Toda* su conducta religiosa *debe* ser perfecta en cada detalle. Rita no puede darse el lujo de ser negligente con sus imágenes intrusivas *ni por un instante; siempre debe* estar alerta y jamás dejar el más leve espacio para estas imágenes. De ahí, por muy extrañas e intrusivas que sean, el mecanismo de resolución de problemas en estos pacientes muestra reglas basadas en la creencia que la perfección y la certeza son posibles en la relación entre los seres humanos y la realidad. La categoría de Ellis (1962) de las creencias irracionales basadas en la "necesidad de certeza absoluta" parece estar en el núcleo mismo del enfoque de estos pacientes hacia la realidad. Por consiguiente, toda vez que surja un peligro subjetivo que involucre seriamente la autoestima, rápidamente se crea la premisa para la producción de dilemas insolubles.

En la búsqueda de certeza absoluta, y siendo incapaces de dudar y posponer como lo hacen cuando la autoestima no está directamente involucrada, los pacientes se descubren a sí mismos tratando de controlar lo incontrolable. Los rituales en este caso parecen similares a las respuestas "fijas" estereotipadas obtenidas por Maier, Glaser y Klee (1940): son "soluciones falsas" que no eliminan ni resuelven los dilemas, sino que sólo se adoptan por su poder temporal para reducir la angustia intolerable de sentirse indefensos frente a un problema "vital". Y cuando el dilema insoluble persiste, los rituales mismos se tornan repetitivos, mostrando cuán inhabilitantes e irracionales son, y los pacientes se ven enfrentados a otro dilema sin solución: abandonar los rituales y sentir angustia, o mantenerlos y estar constantemente obligados a admitir la propia irracionalidad e indefensión.

Beech y Liddell (1974) han revisado la evidencia experimental para la teoría de que las conductas ritualistas son mantenidas, a pesar de todos sus efectos negativos en los estados de ánimo, no sólo debido a su poder inmediato de reducir la angustia, sino también debido a "la abrumadora necesidad de certeza en las decisiones para *terminar* actividades" (p. 151; énfasis añadido). Buscando la evidencia que sea absolutamente correcta para terminar el ritual, el paciente es "forzado" a continuarlo.

El perfeccionismo, la necesidad de certeza y la fuerte creencia en la existencia de una solución absolutamente correcta para los problemas humanos, son diferentes rótulos verbales para una estructura cognitiva que parece ser no sólo invariable en diferentes pautas obsesivo-compulsivas,

sino capaz de explicar la construcción de dilemas insolubles. Si esta estructura cognitiva es realmente fundamental en la organización del conocimiento en pacientes obsesivo-compulsivos, debería ser capaz de explicar las numerosas otras características del estilo obsesivo extensamente descritas en la literatura clínica y experimental.

Las dudas, el posponer, la excesiva preocupación por el detalle y la inseguridad en la toma de decisiones son por cierto lógicamente conciliables con esta "necesidad de certeza". Si es que hay una sola manera correcta y veraz de responder a los problemas humanos, *debe* darse a cada detalle del problema una atención escrupulosa antes de tomar una decisión⁵. Dado que vivimos en un universo probabilístico —un hecho que los obsesivos parecen no tomar en cuenta—, la evidencia de la corrección de una elección continuamente se ve contrariada por la evidencia opuesta: los obsesivos siempre están atormentados por las dudas y siguen evaluando las opciones *opuestas*, ya que su creencia en las soluciones absolutamente ciertas y correctas les impide considerar los aspectos intermedios.

Makhlouf-Norris y sus colaboradores (Makhlouf-Norris, Gwynne-Jones y Norris 1970; Makhlouf-Norris y Norris 1972), usando el Repertorio de Rejilla de Construcción de Roles de Kelly, han demostrado experimentalmente cómo la estructura conceptual de los neuróticos obsesivo-compulsivos no es articulada; vale decir, los grupos de conceptos no están vinculados por constructos integrativos. Makhlouf-Norris sostiene que las estructuras conceptuales no articuladas permiten una categorización diferenciada de aspectos separados de una persona, pero no pueden reunirlos en una identidad particular. Estas áreas de juicio diferenciadas aparecen como islas de certezas en un mar de incertidumbres. En la incertidumbre derivada de su incapacidad para hacer juicios articulados, el obsesivo "crea islas de certezas en las cuales puede controlar los eventos, trata de crear una condición en la cual sus probabilidades objetivas son invariablemente 1,00" (Makhlouf-Norris 1968, citado por Fransella 1974, p. 187; énfasis añadido). La duda y lentitud en la toma de decisiones son el precio de mantener estas "islas de certeza": cada cosa significativa debe

⁵ Reed (1969) dio una precisa descripción de algunos aspectos que adquiere esta extrema atención a los detalles, motivada por la necesidad de certeza. Utilizando una tarea de concepto verbal y una tarea de clasificación no verbal, Reed definió las características del estilo cognitivo del paciente obsesivo-compulsivo que él llamó "subinclusión". Al definir los conceptos, el obsesivo es sobrespecífico y establece rígidas categorías exclusivas en un esfuerzo por evitar los errores y ambigüedades.

ser examinada con extremo cuidado y extensamente para hacerla calzar en este rígido ámbito de probabilidades de 1,00. La subinclusión (Reed 1969; ver Nota 5) es obviamente otro costo, asó como también la incapacidad de tolerar la ambigüedad (Hamilton 1957), la ilusión de vivir en un mundo simétrico (Rosenberg 1953)⁶ y el intenso y constante temor a la crítica (Turner, Steketee y Foa 1979)⁷. La conclusión de Makhlouf-Norris acerca de los autoconceptos en su grupo experimental de pacientes obsesivo-compulsivos es también notable: "Este sistema conceptual está predominantemente comprometido en llevar a cabo el significado de que yo soy lo *opuesto* a lo que me gustaría ser... El yo ideal es descrito por los

⁶ La atención a la simetría ha sido frecuentemente observada por los clínicos que describen el pensamiento obsesivo. A pesar que este es un aspecto algo menor del obsesivo, a veces en la terapia cognitiva es particularmente útil hacer que el paciente se percate que no vivimos en un mundo simétrico. Los lados izquierdo y derecho del cuerpo son diferentes, los perfiles izquierdo y derecho de la mayoría de las personas no son exactamente iguales, en los tejidos vivos hay principalmente aminoácidos levorotatorios (y no sus mellizos ópticamente simétricos, los aminoácidos dextorotatorios), etc.. La vida es asimétrica. Este tipo de consideraciones podría ampliar la gama de eventos con los cuales el paciente está preparado para lidiar, sin atacar directamente las creencias centrales de certeza y perfección.

⁷ Rachman (1976) sugirió que la hipersensibilidad a la crítica podría ser una característica de sólo un cierto grupo de pacientes obsesivo-compulsivos; específicamente, aquellos que generan rituales de comprobación y recomprobación (como George, en el Ejemplo 3). En sus palabras:

El motivo subyacente en todos estos ejemplos es el intento de evitar el castigo en forma de crítica de los demás o hacia sí mismo, por ejemplo, la culpa. Mientras "los que se limpian" (cleaners) están fundamentalmente tratando de evitar entrar en contacto con el peligro, la incomodidad o el miedo, "los que comprueban" (checkers) están fundamentalmente intentando evitar la crítica y la culpa (p. 270).

Rosen (1975) argumenta similarmente a favor de la distinción entre obsesivos motivados por la culpa y el temor. Esta teoría contrasta con nuestra idea de que el miedo a la crítica es meramente un subproducto de la "necesidad de certeza" del obsesivo. El esfuerzo por crear condiciones en que las "probabilidades objetivas" sean invariablemente de un 100%, es obviamente frustrado si una persona valorada positivamente está en desacuerdo con los juicios del paciente y sus elecciones. Por lo tanto, la crítica es temida y la autocritica es infligida si uno se está sintiendo y comportando en contraste a los propios rígidos estándares morales.

El resultado de estas consideraciones es que si la necesidad de certeza es una estructura cognitiva invariable dentro de las distintas pautas obsesivo-compulsivas, la consecuente hipersensibilidad a la crítica también va a ser invariable. Efectivamente, utilizando el Itinerario de Prospección de Temor, Turner *et al.* (1979) descubrió que "los que se lavan" y "los que comprueban" mostraban más sensibilidad a la crítica que los fóbicos, pero no difirieron significativamente entre sí. Esto contrasta con su hipótesis de trabajo, es decir, que los fóbicos y "los que se lavan" (obsesivos motivados por el temor) demostrarían ser menos sensibles a la crítica que "los que comprueban" (obsesivos motivados por la culpa).

polos opuestos de estos constructos (por ejemplo, describiendo el yo real)" (Makhlouf-Norris y Norris 1972, p. 283; énfasis añadido).

Nuestro análisis parece apoyar la idea de que la necesidad de certeza es efectivamente una estructura cognitiva central en la organización del conocimiento obsesivo-compulsivo. Las preguntas que surgen de inmediato son: ¿cómo llegó esta estructura cognitiva a ocupar tal posición central? ¿Cómo ocurrió que tales pacientes nunca fueron capaces de distanciarse de este modo de pensamiento, de manera que sus teorías, ahora mantenidas ante cada posible invalidación, son sostenidas como verdaderas y siguen regulando su modo de resolución de problemas a pesar de las consecuencias negativas y sus "soluciones" reconocidamente irracionales? Para intentar responder estas preguntas, procederemos a analizar el desarrollo del paciente.

ASPECTOS DEL DESARROLLO

El camino hacia arriba y hacia abajo es uno y el mismo.

—Heráclito

En la literatura clínica hay muchos ejemplos de progenitores de pacientes obsesivo-compulsivos que presentan algunos rasgos de personalidad obsesiva o autoritaria (ver, por ejemplo, Adams 1973; Laughlin 1967). Un padre estricto y muy ordenado con una actitud inflexible hacia las tareas cotidianas puede transmitir la idea de que en el mundo hay certezas absolutas y que es deseable o necesario buscarlas y comportarse de acuerdo a ellas. De hecho, tales características se encontraban en la mayoría —pero no en todos— los padres de nuestros pacientes obsesivo-compulsivos. Sin embargo, muchos padres de otros pacientes neuróticos tenían estas características, y posiblemente también muchos progenitores de individuos normales. Más aún, los hermanos y hermanas de muchos de nuestros pacientes obsesivo-compulsivos jamás copiaron la actitud de los padres. Por lo tanto, algunos otros factores aparte de la identificación deben ser responsables de la construcción de la abrumadora necesidad de certeza de estos pacientes.

Como dijimos en el Capítulo 5, la pauta de apego de niños que más tarde serían obsesivo-compulsivos tiene un aspecto común. La conducta de al menos uno de los progenitores puede ser interpretada de dos

maneras opuestas *al mismo tiempo*: (1) que él o ella cuida mucho al niño y (2) que él o ella es totalmente inexpresivo o incluso hostil hacia el niño. En este aspecto, la situación descrita en el Capítulo 5 es la más simple o quizás la más común. Un progenitor moralmente rígido que actúa coherentemente con su concepto de deber ético y autosacrificio es la figura más importante en el medio familiar del niño. El otro progenitor o aprueba este enfoque o es una figura menor, relativamente opaca. El padre rígido muestra un interés continuo en el niño, pero nunca expresa su afecto y no es demostrativo; él o ella nunca juega o se divierte con el niño. Más aún, el interés del padre se manifiesta principalmente a través de la enseñanza de reglas morales que el niño percibe como portadoras de renuncia y sufrimiento. "Él (o ella) me ama", "Él (o ella) no me ama", "Soy querible", "No soy querible", se convierten para el niño en interpretaciones igualmente posibles de lo que está ocurriendo.

En la autobiografía de sir Edmund Gosse, *Father and Son: A Study of Two Temperaments* (1907), aparece una hermosa descripción literaria de un padre similar al padre rígido descrito aquí. En el Capítulo 2 hay una punzante descripción de una forma de pensamiento mágico y de los rituales supersticiosos que el autor desarrolló cuando tenía alrededor de 6 años. Esta descripción sigue cercanamente los recuerdos de Gosse en la época del primer descubrimiento de que su padre no era infalible u omnisciente, y la afirmación de que entonces súbitamente adquirió un sentido de su propia individualidad escindida: había descubierto que él era él mismo y simultáneamente "alguna otra persona viviendo en mi propio cuerpo". Piaget (1926) usó las memorias de Gosse en una de sus más brillantes definiciones de la mentalidad mágica en el niño⁸.

Por supuesto, la forma de desarrollar un apego de "dos caras" como el descrito aquí es sólo una de las muchas maneras posibles. Esto fue transparente en la relación de Pedro (Ejemplo 1) con su madre, en el caso de George (Ejemplo 3) con su padre y en el caso de Eva (Ejemplo 2) con ambos padres. Sin embargo, la pauta de apego de Rita (Ejemplo 4) fue un tanto diferente, como lo fue para algunos de nuestros otros pacientes

⁸ Estamos convencidos que la muerte de su madre fue uno de los factores que evitó que la actividad ritualista de la niñez de E. Gosse se desarrollara en un franco síndrome adulto obsesivo-compulsivo. Su madre compartía la actitud religiosa del padre; su madrastra más adelante mostró gran afecto y comprensión hacia el niño.

obsesivo-compulsivos. Las siguientes dos viñetas ejemplifican tales variaciones temáticas.

Los padres de Rita eran bastante cuidadosos y muy afectuosos con ella y su hermano. La madre era además muy ansiosa, preocupándose de todos los posibles peligros. El padre pronto reveló que no era capaz o no estaba dispuesto a prevenir algunas de las desgracias que su esposa preveía. Ante los reproches de su esposa —frecuentes y continuos por años—, el padre de Rita reaccionaba retrayéndose en sí mismo o buscando amparo en su trabajo. Casi nunca estaba en casa, y cuando sí se encontraba, decía, muy razonablemente, que si uno tiene *cuidado* de no ser presa de temores, él o ella vivirá mucho mejor que si está siempre pensando en todos los posibles peligros. Él no especificaba cuáles eran estos peligros o cómo evitar pensar acerca de ellos y “no ser presa de temores”. A veces simplemente rumiaba algo así como “Si te la pasas *pensando* en accidentes, terminarás teniendo uno”. En este contexto, Rita desarrolló un apego más intenso con su mamá que con su papá porque ella estaba frecuentemente presente y era más protectora que él. Por otra parte, cuando tenía miedo, se sentía más cercana a su padre porque su madre la asustaba, mientras que la actitud del padre hacia el peligro era más tranquilizadora. La construcción de Rita de su propia identidad se centraba entonces en torno al siguiente dilema: buscar protección en la persona que la inducía al miedo o apoyarse en el que estaba ausente y era descuidado al especificar *cómo* uno podía librarse de los miedos. La doble cara de su identidad personal se hizo evidente: se consideraba a sí misma potencialmente capaz, de un modo inespecífico, de evitar el miedo y los peligros (actitud del padre), como asimismo de tener los accidentes más aterradores (actitud de la madre)⁹.

Otra paciente, que durante la adolescencia desarrolló una obsesión con las sustancias químicas (las consideraba indiscriminadamente

⁹ Puede ser interesante notar cómo Rita transfirió en su comportamiento compulsivo las vagas enseñanzas de su padre: “Si sigues pensando en accidentes, terminarás teniendo uno”; Rita amplificó esta expresión al punto de sentirse responsable que ocurriera el accidente imaginado, a menos que dejara inmediatamente de pensar en eso. Pero el padre no especificó cómo alejar los pensamientos, de manera que ella recurrió al modo más común y natural de hacerlo: sacudir la cabeza. Más tarde el sacudirse se extendió al resto del cuerpo.

tóxicas o cancerígenas) y los correspondientes rituales compulsivos de lavado de manos, tenía un padre ausente y una madre extremadamente temerosa de que su hija contrajera una enfermedad infecciosa. Esta madre forzó a su hija a llevar guantes, incluso en verano, cuando iban al carrusel o jugaban a la pelota. De muchas otras maneras, la madre era muy protectora y también físicamente afectuosa con la niña, pero *casi nunca escuchaba* cuando su hija le *pedía* conversar con ella. El apego de doble faz se manifestaba como una gratitud por la protección recibida y resentimiento por la demanda absurda de tener que usar guantes y, sobre todo, como una petición esperanzada de atención versus una enojada expectativa de negación. La paciente recordaba claramente un episodio que contenía, en una imagen, su actitud doble hacia su madre. La niña de 4 años estaba sentada quieta en la playa junto a su madre, pidiéndole que *conversara* con ella. La madre, sentada en una *chaise longue*, le contestó que le dolía la espalda y que no podía conversar con ella, y le pidió que se fuera a jugar a otro lado. La niña entonces se fue detrás de la silla de su madre y le golpeó la espalda con sus pequeños puños, pensando cuánto ansiaba hablar con ella y al mismo tiempo cuánto deseaba hacerle daño, ya que su *buena* mamá era tan *mala* de no querer conversar con ella¹⁰.

Muchos autores que han estudiado las raíces familiares de las neurosis obsesivas, relatan observaciones compatibles con las nuestras: H.S. Sullivan, J. Barnett y J. Ruesch, entre otros. (Para una revisión de su pensamiento y sus extensas citas, ver Adams 1973). Sullivan describió el barniz de convención y dulzura que cubre las actitudes infelices y crueles hacia el niño como una característica de al menos uno de los progenitores del obsesivo. Barnett dice que en las familias de los obsesivos, los padres camuflaban la conducta hostil hacia el niño con una fachada de amor y preocupación. Ruesch afirmaba que “la comprensión analógica” estaba socavada en los futuros pacientes obsesivos debido a un exceso de comunicación verbal

¹⁰ Cabe mencionar que esta paciente estaba decidida, incluso de niña, a no repetir los absurdos temores de su madre ante las enfermedades infecciosas. De hecho, ella siempre estaba temerosa de los químicos tóxicos, especialmente aquellos difundidos en el aire, y nunca temió a los gérmenes y otros agentes infecciosos. Este caso parece mostrar el comienzo del aprendizaje imitativo y el limitado poder de control de las decisiones sobre temas restringidos (enfermedades infecciosas) cuando el modelo está transmitiendo algo más amplio (tensión y alarma constante cuando hay un peligro remoto).

acerca de temas abstractos o morales y una falta de manifestaciones no verbales de emoción. Muchos otros relataban actitudes contradictorias en los padres de los obsesivos, tales como sobreindulgencia seguida por exigentes demandas de responsabilidad, rechazo al niño disimulado junto a una antagónica expresión exterior de preocupación, falta de confiabilidad e imprevisibilidad de las recompensas y castigos (ver, por ejemplo, Laughlin 1967).

Hay dos grandes temas de la literatura psiquiátrica que vienen a la mente cuando consideramos la relación que los obsesivos sienten que han tenido con sus padres: ambivalencia y doble vínculo. La ambivalencia ha sido uno de los grandes temas de las interpretaciones psicoanalíticas del origen de la neurosis obsesiva. Freud pensaba que las dudas de los obsesivos eran una extensión de su ambivalencia y tendía a enfatizar en forma excesiva los hechos hostiles como la preocupación focal en la ambivalencia. Sin embargo, como relata un psicoterapeuta de orientación psicoanalítica, "La ambivalencia... también está relacionada con las actitudes culturales respecto a la lealtad y la dedicación..." (Salzman 1973, p. 45) y "Es claro que la persona obsesiva a menudo es incapaz de amar a otra,... [pero esto] es un aspecto de su ambivalencia y duda, y no el *resultado* de éstas" (p. 40; cursivas en el original). "En cierto sentido, la ambivalencia es la experiencia de querer y no querer al mismo tiempo. Después de un tiempo empieza a estimular dudas e incertidumbres acerca de la propia integridad y honestidad" (Salzman 1973, p. 40).

Desde nuestro punto de vista, hay sólo conexiones parciales entre el concepto de ambivalencia del obsesivo y el concepto de una relación que puede ser interpretada como teniendo características opuestas simultáneamente. Tal relación de apego induce en los pacientes una visión "doble" de sí mismos y de la realidad, y la intolerancia de tal visión genera la necesidad de certeza (por ejemplo, la necesidad de descubrir cuál de los dos lados es el verdadero) y la necesidad de perfección (la voluntad de actuar de una manera tan irreproachable que permita consolidar el lado positivo y repudiar el lado negativo). La duplicidad de las emociones en conflicto es un aspecto de la duplicidad de las interpretaciones cognitivas, más que viceversa.

El tema del doble vínculo es de fundamental importancia en la interpretación de la esquizofrenia ofrecida por el modelo sistémico (terapia familiar). Recientemente ha sido considerado cada vez más como un

"mecanismo patogénico universal" (Sluzki y Veron 1976) en el estudio sistémico de conducta anormal. En efecto, hay correspondencias obvias entre la definición más amplia de "doble vínculo" (una situación comunicativa donde de hecho es imposible no elegir, pero donde cualquier opción es *lógicamente* errónea) y el dilema insoluble experimentado por los pacientes obsesivo-compulsivos en sus relaciones de apego. De todas maneras, estamos estudiando el aspecto cognitivo del dilema insoluble y sólo en segundo lugar los aspectos de comunicación interpersonales.

Estos aspectos cognitivos pueden resumirse en la imagen de alguien que se siente forzado, por una situación insoportable de indecisión entre dos opuestos, a monitorearse a sí mismo y la realidad en busca de la *verdadera* naturaleza de las cosas y el modo adecuado de comportarse, sin considerar las probabilidades y variabilidades de este mundo o los innumerables matices y sombras entre el blanco y el negro.

ORGANIZACIÓN COGNITIVA EN PATRONES OBSESIVO-COMPULSIVOS

ADAM: ¿Cómo puedo no cavilar cuando el futuro se ha vuelto incertidumbre... La Esperanza es malvada. La Felicidad es malvada. La Certeza es bendita.

—G.B. Shaw, *Back to Methuselah*, Part 1

Los esquemas emocionales donde la autoimagen y la imagen de las figuras de apego tienen características opuestas son el punto de partida para comprender la organización del conocimiento en pacientes obsesivo-compulsivos. En las etapas más tempranas de la organización, cuando el diálogo interno acerca de las imágenes primitivas de autoconocimiento tácito es estructurado en una actitud hacia uno mismo, la identidad personal surge de una manera escindida. Como ya lo hemos mencionado, fue de esta manera, de alguna forma escindida en dos, que E. Gosse súbitamente adquirió la sensación de su individualidad. Esta no es la única descripción autobiográfica famosa de tal experiencia.

El premio Nobel de Literatura Hermann Hesse y Carl Gustav Jung describen sentimientos similares en sus memorias. Hesse sentía que su "doble" estaba siempre a su lado, sugiriendo actos injustificados y provocativos. En una oportunidad, el "doble" indujo a Hesse niño a saltar a una

fuerza. En otra oportunidad, el padre de Hermann, luego de una fuerte amonestación por una mala conducta, le dio un pequeño calendario como símbolo de reconciliación; el "doble" instantáneamente le ordenó al pequeño Hesse lanzarlo al río y Hermann, que quería mucho el objeto, obedeció. Jung recuerda haber estado convencido, cuando era niño, que él estaba hecho de dos personas diferentes —y de hecho opuestas— a las cuales él llamaba "Número Uno" y "Número Dos". En sus memorias, recopiladas por Aniela Jaffé (1963), él da una descripción detallada de las dos "personas" de sí mismo y de su madre. (Él pensaba que sus padres también tenían un Número Uno y un Número Dos). Podemos decir que tanto Hesse como Jung siempre lucharon por armonizar los dos grandes opuestos: la sabiduría occidental y la sabiduría oriental, a Narciso el teólogo y Goldmundo el místico, Dios y el Demonio (en *Demián*, Hesse refleja en Abraxas "el Dios que es al mismo tiempo Dios y el Demonio"), introversión y extraversión, el yo y su sombra conformando juntos al individuo, y así sucesivamente.

En vista de una identidad escindida, con una actitud hacia sí mismo y una actitud hacia la realidad que simultáneamente tienen valencias opuestas y que lo inducen a uno a considerar los contrastes irreconciliables entre las cosas, hay sólo dos enfoques posibles. Uno es aceptar los aspectos opuestos del yo y del mundo y tratar de componerlos en una unidad armónica. Esta es aparentemente la manera de Jung y Hesse. Pero las personas que tienen más posibilidades de desarrollar el síndrome obsesivo-compulsivo escogen otra manera: *sólo uno* de los dos opuestos debe ser "verdadero", o al menos llegar a ser "verdadero" a través de un esfuerzo constante hacia la perfección. El aspecto negativo opuesto es entonces racionalizado como resultado de un esfuerzo insuficiente de alcanzar la perfección. Los errores son considerados execrables dado que representan el abismo de un mal tan absoluto como la virtud anhelada. La idea de la perfección y certeza sugerida por los padres se convierte en la clave para entender la realidad y regular la conducta propia.

Así, no habiendo alcanzado la absoluta perfección y certeza, el obsesivo sigue centrando su atención en el futuro (un hecho frecuentemente reportado por los clínicos; ver, por ejemplo, Salzman 1973, pp. 67-72). En el futuro, la certeza y la perfección serán alcanzadas si uno es capaz de *anticipar* y controlar todos los *peligros* que trae el futuro, sin distracción ni errores. Las reglas conductuales y morales aprendidas no tienen ningún

valor práctico y no son consideradas con respecto a su función: son un "deber" abstracto, que supuestamente llevará a una perfección igualmente abstracta (Shapiro 1965).

La organización del conocimiento se completa así. La sensación original de duplicidad derivada de los datos de autoconocimiento es controlada por una actitud extremadamente rígida hacia uno mismo. La identidad personal es concebida como una personalidad temporalmente imperfecta, esforzándose por ser perfecta en el futuro. El sí mismo real, como señalan Makhoul-Norris y Norris (1972), se construye como lo *opuesto* al sí mismo ideal. Los aspectos opuestos de la autoimagen propuestos por el autoconocimiento tácito están siendo constantemente integrados, mediante una actitud rígida y severa hacia uno mismo, en una identidad personal estable y unitaria en el presente y otra, rigurosamente definida, a ser alcanzada en el futuro. La consecuente actitud hacia la realidad implica una elección de todos los aspectos opuestos, de modo de alcanzar los positivos y evitar los negativos; un análisis cuidadoso de las conductas de las demás personas; y un estado constante de alarma y duda, de manera de evitar peligros y errores.

En palabras de Ellis (1962), las siguientes creencias irracionales están especialmente representadas en esta construcción teórica:

- "La idea de que uno debiera ser completamente competente, adecuado y exitoso en todos los aspectos posibles si uno desea considerarse valioso" (p. 63).
- "La idea de que si algo es o puede ser peligroso y atemorizante, uno debe preocuparse terriblemente por ello y mantenerse cavilando sobre la posibilidad de su ocurrencia" (p. 75).
- "La idea de que existe, invariablemente, una solución correcta, precisa y perfecta para los problemas humanos, y que es catastrófico si no se la alcanza" (p. 87).

Estos tipos de creencias aparecen en las actitudes de los pacientes hacia sí mismos y la realidad; son la base de la identidad personal y funcionan como una suerte de cinturón protector (para usar la analogía del modelo de Lakatos), impidiendo la crítica y la admisión de limitaciones de experiencias particulares del conocimiento tácito acerca de la duplicidad del sí mismo y la realidad. Estas creencias guían los modelos representacionales

de la realidad de los obsesivos hacia una dicotomización rígida de los datos de la realidad para evitar errores y peligros y para encontrar la "solución perfecta". El consecuente "pensamiento polarizado" (Beck 1976) está en concordancia con las imágenes opuestas del núcleo duro metafísico.

En la organización de los pacientes obsesivo-compulsivos pueden existir otras creencias irracionales además de las mencionadas, pero ellas están en un nivel secundario de la estructura conceptual. Por ejemplo, "la idea de que ciertas personas son malas, perversas o viles, y que debieran ser culpadas y castigadas duramente por ello" (pensamientos irracionales de Ellis, Nota 3; cf. Ellis 1962, p. 65), es lógicamente consecuente con la actitud perfeccionista de estos pacientes. De todas maneras, no es indispensable para el mantenimiento de la identidad personal y por lo tanto puede ser fácilmente corregida mediante psicoterapia o en forma espontánea. En pro de la perfección, los obsesivos pueden apegarse a la idea de que, por ejemplo, uno no debe juzgar a los demás, de acuerdo a la enseñanza de los Evangelios ("No juzgues y no serás juzgado"). Por consiguiente, ellos pueden *rígidamente* evitar el culpar a otros, pero esto de ninguna manera evitará su noción de la perfección y la certeza; de hecho, la confirmará. Un importante estudio de Marks (1966), usando el diferencial semántico, muestra cómo puede suceder esto. Los obsesivos usaron en una frecuencia significativamente mayor la posición *central* de las escalas más que las posiciones intermedias, *más discriminatorias*. Puede argumentarse que las posiciones centrales en una escala son al menos tan poco ambiguas para los obsesivos como las escalas extremas y así también les permite evitar calificaciones extremas.

Las actitudes obsesivas hacia sí mismos tienen un efecto peculiar en su ensoñación y fantasía. Como dice Singer (1976):

El obsesivo, en el peor de los casos, examina y reexamina constantemente cada secuencia de pensamiento y fantasía, dividiendo cada elemento en segmentos más pequeños, constantemente preocupado de culpas presuntas y autodudas... En un caso extremo,... un individuo puede obsesionarse tanto con los detalles que se permite muy poca fantasía libre o imagería interna, y en lugar de eso prefiere sumergirse en un conteo detallado o en *operaciones verbales* excesivamente precisas (p. 192; énfasis añadido).

La imagería es algo muy cercano a las operaciones "analógicas", que no pueden ser fácilmente divididas en dos opuestos, mientras que las operaciones verbales son "digitales" y siempre implican opuestos. Así, una vez más, a través de la exclusión de la fantasía libre, el "cinturón" del perfeccionismo "protege" el núcleo duro metafísico de experiencias internas reprochables.

Ante eventos particularmente estresantes, suelen aparecer imágenes intrusivas recurrentes en la conciencia del individuo. Estas imágenes contienen información relativa a las situaciones estresantes que pertenece al autoconocimiento tácito, pero que generalmente no está procesada en el modo verbal de representación interna. En los pacientes obsesivo-compulsivos, estas imágenes producen una alarma excesiva debido a su naturaleza incontrolable, pero especialmente debido al enfoque del paciente hacia todo lo que parece peligroso o erróneo. (Ante un evento estresante, las imágenes intrusivas no solicitadas inevitablemente adquieren implicancias peligrosas o erradas). Los obsesivos intentan controlar o anular *totalmente* el peligro imaginado, con el resultado frecuente de crear una serie de dilemas insolubles.

Para Peter (Ejemplo 1), el evento estresante fue el juego de seducción que una mujer mayor realizó cuando él tenía 16 años. En esa época, él estaba enamorado de una niña que consideraba "angelical". Sus amigos trataban de persuadirlo de tener juntos su primera experiencia sexual con una prostituta. Él se negó y comenzó a pensar en su "ángel", en contraste con la "bestialidad" de la relación sexual con prostitutas. Empezó a cuestionarse para ver si sentía el menor interés en tener sexo con prostitutas. Un día una mujer atractiva, ciertamente no prostituta y a quien había conocido en la casa de su tío, juguetonamente coqueteó con él. De pronto tuvo una imagen de ella vestida como prostituta. Su primera evitación de contacto —aunque indirecta— con prostitutas significaba la reafirmación de que él jamás sería engañado por una prostituta que no lo pareciera. Así se descubrió pensando en todas las mujeres con aspecto relajado como una posible prostituta. Él tenía imágenes recurrentes de prostitutas tocándolo. Un primer dilema fue que la evitación absoluta de algo desagradable implicaba pensar constantemente en ello. La base para un segundo dilema fue la creencia de Peter de que él *debía* ahuyentar

las recurrentes imágenes de prostitutas; de otra manera, tendría que admitir que quizás deseaba estar con ellas. Para hacer esto, él tenía que crearse pensamientos cada vez más desagradables acerca de ellas y lavarse mientras tenía estos pensamientos. Así se originó un segundo dilema: continuar con estos rituales reaseguradores o detenerlos dada su irracionalidad y crecientemente aflictiva "compulsividad".

En los casos de Eva y Rita, eventos "secundarios" igualmente estresantes llevaron a la creación de dilemas insolubles. Este es frecuentemente el caso con pacientes obsesivo-compulsivos, y la facilidad con que episodios aparentemente irrelevantes dan inicio al proceso quizás pueda explicar las inconsistencias entre los numerosos estudios respecto a los factores precipitantes de las neurosis obsesivas (para una revisión de estos estudios, ver Black 1974). Sin embargo, en todos los casos, problemas autofabricados sin solución dan lugar a una mayor rigidización de la actitud hacia uno mismo y a la proliferación de teorías *ad hoc*, que son repetitivas y sustancialmente infructuosas para explicarse a uno mismo las imágenes intrusivas y la necesidad de rituales. El "programa de investigación" (volviendo al modelo de Lakatos) sufre un "cambio regresivo".

Cabe señalar que mientras la actitud hacia uno mismo se torna más rígida y las creencias fundamentales en que se basa la identidad personal se fortalecen, el mismo sentimiento de duplicidad que resultó en la organización del conocimiento puede reemerger (pero sin integrarse a la identidad personal).

Peter dijo que fue "otra persona" quien le sugirió esas imágenes desagradables de prostitutas y quien impedía el éxito de su yo reflexivo, quien, a su vez, clamaba por la irracionalidad de los temores y rituales. Y rápidamente agregó: "Doctor, estoy muy consciente de que yo soy ese 'otro', pero no puedo evitar sentirme separado de mí mismo".

Eva dijo que ella estaba compuesta de dos mitades, que ella identificaba con sus lados izquierdo y derecho. El lado derecho era bueno y el izquierdo, malo. El mundo externo también estaba dividido en dos. Es por eso que ella tenía que repetir su ritual cuatro veces: las dos partes buenas de sí misma y del mundo tenían que enfrentar a las dos mitades malas y anularlas.

Otros pacientes obsesivos expresan su sensación de división diciendo: "Ahora no soy yo quien habla, es mi inconsciente" (un paciente que estuvo en tratamiento psicoanalítico por muchos años), "Yo tengo dos partes, una masculina y otra femenina, y no puedo juntarlas", "Debo tocar todo con la mano derecha, mi mano izquierda es muy torpe".

PLANIFICAR UNA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

La Serpiente: ...Yo temo la certeza como tú la incertidumbre... Nada es más cierto que la incertidumbre. Si ato el futuro, ato mi voluntad. Si ato mi voluntad, estrangulo la creación.

—G.B. Shaw, *Back to Methuselah*, Part 1

Las técnicas de terapia conductual introducidas en los últimos años mejoraron enormemente la prognosis de los desórdenes obsesivo-compulsivos (para una revisión extensiva, ver Beech y Vaughan 1978). A través de estas técnicas es posible alterar la actitud del paciente hacia sus propios rituales, sus expectativas acerca de qué podría ocurrir si no los realiza (Meyer 1966) y la actitud hacia sus imágenes intrusivas, que luego de una terapia de modelaje e inundación ya no son consideradas como algo que ellos "no pueden soportar" (Rachman 1971b; Rachman, Marks y Hodgson 1973). Las técnicas conductuales por sí mismas, sin embargo, sólo pueden llevar a cambios superficiales. En comunicaciones personales con nosotros, Isaac Marks y John Boulougouris dan un buen ejemplo de cómo tal cambio periférico se expresa en palabras de los pacientes. Ellos observaron una actitud diferente en pacientes fóbicos y obsesivo-compulsivos que se habían sometido a tratamientos basados en la exposición a situaciones previamente evitadas. Los objetivos estimados de mejoría fueron semejantes (en términos de capacidad de enfrentar los estímulos antes evitados con un mínimo de excitación autonómica), pero las estimaciones *subjetivas* de los pacientes fóbicos y los obsesivo-compulsivos fueron bastante distintas. Mientras los fóbicos afirmaban que se habían beneficiado con el tratamiento, los obsesivo-compulsivos afirmaban estar tan enfermos como antes.

Desde nuestro punto de vista, esto es bastante comprensible si consideramos que el tratamiento de exposición (inundación) no modifica la actitud perfeccionista hacia uno mismo. Encontrándose aún temerosos de

ciertas situaciones, los obsesivos creen que no han cambiado en ninguna forma. Sólo una *perfecta* y total ausencia de temor indicaría un cambio; las calificaciones intermedias son excluidas.

Por lo tanto, el principal objetivo de la estrategia con pacientes obsesivo-compulsivos debiera ser alterar esta actitud perfeccionista y necesidad de certeza. Al mismo tiempo, el terapeuta no puede atacar directa e inmediatamente las creencias centrales de la organización cognitiva. A través de ella, el paciente ve e interpreta la realidad, sea lo que sea que el terapeuta diga. La posibilidad de malentendidos y paradojas reales derivados de tal ataque frontal es totalmente evidente.

Entonces, el primer paso de la estrategia terapéutica debería respetar, pero también explotar, la actitud perfeccionista, preparándose para una subsiguiente modificación y permitiendo también el comienzo de un trabajo muy concreto y factual con el paciente. El terapeuta puede comenzar recomendando al paciente que *no se comprometa demasiado* con la terapia propuesta y, sobre todo, que acepte desde el principio el hecho de que la terapia misma, a pesar de requerir un gran esfuerzo, dará solamente un *resultado parcial*. Sólo la mayoría de los temores y rituales desaparecerán, pero quedará un núcleo de perturbaciones.

Este método de proponer el objetivo del tratamiento y de advertir a los pacientes acerca de su conducta general (no comprometerse *demasiado*) puede recordar a los lectores las prescripciones paradójicas sugeridas por los pragmáticos de la comunicación humana (Watzlawick, Beavin y Jackson 1967; para la aplicación en tratamiento de pensamientos obsesivos, ver Solyom, Garza-Perez, Lewidge y Solyom 1972) y la eficacia reconocida de una "actitud desafiante" por parte del terapeuta conductual al inducir a los pacientes obsesivo-compulsivos a enfrentar las situaciones temidas. Estamos convencidos que este método tiene otras ventajas:

1. Los pacientes piensan que el terapeuta está siendo *honesto* al advertirles que no esperen una recuperación total. Dado que los obsesivos dan gran importancia al comportamiento ético, este enfoque favorece la buena relación terapéutica.
2. Se *sugiere* la idea que algo puede hacerse, sin implicar que esto será completo y perfecto. Esto ayuda a establecer las bases contextuales para una posterior crítica verbalizada y explícita de las creencias relativas a la certeza y al perfeccionismo.

3. Se descarta la expectativa de los pacientes de verse forzados a dejar de lado sus rituales —y que esto será terrible y probablemente imposible. En vez de eso, se les aconseja no comprometerse *demasiado* en esto, sugiriendo incluso que se verán tentados a retomarlos.
4. Se reconoce explícitamente que un núcleo de temores y rituales tiene un valor protector y que debe mantenerse. Esto prepara el camino para una exploración de la conexión entre imágenes intrusivas y autoconocimiento tácito a fin de explicar la naturaleza de este valor de protección.
5. Entonces es posible comenzar la terapia conductual, directa y concreta, y al mismo tiempo iniciar consecuentemente una discusión verbal sobre la naturaleza y origen de los temores y rituales con respecto a las nociones del paciente sobre sí mismo y el mundo.

En este punto, de acuerdo a nuestra experiencia, los pacientes son motivados a seguir las prescripciones de una técnica de terapia conductual incluso en un ambiente normal. Únicamente 4 de los 21 pacientes obsesivo-compulsivos que tratamos en los últimos años necesitaron un ambiente controlado —tal como un pabellón psiquiátrico—, y sin embargo todos aceptaron la exposición guiada a situaciones temidas y el descarte progresivo de las conductas ritualistas.

Generalmente después de delinear el tratamiento recién descrito, procedemos a una exposición modelada "vicaria" de la situación temida. En otras palabras, el terapeuta le pide al paciente que lo *mire* tocar algún objeto que el paciente considera contaminante o que *escuche* al terapeuta musitar un texto con palabras que el paciente no quiere oír. El punto aquí es hacer que los pacientes sientan que controlan la situación. Se les pide, por ejemplo, posponer sus rituales hasta después del final de la sesión; pero al mismo tiempo se les pide que guíen las acciones del terapeuta, por ejemplo, pidiéndole que deje de tocar el objeto o de leer el libro cuando sientan que ya no pueden soportar más la angustia. A los pacientes temerosos de contaminación se les puede pedir que abran la puerta por sí mismos al final de la sesión, de modo que el terapeuta no tocará ningún objeto del lugar, ni siquiera la manilla de la puerta; de esta manera los pacientes están seguros que, después de tocar el objeto "contaminante", el médico no tendrá contacto con otros objetos y que ellos podrán volver a la misma sala para la próxima sesión. El terapeuta puede incluso sugerir al

paciente que lo acompañe al baño y abra la llave del agua, de modo que la próxima vez pueda usar el baño con tranquilidad. En este ejemplo, el terapeuta explicará que el lavarse las manos después de la sesión es parte de la política de dar seguridad al paciente.

En este enfoque, Peter (que vio al terapeuta manipular la hoja de un árbol de una calle frecuentada por prostitutas) reaccionó diciendo que "todo esto no era necesario" (refiriéndose a las preocupaciones excesivas del terapeuta); incluso estuvo de acuerdo, al final de la primera sesión de modelaje, en dar la mano al terapeuta, diciendo que se la lavaría sólo cuando llegara a su casa.

Para este trabajo inicial de modelaje y las exposiciones posteriores, el terapeuta debe con frecuencia dar muestras de gran imaginación y, algunas veces, pedir cooperación a una asistente social psiquiátrica que repetirá la operación en la casa del paciente.

En el caso de Eva, se le pidió a un sacerdote cooperar blasfemando mientras estaba con ella en la iglesia, especificando que Dios no se ofendería, dado que el propósito era reducir el temor de Eva a ciertas palabras, que, después de todo, no son más que sonidos.

En el caso de George, el terapeuta puso encima de su escritorio un gran número de libros con distintos títulos y muestras de remedios con nombres raros. Entonces, después de algunos minutos, alejó todo esto de la vista del paciente, diciendo que ni él ni George necesitaban recordar todos esos nombres y títulos. Después, el terapeuta tarjó con un lápiz las pocas notas que George había escrito en su cuaderno, enfatizando nuevamente el hecho que podían seguir conversando aun cuando no fuera capaz de leerlas. Únicamente cuando George accedió, el terapeuta tarjó de nuevo las notas, esta vez con una lapicera; después de unas pocas sesiones, el propio George comenzó a sacar algunas páginas de su cuaderno.

En el caso de Rita, el terapeuta comenzó leyendo en voz baja palabras tales como "muerte"; más tarde se le pidió a la propia paciente que leyera en voz alta párrafos enteros de libros donde esas ideas eran

recurrentes. Después de tres meses, Rita fue capaz de caminar por el cementerio conversando con el terapeuta. En este caso, la ayuda de la familia fue muy importante: cuando los parientes comprendieron el significado de los espasmos musculares de Rita, se interrumpió el círculo vicioso descrito en pp. 270-271. Mientras el trabajo de modelaje y exposición progresiva continuaba, los rituales fueron desapareciendo cada vez más, tal como sugirieron Meyer *et al.* (1974) en la descripción de su "terapia apotréptica".

En las sesiones de modelaje, los terapeutas también tratan de obtener de los pacientes una descripción de sus representaciones internas durante exposiciones como la presente. En base a esta descripción se les hace notar a los pacientes la rigidez y el perfeccionismo de su mecanismo para resolver problemas usando un razonamiento similar al descrito en pp. 276-280. El objetivo manifiesto por el momento es obtener un distanciamiento y descentramiento, más que criticar las creencias irracionales mencionadas en p. 287 (ver Beck 1976, pp. 242-245). Una vez obtenido este distanciamiento, podremos ensayar con los pacientes el reconstruir su apego e historia de aprendizaje temprano de modo de aclarar los aspectos recurrentes del tipo "parejas de opuestos". En esta etapa generalmente proponemos una crítica racional de sus creencias irracionales del tipo propuesto por Ellis (1962, p. 61 *ff.*). Aquí nuevamente la crítica racional debe comenzar por las creencias periféricas (por ejemplo, "ciertas personas son intrínsecamente malas y deben ser castigadas por eso") y luego ir a las más centrales ("Hay invariablemente una solución correcta, precisa y perfecta a los problemas humanos, y es catastrófico no encontrarla"). Actuar de esta manera asegura que el contexto de las nuevas nociones que el paciente está adquiriendo, le permita encarar posibles imágenes no solicitadas que provienen del autoconocimiento tácito.

El caso de Peter nuevamente ofrece un buen ejemplo de cuán importante es tener en cuenta la estructura jerárquica de la organización del paciente al sincronizar las diferentes intervenciones terapéuticas. Mientras su perfeccionismo estaba siendo criticado según la terapia racional de Ellis, Peter tuvo una imagen intrusiva en la cual el terapeuta era un aburrido profesor mostrando números en la pizarra de la clase, acompañado por el comentario: "¡Qué presumido él de pensar

que lo sabe todo!". Habiéndose preparado por adelantado, Peter no aceptó esta imagen como una descripción adecuada y objetiva del terapeuta, ni tampoco aceptó una interferencia ulterior de su propio "doble". Por el contrario, fue capaz de identificarla como *una de las maneras* con que, haciendo uso de su conocimiento tácito, él podía escoger *uno* de los aspectos posibles del terapeuta. Algunos años antes, Peter había abandonado la psicoterapia porque el médico le parecía "aburrido y presuntuoso".

En este punto de la confrontación de las estructuras profundas de la organización cognitiva, generalmente es posible sugerir al paciente un ejercicio que ha demostrado ser muy útil para reducir el carácter perturbador de las imágenes residuales intrusivas y recurrentes. Le pedimos al paciente que "permanezca" en esa imagen en lugar de eludirla y que intente describirla con palabras (primero con el terapeuta, luego en su diálogo interno) hasta el último detalle. De acuerdo al principio de Klinger (1980), "focalizar la atención en una imagen o en una de sus partes con frecuencia resulta en una espontánea transformación de la cosa: en la cantidad de detalles, en su forma o en el efecto que provoca" (p. 252). El paciente, de hecho, ve la imagen diluirse o revela detalles significativos de su historia personal y en todo caso pierde su calidad de "impulso" y de experiencia perturbadora¹¹. A menudo al final de la terapia, el paciente debiera ser animado a confiar en la fantasía libre, sugiriéndole el ejercicio opuesto: representar de vez en cuando con imágenes vívidas los contenidos del diálogo interno.

El ciclo terapéutico descrito aquí puede ser logrado, por regla general, en alrededor de 100 sesiones durante un período de 1 a 2 años. Por supuesto, esta extensión es necesaria para un objetivo tan ambicioso como la reestructuración de la identidad personal. Un marcado alivio sintomático, que quizás resulte ser de larga duración, se puede alcanzar en un tiempo

¹¹ Pensamos que el procedimiento sugerido es semejante en sus efectos a las técnicas de terapia conductual descritas como inundación imaginaria y "saciedad" (ver Beech y Vaughan 1978). Estas técnicas también implican una descripción *verbal* detallada y repetida de las imágenes intrusivas que perturban al paciente. El modo en que nosotros proponemos este tipo de terapia al paciente ("traducción" de imágenes a palabras) y, sobre todo, la sincronización de ella (*después* de reestructurar el núcleo central de creencias irracionales) es consecuente con nuestra visión estructural y jerárquica. Las imágenes intrusivas, según nuestra teoría, provienen fundamentalmente del autoconocimiento tácito. El sujeto es capaz de encararlas adecuadamente sólo después de una crítica exitosa al cinturón protector.

mucho más corto, en no más de 60 a 70 sesiones. A veces es necesario introducir en el programa de tratamiento varias intervenciones en familia (ver, por ejemplo, Meyer *et al.* 1974).

A continuación se presenta un esquema del tratamiento de pacientes obsesivo-compulsivos (los puntos indicados con letras son opcionales):

1. Proposición paradójica del objetivo limitado del tratamiento y el mandato de evitar esfuerzos excesivos.
2. Programa de exposición gradual a las situaciones temidas (modelaje, exposición gradual *in vivo*, etc.).
3.
 - a. Prescripción de limitación gradual de los rituales.
 - b. Intervención conductual en la familia, si es necesario.
 - c. Discusión de los pensamientos (pictóricos y verbales) emergentes durante las exposiciones programadas.
4.
 - a. Comenzando desde la discusión en 3a, señalar, en términos generales, la rigidez en la resolución de problemas y el perfeccionismo del paciente.
 - b. Breves comentarios sobre aspectos colaterales de la actitud perfeccionista (por ejemplo, consideraciones acerca de la asimetría de la vida, como se delineó en la Nota 6 de este capítulo).
5. Distanciamiento y descentramiento. (El terapeuta se asegura que el paciente entienda completamente la diferencia entre los propios pensamientos y la realidad "objetiva").
6. Identificación y clara verbalización de las creencias irracionales centrales (o presuposiciones básicas).
7. Reconocimiento y explicación de las experiencias básicas del aprendizaje y apego tempranos (el aspecto doble y opuesto del autoconocimiento).
8. Crítica racional de las creencias irracionales básicas. "Tareas para la casa" relacionadas (por ejemplo, entrenamiento asertivo).
9.
 - a. Práctica de "traducción" desde el modo imaginario al modo verbal, y viceversa.
 - b. Discusión de las "imágenes contrastantes" que pueden emerger.
10. Resumen final de cómo el autoconocimiento y el conocimiento del mundo se organizaron hasta el momento de la terapia y cómo mantener la reestructuración obtenida.

Capítulo 12

DESÓRDENES ALIMENTICIOS

Al inicio de su valioso libro *Eating Disorders* (1973), Hilde Bruch afirma que la obesidad y la anorexia nerviosa “están estrechamente relacionadas a través de problemas comunes subyacentes” (p. 3, edición de Routledge & Kegan Paul)¹. En los capítulos siguientes, Bruch de hecho da varias pistas acerca de los “problemas comunes subyacentes”. Sin embargo, a pesar de que es precisa al considerar las distintas maneras en que se manifiestan los desórdenes alimenticios en la observación clínica, de algún modo pasa por alto el núcleo común de la conducta interpersonal, la expresión emocional y la organización cognitiva que pueden observarse en muchos casos de desórdenes alimenticios. La distinción de Bruch entre obesidad reactiva, obesidad del desarrollo, “síndrome de las personas delgadas-gordas”, desnutrición psicogénica, anorexia nerviosa atípica y anorexia nerviosa primaria, es ciertamente significativa desde los puntos de vista teórico y clínico²; por otra parte, la necesidad de describir y distinguir los distintos síndromes clínicos ha limitado el examen de los “problemas comunes subyacentes”.

En este capítulo tratamos el tópico de los desórdenes alimenticios de una manera que es complementaria al trabajo de Bruch: describimos siste-

¹ En este capítulo hacemos un uso libre de las citas del trabajo de Bruch. La edición original de Basic Books, New York (1973), es muy difícil de encontrar en Italia, y por lo tanto hemos referido al lector a un material citado en la edición Routledge & Kegan Paul, Londres (1974).

² Las observaciones clínicas relatadas en este capítulo se refieren a tres categorías de desórdenes: anorexia nerviosa primaria, “síndrome de las personas delgadas-gordas” y obesidad del desarrollo. Esto excluye casos donde la conducta alimentaria anormal en un adulto representa un episodio reactivo a

máticamente el “problema subyacente común” de los desórdenes alimenticios y nos referimos sólo superficialmente a las muchas diferencias entre los individuos y entre las distintas subcategorías. De acuerdo a nuestra experiencia clínica, los aspectos comunes de los desórdenes alimenticios, que a veces son susceptibles de ser hallados aun cuando la conducta alimentaria anormal es parte de un síndrome esquizofrénico, pueden ser adscritos a tres niveles distintos de análisis: conductual, cognitivo y transaccional-familiar.

ASPECTOS CONDUCTUALES

Mira a un hombre comer. ¿Qué te puede esconder ese hombre?
—De un antiguo comentario al I Kings

Hay tres áreas conductuales que permiten iluminar aspectos comunes de los desórdenes alimenticios: la conducta alimentaria, la conducta interpersonal y la conducta sexual. También cabe considerar el nivel de actividad general.

El aspecto común de las conductas alimentarias anormales es auto-definido: en pacientes con desórdenes alimenticios, el comer se convierte en algo independiente del hambre y la saciedad. Las pautas anormales de alimentación pueden cambiar de caso en caso: involucrar una dieta muy estricta; alimentación excesiva continua; súbitos períodos de abstinencia; ataques de hambre o excesos de sobrealimentación compulsiva (bulimia); vómito autoprovocado o espontáneo; consumo abusivo de fármacos anoréxicos, laxantes, diuréticos, etc. Pero si podemos identificar dentro de las pautas de alimentación desordenada algún episodio donde la anormalidad es más claramente notoria, y si analizamos este episodio (considerado como conducta objetiva) en términos de antecedentes y consecuencias, pueden observarse dos aspectos comunes en casi todos los casos:

eventos estresantes (obesidad reactiva) y casos donde la desnutrición psicogénica es parte de otro síndrome psiquiátrico (esquizofrenias catatónicas, epilepsia, retardo mental, depresión severa). También excluimos casos que presentan un marcado aspecto de conducta histérica (anorexia nerviosa atípica, de acuerdo a Bruch). La categoría de “personas delgadas-gordas” incluye pacientes de peso fundamentalmente normal que siempre se sienten amenazados por la obesidad y tienen una actitud hacia el alimento similar a la de los pacientes anoréxicos. Estas personas recurren al vómito cuando creen que han comido mucho o, más frecuentemente, alternan períodos cortos de sobrealimentación irregular y cortos períodos de abstinencia de comida (ver Bruch 1973, Cap. 11).

1. El antecedente común del empeoramiento de la conducta alimentaria anormal está presumiblemente representado por un sentimiento de desagrado. Cabe señalar que tanto obesos como anoréxicos suelen describir este sentimiento como “sentirse vacíos”. Los pacientes obesos generalmente reaccionan a sus sentimientos de “vacío” sobrealimentándose y los pacientes anoréxicos, reduciendo aún más su ingesta alimenticia.
2. El empeoramiento de la conducta alimentaria anormal generalmente influye en la interacción del paciente con su familia. Los parientes tratan de convencer al paciente de normalizar sus hábitos alimentarios y sus esfuerzos usualmente tienen el efecto contrario. El paciente se siente incomprendido e invadido y reacciona persistiendo en la conducta alimentaria anormal.

La conducta interpersonal se caracteriza por una evaluación común en prácticamente todos los pacientes que sufren de desórdenes alimenticios: que ellos son de alguna manera ignorados o “fisgoneados” por sus seres queridos. El retraimiento como una reacción a las decepciones en una relación importante, también se observa comúnmente en los pacientes con desórdenes alimenticios. Con frecuencia, al observar la conducta de la familia del paciente obeso o anoréxico, también podemos encontrar algunas razones válidas que explican el sentimiento de ser incomprendidos o fisgoneados. Sin embargo, el modo de comunicarse del paciente le crea algunas dificultades interpersonales, incluso en contextos distintos al familiar. Muchas descripciones del comportamiento del paciente con desórdenes alimenticios durante la relación terapéutica concuerdan en este punto (Bruch 1973; Selvini-Palazzoli 1963). Se dice que estos pacientes son reservados, evasivos y no siempre sinceros. Particularmente con los pacientes anoréxicos, las dificultades de comunicación dentro de la relación terapéutica justifican el uso de términos que generalmente expresan déficit comunicacional esquizofrénico, así como cuando Bruch describe la dificultad para identificar algunos problemas peculiares de los anoréxicos, dado que “están camuflados con *un enorme negativismo y un desafío testarudo* con los cuales estos pacientes operan y que hacen el contacto personal tan difícil” (Bruch 1973, p. 254; énfasis añadido) Con los pacientes obesos, estas dificultades parecen a veces reducidas o completamente ausentes. Sin embargo, cuando los terapeutas cuidadosos examinan

pacientes obesos aparentemente extrovertidos, notarán que son evasivos, indecisos e imprecisos en sus respuestas en al menos una de las siguientes condiciones: cuando el terapeuta trata de examinar en detalle las características de la conducta alimentaria anormal del paciente; cuando se le pide al paciente que describa las percepciones físicas y las emociones relacionadas con la sobrealimentación; o cuando el terapeuta intenta definir el contrato terapéutico³.

En este sentido, hay que recordar una regla general con casi todos los pacientes que sufren de desórdenes alimenticios: no esperar información detallada sino hasta haber realizado un considerable progreso terapéutico y hasta que el paciente haya aprendido a confiar en el terapeuta. Este modo de comunicarse, caracterizado por la evasión, indecisión, imprecisión e incluso negatividad en los casos más serios, obviamente conduce a la simple confirmación de incompreensión y abuso comúnmente esperados de las relaciones interpersonales⁴.

También con respecto a la conducta interpersonal, es fácil notar cuán frecuentemente estos pacientes evitan hablar en público. Evitan también las relaciones que requieran un compromiso positivo. Es notable la susceptibilidad a la crítica: los comentarios molestos de los compañeros a menudo precipitan una conducta alimentaria anormal durante la adolescencia. Un análisis prolongado de las relaciones interpersonales más significativas generalmente revela gran entusiasmo al principio, seguido por una desilusión igualmente grande. Como dijimos antes, el "retraimiento" es la reacción más común a la decepción.

La conducta sexual alterada es también común en pacientes que sufren de desórdenes alimenticios. Bruch (1973) describe con precisión la

³ En la terapia psicoanalítica, el contrato terapéutico es a menudo vago en relación al objetivo a ser alcanzado al final del tratamiento. Sin embargo, en la terapia conductual cognitiva desde el principio se define un objetivo claro. Como veremos, la formulación de un contrato preciso es particularmente importante al tratar desórdenes alimenticios, porque puede suministrar información que por lo general es difícil de obtener.

⁴ Varios otros aspectos de la conducta de estos pacientes revelan su tendencia a actuar en secreto, de maneras ocultas. Por ejemplo, se ha notado con frecuencia una tendencia a robar. Los pacientes también prefieren utilizar ropa grande, pesada, escondiendo su figura. Desde nuestro punto de vista, esta conducta surge de la misma actitud: el deseo de esconderse a sí mismos. Entonces, el robo se debe a la necesidad de obtener lo que uno desea sin que los demás se enteren de los deseos propios. Esconder el cuerpo bajo ropa tipo saco (recuerde que estos pacientes comúnmente identifican la autoimagen con la imagen corporal) es otra manera de esconderse.

frecuencia con que estos pacientes muestran en sus recuerdos de niñez, muchos signos de marcada confusión acerca de los roles sexuales. A menudo, durante la adolescencia, estos pacientes se ven totalmente desinteresados en el sexo y tienen pocos o ningún sentimiento sexual. Sin embargo, un alto porcentaje de pacientes obesas muestra más tarde una conducta sexual promiscua en comparación con el promedio (esta es nuestra impresión clínica aplicable a la población italiana). Otro rasgo común de estas pacientes es la disfunción orgásmica. Muchas pacientes anoréxicas —así como algunos pacientes obesos— incluso carecen totalmente de interés en el sexo más adelante en la vida.

Se sabe que la amenorrea es una característica de la anorexia mental y es también rastreable en muchas pacientes obesas. Otras tienen períodos menstruales escasos e irregulares. La naturaleza psicósomática de estas irregularidades ya no está en duda.

El nivel de actividad general merece alguna consideración. La hiperactividad es una característica bien conocida de la anorexia nerviosa. En la mayoría de los pacientes obesos, la actividad motora es bastante reducida. Casi todos los pacientes que sufren de desórdenes alimenticios muestran una actividad pobremente canalizada —es decir, ya sea que su nivel general de actividad sea alto o bajo comparado con el promedio, sus emprendimientos son dispersos y sin objetivos. A pesar de que son con frecuencia dispersos, las actividades de los anoréxicos —pero también, en menor grado, las de los obesos— tienen una tendencia común hacia el perfeccionismo.

ASPECTOS COGNITIVOS

Dónde pudiera yo deshacerme de
Mi vergüenza como zapatos en el porche,
Mi dolor como vestimenta,
Y dejar mi carne tendida y desechada
Como equipaje de algún viajero ido.
—D.H. Lawrence, "In Trouble and Shame"

Una de las características de la organización cognitiva de los pacientes que sufren de desórdenes alimenticios es la dificultad o inhabilidad para reconocer los signos biológicos de hambre y saciedad. Los pacientes anoréxicos

generalmente no reconocen los signos de las necesidades nutricionales y se sienten satisfechos muy pronto cuando ingieren cantidades pequeñas de alimentos. Los pacientes obesos, por otra parte, interpretan como "hambre" esos sentimientos presumiblemente relacionados con otra condición (aburrimiento, insatisfacción, etc.) y por lo general no reconocen la saciedad.

Sin embargo, estas observaciones son menos interesantes que otras: la conducta alimentaria anormal es equiparada, en el flujo de conciencia en curso, con pensar continuamente en la comida y la apariencia personal. Uno se queda con la impresión que los pensamientos y sentimientos personales son en gran medida reemplazados por imágenes más concretas de comida, de ropa que queda grande o chica, y del propio cuerpo, como sugiere el poema en el epígrafe.

El aspecto casi verbal de la representación interna se focaliza en la comida y el comer. El paciente planifica dietas, desea tortas y otros alimentos engordadores "prohibidos", calcula calorías, se preocupa de la posibilidad de engordar después de comer mucho (o, en casos más raros, sobre la posibilidad de una mala nutrición que le cause debilidad y consecuencias físicas peligrosas).

El aspecto imaginativo de la representación interna, que refleja cercanamente las estructuras profundas del autoconocimiento se focaliza en una autoimagen desagradable o insatisfactoria. Por regla general, esta imagen desagradable se refiere al cuerpo y es descrita como "muy gorda". Mientras en los pacientes obesos esta autoimagen corresponde a aspectos físicos reales, para los anoréxicos es una "alteración de proporciones delirantes de la imagen corporal y el concepto de su cuerpo,... el frecuente adelgazamiento grotesco es defendido como normal y correcto, y como la única seguridad posible contra el temido destino de ser gordo" (Bruch 1973, p. 251).

En nuestra opinión, ambos pacientes, obesos y anoréxicos, tienen un autoconocimiento y autopercepción marcada por el desagrado, que se forma a sí mismo, en una representación interna, en una imagen corporal desfigurada por la grasa. La única diferencia es que los pacientes anoréxicos luchan contra esta imagen absteniéndose de comer, mientras que los pacientes obesos se entregan, ya que no se sienten capaces de esa tarea. De modo que, desde nuestro punto de vista, la diferencia entre los pacientes anoréxicos y obesos es pequeña. Y parece menor si consideramos cuán frecuentemente los mismos pacientes anoréxicos declaran la creencia en su

"debilidad" esencial frente a la comida. Dicen: "No me atrevo a comer. Si como un poquito más de lo habitual, especialmente cosas que me gustan, *temo no ser capaz de parar*". Es sabido que los pacientes anoréxicos a veces se permiten "comilonas" donde ponen en práctica su creencia de que ellos son débiles e incapaces de controlar su tentación de comer. La existencia simultánea del temor de ganar peso y una imaginación continuamente focalizada en la comida ha hecho a algunos autores preguntarse si el deseo de comer es primario con respecto al temor de ganar peso, o si la "fobia al peso" (Crisp 1970) o el "miedo mórbido a ser gordo" (Russel 1970) son primarios con respecto al ayuno y el constante pensar en comida como consecuencia de éste. El testimonio directo de una famosa paciente anoréxica, Ellen West (cuyo caso ha sido descrito por el psiquiatra suizo Binswanger bajo una categoría de diagnóstico diferente), lo llevaría a uno a considerar como primario este continuo pensar acerca de la comida:

Yo no pienso que el temor a ser gordo sea la verdadera obsesión, pero sí el deseo continuo de comida. El deseo, la codicia de comer, tiene que ser la causa primaria. El temor a engordar funciona como un freno. (Cita del diario de Ellen West, en la traducción inglesa relatada por Bruch 1973, p. 220).

En contraste con la opinión de Ellen West basada en su experiencia directa, la mayoría de los clínicos tienden a considerar el temor a subir de peso como primario y el pensar continuo acerca de la dieta, esto es, la comida, como secundario (Crisp 1970; Russel 1970).

Desde un punto de vista cognitivo-estructural, el problema puede ser formulado en forma diferente. La imagen corporal desfigurada por el tejido adiposo puede ser considerada como la expresión de un problema con respecto a las estructuras cognitivas de la identidad personal, y los pensamientos continuos acerca de comida como una expresión de las actitudes de los pacientes hacia ellos mismos y la realidad. Imágenes y pensamientos, junto con los sentimientos que los acompañan, se van a tornar comprensibles, no tanto en términos de causalidad mutua, sino mediante un análisis de las estructuras cognitivas que constituyen la identidad personal. Ya hemos observado cómo, más allá de la representación casi imaginaria de un cuerpo gordo y la representación casi verbal del alimento deseado y las dietas programadas, está la creencia de ser de algún modo débil y

falto de control cuando se enfrenta la tentación de la comida. Con mayor profundidad, esta idea de ser débil (de los pacientes obesos) o potencialmente débil (de los pacientes anoréxicos) con respecto a la alimentación parece vinculada a una creencia de ineficiencia personal general. Cuando se ven enfrentados a deberes sociales (escuela, exámenes, problemas laborales), asuntos amorosos significativos o coqueteos, los pacientes obesos inmediatamente revelan las mismas expectativas generales de fracaso que acompañan a sus intentos recurrentes de seguir una dieta. En los pacientes anoréxicos, esta actitud de fracaso parece a primera vista menos evidente. Sin embargo, se manifiesta claramente en cuanto el paciente confía lo suficiente en el terapeuta como para abandonar las declaraciones de autosuficiencia y confianza en sí mismo o de indiferencia ante las dificultades de las condiciones de su vida. Bruch describe así estas observaciones clínicas sobre la anorexia nerviosa:

El tercer rasgo sobresaliente es una sensación paralizante de *ineficiencia*, que invade todos los pensamientos y actividades de los pacientes... Mientras que los primeros dos rasgos (distorsión de la imagen corporal e interpretaciones cognitivas alteradas de estímulos corporales) se reconocen fácilmente, el tercer defecto se ve camuflado por el enorme negativismo y el desafío testarudo con que operan estos pacientes... La importancia fundamental de la tercera característica fue reconocida en el curso de la psicoterapia extendida. Una vez definida, podría ser identificada tempranamente con facilidad en el tratamiento (Bruch 1973, p. 254).

En un análisis más profundo de este "sentido de ineficiencia [personal]", uno puede notar cómo se diferencia del mismo sentimiento típico de los pacientes depresivos. De hecho, por lo general es expresado como una expectativa general de fracaso más que como una opinión definitiva de poca valía personal o falta de capacidades. Este hecho es claramente descrito en el citado diario de Ellen West: "Pareciera que estoy luchando contra poderes siniestros *más fuertes que yo*, pero que yo no puedo alcanzar" (cita de Bruch 1973, p. 221; énfasis añadido).

Es una peculiaridad de los pacientes anoréxicos que su atribución de causalidad para el fracaso esperado es indeterminada. Ni la responsabilidad personal (como los pacientes depresivos) ni eventos externos precisos

son usados para justificar la expectativa de fracaso seguro ("poderes siniestros más fuertes que yo..."). En pacientes obesas, la atribución de causalidad a veces parece dirigirse más hacia una responsabilidad personal. Sin embargo, si repasamos el mismo tema luego de un tiempo, puede que súbitamente nos encontremos con una atribución de responsabilidad a la maldad de otros y a obstáculos externos, como en el caso siguiente:

T: Así que usted está aquí tratando de superar los obstáculos con que se encuentra al seguir una dieta. Durante su último intento de bajar de peso, un dietista le ayudó a perder 20 Kg. Luego usted de pronto comenzó a comer. ¿Qué pasó?

P: Siempre es igual. Yo realmente no puedo hacerlo. Algo pasa dentro de mí y comienzo a comer nuevamente. Es mi culpa.

Dos semanas más tarde, hablando acerca de su relación con el dietista, la paciente dijo:

Él era el equivocado. Si me hubiera estimulado en vez de criticarme cuando comencé a comer nuevamente... Y ni una palabra de alabanza por todos esos kilos que perdí... Ese tipo [el dietista] no es un buen médico. Lo único que le interesa es ganar dinero⁵.

El cambio de responsabilidades desde la persona al mundo externo y luego nuevamente hacia sí misma es algo típico y tiene el mismo significado que la imprecisión de las atribuciones causales evidentes en el diario de Ellen West.

Al hablar con pacientes con desórdenes alimenticios del modo sugerido en estos ejemplos, tenemos la nítida impresión de una especie de confusión y vaguedad en los límites entre el sí mismo y el mundo (sino de un sí mismo "evanescente"), lo que a veces es explícitamente reconocido por el paciente, así como por la paciente anoréxica descrita por Eissler (1943), que afirmaba que "su mente estaba en la mente de otras personas".

⁵ Este ejemplo muestra otro aspecto muy común de la conducta interpersonal de los pacientes anoréxicos y obesos: tienden a criticar y emitir continuos juicios morales negativos respecto de sí mismos y los demás. De una manera difícil de describir, pero que puede ser fácilmente reconocida cuando uno escucha cuidadosamente, las críticas hechas por pacientes que sufren de desórdenes alimenticios son distintas de aquellas hechas por pacientes neuróticos obsesivos y por depresivos.

Cuando el fenómeno puede ser analizado explícitamente dentro de la relación terapéutica, a veces puede recopilarse otra información interesante. Siete de nuestros pacientes con desórdenes alimenticios (tres obesos, dos correspondientes a la categoría de personas delgadas-gordas y dos que padecían de una forma primaria de anorexia nerviosa) recordaron que en la adolescencia tenían expectativas de éxito de la misma manera general e indeterminada en que actualmente esperan el fracaso. Por lo tanto, incluso en los momentos de bienestar que habían precedido a la crisis y la necesidad de empezar la psicoterapia, estos pacientes mostraban una especie de "vacío" en la identidad personal, como si "dentro" de ellos no hubiera nada definido a lo cual poder atribuir éxitos y fracasos. En forma similar, de acuerdo a la perspectiva del "efecto espejo social", no podía haber nada definido "afuera" a lo que pudieran atribuir éxitos y fracasos.

Esta peculiar imprecisión en el estilo atributivo puede referirse fácilmente a las estructuras cognitivas que subyacen a la ya descrita conducta interpersonal problemática y la actividad general fragmentada y sin objetivo. De hecho, estudiando las evaluaciones y expectativas que acompañan a la conducta interpersonal de los pacientes anoréxicos y obesos, notamos fácilmente, como hemos dicho, que las otras personas son con frecuencia vistas como desconsideradas o intrusas y que el paciente espera ser desilusionado, o desilusionar, cuando la relación está comenzando bien. Este tipo de representación es obviamente coherente con el persistente sentido de ineficiencia y expectativas generales de fracaso descritas previamente. El estilo atributivo impreciso, por consiguiente, lleva a la persona a creer que es inútil o peligroso comprometerse totalmente a buscar en forma activa la solución a los problemas interpersonales notados. ¿Cómo, verdaderamente, puede uno hacer un esfuerzo serio para solucionar un problema cuando la evaluación de las causas de la dificultad misma es imprecisa e inconsistente?

La tendencia a evitar situaciones interpersonales que requieran un compromiso claro y duradero es, en este aspecto, perfectamente comprensible. De la misma manera, podemos ver que la actividad general de pacientes con problemas alimentarios parece fragmentada y relativamente sin objetivos, por mucho que sea el nivel general de actividad que tengan. La hiperactividad de los pacientes anoréxicos y la apatía de los pacientes obesos se deben probablemente a la exaltación o depresión del nivel general de motivación, que a su vez se relaciona con la incapacidad de

satisfacer, o la excesiva satisfacción de, el impulso de comer. En cualquier caso, los planes del paciente, sean muchos o pocos, dan la impresión de una falta de determinación y sinsentido, aparentemente debido a la imprecisión para identificar las causas de éxitos y fracasos.

Las dificultades para comunicarse con pacientes anoréxicos y la "comunicación falsificada", descrita por Bruch (1973) como una característica de muchas relaciones psicoterapéuticas aparentemente positivas con pacientes que sufren de desórdenes alimenticios, pueden ser consideradas como subproductos de un estilo atributivo impreciso. Por otra parte, cuando logramos obtener del paciente una descripción de las creencias que justifican su evasividad y su tendencia a mentir, recibimos declaraciones sobre el peligro y la inutilidad de contarle a las demás personas acerca de los propios sentimientos y opiniones. Los pacientes esperan que quienes los escuchan se opongan a sus puntos de vista y sentimientos; en otras palabras, no esperan que los demás satisfagan sus necesidades emocionales, o incluso esperan que usen la información respecto a su vida interior para sus propios propósitos.

Así hemos revelado un sistema de creencias que, por un lado, justifica la falta de compromiso, la evasividad e incluso el negativismo, y que por otro lado, gobierna un código de comunicación que induce a los demás a responder de una manera que confirmará su sistema de creencias.

Estamos convencidos que esta desconfianza en el deseo de otras personas de entender y aceptar juega un rol fundamental en provocar indiferencia hacia el sexo en muchos de estos pacientes y en la ausencia de orgasmo en otros. Las relaciones sexuales y el orgasmo implican intimidad en la comunicación, la que se vincula con la posibilidad de mostrar libremente las propias emociones a la pareja, lo que es totalmente incompatible con las estructuras cognitivas de pacientes anoréxicos y obesos.

Otro rasgo deducible del análisis cognitivo de pacientes que sufren de desórdenes alimenticios es un uso relativamente escaso o contradictorio de conceptos abstractos (Bruch 1978, Cap. 3). Las posibilidades de pensamiento abstracto generalmente existen, pero son aplicadas rara y confusamente al sí mismo o a las relaciones interpersonales. Los pacientes continúan exigiendo pruebas *concretas* y continuas, por ejemplo, del afecto de su pareja; le dan gran importancia a su apariencia como un medio de atracción interpersonal y al mismo tiempo dicen que desean ser amados "por lo que son" y no por su apariencia; y alegan no estar satisfechos

consigo mismos, refiriéndose aparentemente a aspectos relativamente abstractos comúnmente conocidos como "carácter" o "personalidad", y luego la única razón definida que pueden dar para su insatisfacción es el aspecto físico —"demasiado gordo". Bruch (1978), refiriéndose a este fenómeno, opina que el estilo de pensamiento del paciente anoréxico es típico de esa fase del desarrollo cognitivo de la niñez que Piaget llamó "fase de operaciones concretas o preconceptuales", o período de egocentrismo. La fase característica adolescente que involucra la capacidad para ejecutar operaciones formales y la capacidad para pensar abstractamente jamás se desarrolló completamente en estos sujetos.

ANÁLISIS DE TRANSACCIONES FAMILIARES Y DEL DESARROLLO TEMPRANO

Los niños mejor criados son aquellos que han visto a sus padres tal cual son. La hipocresía no es el primer deber de los padres.

—G.B. Shaw, *Man and Superman*

Hay por lo menos dos buenas razones para conducir un análisis directo de las interacciones entre los miembros de familias de anoréxicos y obesos. La primera es una razón práctica: a veces, cuando el paciente está totalmente desinteresado en la psicoterapia individual, una terapia familiar conjunta puede ser la única manera de enfrentar el problema. La segunda razón es de interés práctico y teórico: un análisis conjunto de toda la familia nos puede dar una idea clara del tipo de ambiente familiar en que el paciente creció y donde las conductas anormales son mantenidas; dicha observación da al terapeuta una buena idea del conocimiento tácito adquirido por el paciente.

Se han llevado a cabo varios estudios en familias de pacientes que sufren de desórdenes alimenticios, específicamente en familias de pacientes anoréxicos (Bruch 1973; Minuchin, Rosman y Baker 1978; Selvini-Palazzoli 1974). Selvini-Palazzoli (1974, pp. 202 ff.) describe las contradicciones, disfraces y camuflajes que caracterizan a las relaciones interpersonales en estas familias. En su opinión, estas familias son así:

A la madre... no le causa ningún placer criar al niño, predomina el control sobre la ternura y el goce. La estimulación parental sirve para

abortar o reprimir cualquier iniciativa del niño... Durante la niñez y el período de latencia, un padre insensible interfiere constantemente, critica, sugiere, se hace cargo de las experiencias vitales, *impidiendo que el niño desarrolle sus propios sentimientos* (Selvini-Palazzoli 1974, p. 88; énfasis añadido).

Asimismo, la reconstrucción del desarrollo temprano de 51 pacientes que sufrían de anorexia nerviosa realizada por Bruch a través de un análisis del marco familiar y las transacciones, indicó que "el estímulo y el refuerzo de la autoexpresión habían sido deficientes, y por lo tanto, la confianza en sus propios recursos internos, ideas o decisiones autónomas no se había desarrollado" (Bruch 1973, p. 82). Bruch también reconoce la fuerte tendencia de estas familias a esconder los problemas y dificultades personales, resultando una comunicación contradictoria y disfrazada. Ella describe distorsiones semejantes en las transacciones de familias de pacientes obesos y da cuenta de algunos "hechos atemorizantes de los imperativos verdaderamente contradictorios que invaden la vida de tales familias, *privando al niño de una sensación de auténtica individualidad*" (Bruch 1973, p. 78; énfasis añadido).

Minuchin *et al.* (1978) enumeran cuatro características básicas del proceso familiar que lleva a la anorexia nerviosa: enmarañamiento, sobreprotección, rigidez y falta de resolución de conflictos. En nuestra opinión, el enmarañamiento es el más importante y específico de todos.

El enmarañamiento se refiere a una forma extrema de proximidad e intensidad en las interacciones familiares... A nivel individual, *la diferenciación interpersonal en un sistema enmarañado es pobre...* En familias enmarañadas, el individuo se pierde dentro del sistema. Los límites que definen la autonomía individual son tan débiles que el funcionamiento en modos individualmente diferenciados es algo radicalmente impedido. *Los miembros de la familia se entrometen en los pensamientos y sentimientos de todos los demás* (Minuchin *et al.* 1978, p. 30; énfasis añadido).

Estas observaciones concuerdan perfectamente con nuestras propias observaciones, basadas en entrevistas conjuntas con familias de 10 pacientes anoréxicos, 11 pacientes delgados-gordos y 10 pacientes obesos. En todos

los casos tuvimos la impresión que los padres no reconocían ni confirmaban los pensamientos y emociones personales del paciente, y que había un permanente sentido de vaguedad, contradicción e imprecisión respecto a los planes que debían llevarse a cabo en conjunto.

La sensación de una identidad personal borrosa, la creencia de que es inútil y peligroso involucrarse en relaciones con otras personas, y la imposibilidad de definir precisa y concretamente la responsabilidad en la planificación de acciones y de su fracaso —el desarrollo de este tipo de estructura cognitiva es fácil de visualizar dentro de tal contexto familiar.

En nuestra opinión, del estudio del marco familiar y sus transacciones, es posible recoger otros datos que son comunes a casi todos los pacientes que padecen de desórdenes alimenticios y que ayudan a la comprensión del desarrollo de otros aspectos de las estructuras cognitivas. Todos estos datos se refieren, sobre todo, a algunos aspectos diádicos de las relaciones interpersonales dentro del contexto familiar, y este es probablemente el motivo por el cual no habían sido considerados detalladamente en la literatura acerca de familias de pacientes con desórdenes alimenticios. Debido a que conciernen a aspectos diádicos del marco familiar, los datos que daremos son notablemente relevantes para entender, por ejemplo, el origen de las diferentes organizaciones cognitivas de dos hermanas neuróticas, una dos o tres años mayor que la otra (ambas estaban con psicoterapia, una por anorexia nerviosa y la otra por agorafobia); o de un cambio en la organización neurótica en la misma persona (una paciente nuestra, agorafóbica durante su segundo matrimonio, que había sufrido de anorexia hasta que se divorció de su primer marido y había estado prácticamente libre de síntomas en la época entre ambos matrimonios). Estos datos conciernen fundamentalmente a la relación con su padre, y en particular con su aspecto emocional.

En las historias del desarrollo de nuestros pacientes anoréxicos, casi siempre nos hemos encontrado con experiencias de *desilusión en el lazo emocional con sus padres* durante la adolescencia o preadolescencia (y pocas veces durante la niñez). En la historia de pacientes obesos, con frecuencia había trazas de decepción o de una pérdida casi total de la relación con el padre a una edad más temprana (niñez). Un fenómeno semejante —un cambio para peor en la imagen de padre— podía notarse en los pocos casos de pacientes anoréxicos (dos) y en (cinco) pacientes masculinos obesos que vinieron a nosotros en busca de tratamiento. Esta experiencia

de desilusión emocional con el padre se manifestó de distintas maneras de caso en caso, pero nunca pudimos obtener descripciones o pruebas indirectas de desilusión en la relación con la madre, tanto en pacientes mujeres como varones. Los pacientes solían describir la relación con su madre como negativa, a veces positiva y en la mayoría de los casos regular; sin embargo, a los pacientes les parecía que se había desarrollado uniformemente, mientras que, por el contrario, la relación con el padre generalmente estaba marcada por una brecha, una “desilusión” o una pérdida.

La importancia de este cambio puede ser vista más claramente si consideramos el significado de una buena relación inicial con el padre dentro del enmarañado sistema familiar de comunicación. En la mayoría de los casos, la niña pequeña que más tarde adquirirá un desorden alimenticio establece una relación más satisfactoria con su padre que con cualquier otro miembro de la familia. De hecho, entre las falsedades de la relación interpersonal dentro de la familia, el padre generalmente es visto como una figura fuerte y significativa y la hija llega a quererlo mucho. Pero más adelante ocurre algo (en general, pero no siempre, más tempranamente en pacientes obesos que en anoréxicos) y la imagen de la hija respecto a su padre cambia. La mayoría de las veces, ella descubre alguna “debilidad” en él, ya sea porque está pasando por un período de depresión o una dificultad económica o porque la madre más o menos encubiertamente maneja la relación con su hija de modo de hacerla percatarse de la “debilidad” de su padre. También puede suceder que la opinión diferente acerca del “valor” del padre dependa de eventos “positivos” ocurridos durante el desarrollo del niño. Una de nuestras pacientes, que provenía de una familia pobre y con poca educación, era tan prometedora como alumna que el gobierno decidió darle una beca y fue enviada a un internado. Volvió a su casa después de un año (tenía 11 años) para las vacaciones de verano y de pronto se dio cuenta de lo obtuso e inculto que era su padre campesino.

Puede haber otras razones —originadas en su relación— para que una hija se desilusione de su padre. La hija podrá, por ejemplo, darse cuenta que su padre ama la imagen de sí mismo como padre de tan amorosa y pequeña niña, más de lo que ama a la persona de la niña. Bruch describe el siguiente caso (1973, p. 84):

También había caminatas con el papá los domingos por la mañana... ella estaba vestida para eso, pero siempre con ropa que no le resulta-

ba cómoda, con énfasis en verse linda para el papá. Para él, todo el asunto era muy importante: "Aquí estoy, un papá sacando a su hija a pasear", y él quería sentirse orgulloso de ella.

En otros casos, el padre debía alejarse por su trabajo, y eso daba a entender a la niña que el trabajo significaba más para él que la relación con ella y con su madre, a pesar que los padres negaban esto y simulaban —frente a ella— que eran una familia tranquila y feliz. En estos casos, una investigación relativa al medio familiar generalmente revela que la necesidad de alejarse de la familia por razones de trabajo era en realidad una bienvenida oportunidad de "disfrazar" una separación real entre dos personas que no se llevaban bien.

Una paciente obesa había vivido sola con su madre desde su nacimiento, ya que su padre tenía una importante actividad profesional que lo había forzado a viajar y pasar largos períodos en diferentes ciudades, mientras que el trabajo de la madre la "obligaba" a mantenerse en la misma ciudad. Esta, por lo menos, era la razón que los padres le dieron para vivir separados la mayor parte del tiempo. La niña creía esta explicación y siempre había sentido amor y respeto por su "importante" padre. Luego, un día, cuando la niña tenía 7 años, su padre fue nombrado para un importante cargo público en el lugar donde la madre tenía su empleo. A pesar que no estaban ni legalmente separados ni divorciados, los padres de la niña siguieron viviendo separados. El padre, teniendo que trabajar tanto, dormía en su oficina y comía fuera de la casa. Pese a que la niña no podía expresar su desilusión ni adivinar la discordia entre sus padres —ellos la negaban—, ella comenzó a formarse una imagen diferente de su padre, que ahora le parecía un hombre confuso, contradictorio, engreído y cuidando más la apariencia de éxito que siendo realmente "importante".

A pesar de no enfatizar este aspecto, Bruch ha notado una peculiaridad de los padres de pacientes anoréxicas que hacen muy probable la experiencia de desilusión de las hijas: "El padre, pese a de los éxitos sociales y económicos que con frecuencia son considerables, se siente de algún modo 'el segundo mejor'" (Bruch 1973, p. 82). Por lo tanto, la imagen de la importancia y confianza en sí mismo del padre esconde una profunda sensación

de inseguridad que puede súbitamente exponerlo como débil y decepcionante ante los ojos de su hija. En nuestra experiencia, es bastante alta la cantidad de reacciones neuróticas (mayoritariamente de casos de depresión) en padres de pacientes anoréxicas cuando ellas eran adolescentes. Sin embargo, rara vez el padre deja la familia admitiendo explícitamente que no está satisfecho con su relación con la madre, o viceversa. Aquí también nuestras observaciones están de acuerdo con las de Bruch, quien encontró sólo dos casos de hogares deshechos en su muestra de 51 familias de pacientes anoréxicos, una incidencia inusualmente baja considerando la tasa de divorcios en los Estados Unidos (Bruch 1973, p. 81).

Creemos que la relación con el padre durante el desarrollo de la organización cognitiva tiene doble importancia. Primero, la paciente posee un esquema emocional que tiene que ver con un vínculo afectivo que representa seguridad en medio de relaciones interpersonales tempranas confusas, contradictorias y desilusionantes. Estos esquemas emocionales más adelante la llevarán a una búsqueda de relaciones altamente intensas, concebidas como "seguras" o como la única relación deseable. Esto estimula entusiasmos fácilmente suscitados y con igual facilidad lleva a desilusiones en relaciones de coqueteo durante la adolescencia y juventud. En segundo lugar, habiendo vivenciado una desilusión muy dolorosa, la paciente estará atemorizada de que esto pueda ocurrir nuevamente, y de ahí en adelante pondrá a prueba a sus parejas antes de involucrarse totalmente en la relación⁶. También ella puede formarse la opinión de que todas las relaciones amorosas son inevitablemente desilusionantes y, por consiguiente, escoge tener relaciones fáciles con personas elegidas sin considerar la afinidad y el deseo.

Más aún, podría ocurrir que tan sólo una de las hijas en una familia —por ejemplo, la favorita del padre— desarrolle con él una relación pre-dispuesta a la desilusión. Ella es la que probablemente desarrollará más adelante el desorden alimenticio, mientras que su hermana —cuyo esquema emocional estará marcado desde el comienzo, digamos, por un sentido de soledad o constricción— podría fácilmente ser sujeto de otro tipo de alteraciones neuróticas (en este ejemplo, alteraciones depresivas o agora-

⁶Tenemos la impresión que esta tendencia de poner a prueba a las posibles parejas, buscando el menor defecto e incluso actuando de manera provocativa, es más acentuada en personas con desórdenes alimenticios que en aquellas con otras neurosis. Por supuesto que bajo el foco de tan cuidadosa búsqueda la mayoría de los pretendientes resultarán desilusionantes.

fóbicas, respectivamente). Por último, la experiencia de un cambio radical en la relación emocional con su padre le dará a la paciente dos posibles visiones de vínculos emocionales, de modo que ella tenderá a construir —con futuras parejas— relaciones diferentes pero perturbadas.

Una paciente nuestra, a quien nos hemos referido previamente en este capítulo, esperaba desilusionarse tanto como esperaba ser feliz con su primer matrimonio, un enfoque típico de pacientes con desórdenes alimenticios. Ella empezó a sufrir de una anorexia moderada durante la adolescencia (o, más precisamente, se convirtió en una persona “delgada-gorda”, de acuerdo a la descripción de Bruch), que empeoró durante su matrimonio cuando se sintió desilusionada de una relación que no estaba a la altura de sus expectativas. Luego de divorciarse de su marido, no mostró síntomas durante dos años. La soledad le resultaba tan insoportable que, con el único propósito de escapar de ella, decidió casarse con un hombre que en realidad no le gustaba. No esperaba nada de su segundo esposo, porque había llegado a la conclusión que todos los hombres eran decepcionantes. Por la misma razón, la paciente había pasado por alto completamente la personalidad del segundo esposo y cuando, después del matrimonio, éste resultó ser celoso y opresivo, la paciente comenzó a desear e imaginar una situación que le ofreciera más libertad, pero también se dio cuenta que tal libertad era imposible debido a que los celos de su marido no le dejaban ninguna alternativa. Estar con él significaba aceptar su control y la libertad significaba escoger nuevamente la soledad. Las consiguientes fantasías acerca de la soledad, agravadas por evaluaciones negativas y atemorizantes, establecieron las bases para el desarrollo de una agorafobia.

ORGANIZACIÓN COGNITIVA EN DESÓRDENES ALIMENTICIOS

Y los pensamientos de una voz sin labios
 Del padre me sacude
 Con temor y
 Llena mi corazón con lágrimas de deseo,
 Y mi corazón se rebela con angustia
 Mientras la noche avanza.

—D.H. Lawrence, “Monologue of a Mother”

Ahora podemos reconstruir esquemáticamente la organización cognitiva de los pacientes que sufren de desórdenes alimenticios.

El conocimiento tácito de estos pacientes incluye esquemas emocionales en los cuales la autoimagen establece relaciones vagas y engañosas con otros, y en los cuales la expresión de pensamientos autónomos y emociones no es ni confirmada ni reconocida. En este cuadro desolador, donde la autoexpresión es negada, el esquema emocional con respecto al amor al padre es exaltado por contraste, ya que representa, literalmente, el único modo de autorreconocimiento como una alternativa a una percepción de sí mismo más primitiva mediante sensaciones corporales de apetito o movimiento.

Esta combinación de esquemas emocionales conduce al desarrollo de creencias acerca de la importancia del amor en la vida; Ellis (1962) los llamaría “una enorme necesidad de amor”. Para estas personas, la idea del amor une las posibilidades de comunicación, reconocimiento y estima, traspasando la actitud hacia uno mismo y la realidad. De cierta manera, la identidad personal es definida a través del amor. Todas las creencias relativas a la valía personal, los deberes hacia la sociedad y el éxito en la escuela y en la vida, giran en torno a un foco representado por esta idea absoluta y “salvadora” del amor. Como Minuchin *et al.* (1978, p. 59; énfasis añadido) afirman:

La orientación de la niña anoréxica hacia la vida concede una importancia primordial a la proximidad en el contacto interpersonal. La lealtad y la protección tienen prioridad sobre la autonomía y la autorrealización... Por lo tanto, sus expectativas de actividad dirigida a un objetivo, como estudiar o aprender una destreza, no son competencia sino aprobación. *La retribución no es el conocimiento sino el amor*⁷.

Este núcleo de creencias organizado alrededor de la idea absolutista del amor no basta para producir la organización cognitiva característica de la

⁷ Datos experimentales muestran que tales pacientes son más receptivos que la mayoría al estímulo emocional, y particularmente a los estímulos positivos. En el estudio de Pilner, Meyer y Blankstein (1974), los pacientes varones obesos reaccionaron más fuertemente que los normales a la presentación de una diapositiva mostrando una niña “adorable”. Desde luego que la relevancia de este estudio para nuestra hipótesis de “la enorme necesidad de amor” como una característica de los pacientes obesos es tan sólo algo tentativo.

persona con desórdenes alimenticios. Como hemos visto, nuestras pacientes han vivenciado desilusiones y engaños en el amor. Para las pacientes anoréxicas, cuando la identidad personal sufre una formalización plena —y quizás un poco antes para las pacientes obesas—, la figura amada pierde su encanto. La identidad personal entonces se torna incierta y confusa y la realidad externa es engañosa, como si estuviera reflejando la autoimagen en un espejo.

No hay tiempo ni manera de desarrollar un estilo atribucional coherente y preciso para construir un sentido de identidad independiente de las confirmaciones y reconocimientos externos, y sin embargo se debe desarrollar una actitud precisa hacia la realidad. La realidad provee seguridad para el yo y la posibilidad de establecer relaciones amorosas. Pero también conlleva la posibilidad de decepciones dolorosas “intolerables” y desde luego el riesgo de relaciones negativas, llenas de crítica, rechazo, engaño y malentendidos, como frecuentemente ocurría en la familia. Las reglas para asimilar la experiencia conectada a estos modelos representacionales de la realidad son intuitivas: la atención debe focalizarse en las figuras que surgen de un telón borroso de incompreensión y vaguedad que envuelve las relaciones familiares, ya que estas figuras son capaces de brindar el amor ideal, y por lo tanto, la seguridad. Al mismo tiempo, hay que tener cuidado en relación a los posibles defectos, no importa cuán tenues, de gente que a primera vista pareció cumplir con los requisitos ideales. Grandes virtudes y defectos de los demás son datos de la realidad que se filtran a través de la actitud del paciente. A estas alturas, lo único que tiene que hacer la paciente es ajustar algún procedimiento de resolución de problemas de modo de detectar las virtudes y defectos magnificados *a tiempo* y así evitar hacer malas elecciones. Por ejemplo, uno no debe sentirse totalmente comprometido en una relación antes de asegurarse de haber hecho la elección correcta. A los demás hay que ponerlos a prueba antes de mostrarles los pensamientos y sentimientos privados. Si ellos pasan las pruebas, si uno puede estar seguro de que no van a desilusionarnos, merecerán ser amados y dignos de confianza. Las pruebas van a consistir en evaluar la sinceridad del otro y su respeto por la libertad individual e independencia y, sobre todo, se tratará de poner a prueba sus potencialidades intelectuales, sociales e interpersonales. Por supuesto, uno tiene que desarrollar las propias potencialidades emocionales y mentales a los niveles más altos, de modo de estar al nivel del otro idealizado. Esto explica el “perfeccionismo” que

tantos autores detectan en pacientes con desórdenes alimenticios (lo que depende de estructuras cognitivas completamente distintas de aquellas de otros pacientes con altos estándares de expectativas, como los obsesivos y algunos depresivos):

Dado que la evaluación de lo que ella hace está en el dominio de otro, la niña [anoréxica] desarrolla una preocupación obsesiva por la perfección. Es a la vez extremadamente consciente de sí misma y permanece agudamente alerta a las señales de las demás personas (Minuchin *et al.* 1978, p. 59).

Muchos padres mencionan que estas jóvenes hambrientas pasan horas haciendo sus tareas, y frecuentemente no se permiten dar un bocado hasta haber completado todo hasta la perfección. A menudo el esforzarse por resultados perfectos lleva a todo tipo de hábitos adicionales (Bruch 1973, p. 273).

Confrontada con una realidad negativa a pesar de su cuidadosa búsqueda de una pareja adecuada y su “perfeccionismo”, a la paciente no le queda otra solución: retraerse dentro de sí misma. Esto producirá en ella, como le sucedería a cualquier persona, una sensación de soledad y frustración. Las estructuras cognitivas de la paciente, sin embargo, no son capaces de aceptar e interpretar correctamente este sentimiento o de sugerir la naturaleza real del problema y su correspondiente solución. Verdaderamente, la identidad personal —que funciona como cinturón protector que le impide a uno reconocer cuán sesgado es el conocimiento tácito— excluye una definición clara de los propios sentimientos. Lo que siente el paciente como resultado de su retraimiento es a menudo vagamente descrito como una “sensación de vacío”. En muchos casos se confunde con la sensación de hambre. Esta sensación pertenece al nivel primitivo de experiencias corporales en las cuales se basa la percepción de sí mismo y que se convierte en el aspecto prevaleciente de la autoidentidad del paciente, cuando no se tiene autorreconocimiento dentro de una relación de amor positiva y confiable. Sin embargo, reducir la desagradable sensación de vacío comiendo implica peligros obvios. Comer significa engordar, y con frecuencia era la “gordura” de la paciente la que causaba que sus amigas adolescentes la molestaran y su consiguiente retraimiento. El ser gorda,

entonces, significa ser rechazada. Si se ha tenido por un período de tiempo relativamente largo una relación positiva con el padre durante la infancia y la niñez, la paciente probablemente no perderá de inmediato su autoestima al encontrar las primeras dificultades y desilusiones con otros jóvenes. Ella entonces luchará con su tendencia a engordar y seguirá una dieta. El síndrome anoréxico ha comenzado oficialmente. Sin embargo, si la desilusión y la pérdida de la relación con el padre ocurren antes, la paciente probablemente se sentirá incapaz de luchar con la desilusión o con la exclusión de la realidad. Así, después de ser abandonada por su primer novio, la paciente puede reducir la desagradable sensación de vacío comiendo. Así se ha abierto el camino a la obesidad.

El comer demasiado o el abandonar la comida obviamente no resuelven el problema, de modo que se ha creado una situación de reverberación —una especie de cambio regresivo en el programa de investigación de vida de la paciente, usando el lenguaje del modelo de Lakatos. La paciente insiste en afirmar la teoría central de su “cinturón protector”: la identidad personal puede ser definida sólo a través de una relación amorosa. Por consiguiente, los programas de investigación están limitados a descubrir si la relación es imposible porque la realidad es desilusionante o porque ella es poco atractiva. (Las pacientes anoréxicas tienden a dar la primera explicación y las obesas la segunda, pero todas las pacientes con desórdenes alimenticios fluctúan entre ambas). La falta de atractivo está conectada con la imagen de ser gorda: entonces, la solución al problema es o adelgazar y esperar al príncipe encantado o renunciar a la esperanza, permanecer gorda y encontrar consuelo en la comida.

Después de la adolescencia, a medida que la capacidad de pensamiento abstracto madura, la paciente puede reconocer que la esencia de su problema radica en su relación con los demás, notoriamente en la no satisfacción de su necesidad de aprobación y amor. Pero, generalmente, incluso esta convicción no puede cambiar la organización cognitiva y la conducta alimentaria. Por el contrario, la paciente puede descubrir que si su problema real es que ella no es querida ni aprobada, su aspecto físico no puede protegerla sino más bien causar desilusión y exclusión: “Lo que la otra gente rechaza no es a mí”, solía decir una paciente. “Ellos rechazan mi cuerpo gordo”. “En tanto ellos no me conozcan, en tanto sólo consideren lo flaca que estoy”, comentaba una paciente anoréxica, “no pueden destruir mi mundo interior”.

Notas sobre la evaluación de la organización cognitiva

En las secciones precedentes hemos dado descripciones y ejemplos de las verbalizaciones de los pacientes, de observaciones acerca de su comportamiento interpersonal dentro de la relación terapéutica, y de estudios sobre estructuras familiares y procesos comunicacionales. Todos estos datos nos permitieron reconstruir la organización del conocimiento recién descrita. Pensamos que es útil agregar una serie de otras verbalizaciones expresadas por pacientes que sufren de desórdenes alimenticios: ello podrá explicar de mejor manera la posibilidad de reconstruir la organización cognitiva en base a lo que puede ser oído y registrado durante las sesiones psicoterapéuticas.

1. “En mi familia, el quererse uno a otro significa tener las mismas opiniones”. Esto pone de manifiesto la imposibilidad de desarrollar una identidad personal autónoma porque los juicios propios no pueden jamás ser confirmados. También muestra que la conservación del amor implica, en la experiencia de la paciente, una amenaza a su propia identidad independiente. El amor que ella tanto anhela se hace amenazante y preservarlo significa dejar de ser “uno mismo”.
2. “Cuando bajé de peso, mientras me miraba en el espejo pensé que finalmente *era* una persona existente”. La sensación de ser “casi inexistente” está bien expresada en este ejemplo y se correlaciona con la apariencia, de modo que muestra claramente el error fundamental en la forma de resolver problemas ensayada por estas pacientes.
3. “Cuando estoy gorda, no puedo entender cómo los hombres pueden interesarse en mí y decir que me aceptan tal como soy”. El peso excesivo y la sensación de no ser aceptada por los demás se igualan con tal fuerza en la mente de la paciente que resisten cualquier evidencia opuesta.
4. “Ayer me salí de la dieta. Esto significa que nunca seré capaz de lograrlo”. La paciente inmediatamente se demuestra a sí misma que la imagen de sí como un fracaso es correcta, aun después de una pequeña transgresión. Este mecanismo es obviamente muy importante en la evitación de cualquier progreso en el esfuerzo de los pacientes obesos para bajar de peso, y tiene que ser tomado en cuenta cuando se planifica una terapia cognitiva conductual de la obesidad (ver Mahoney y Mahoney 1976).

5. "Doctor, me siento tan agradecida de usted. Estoy convencida que de 1.000 hombres, 999 son desilusionantes. Sólo usted nunca me decepcionará". Esto es lo que una paciente anoréxica escribió en una carta a su terapeuta después de seis meses de tratamiento y demuestra cuán excesivamente entusiastas y, por lo tanto, susceptibles a la desilusión son estas pacientes.

En el libro de Rowe, *The Experience of Depression* (1978), hay detallados informes clínicos de conversaciones sostenidas entre el terapeuta y la paciente, Helen. Ella "llegó al hospital porque parecía no haber ninguna razón física para su pérdida de peso aparte de su propia negación de comer" (Rowe 1978, p. 129). A pesar de que el caso de Helen está incluido en un libro sobre la depresión, la revelación progresiva de su problema durante el proceso psicoterapéutico hace un paralelo paso a paso de lo que uno puede encontrar mientras conversa con un paciente anoréxico. El bosquejo de Rowe acerca de Helen como una persona "que comía tanto que adelgazó mucho" refuerza la idea que la "anorexia nerviosa" puede ser un mejor "diagnóstico" que la "depresión", si uno quiere poner un rótulo psiquiátrico a los problemas de las personas (y Rowe aparentemente *no* quiere hacerlo). Dado que las palabras de Helen son una demostración impresionantemente clara de las cogniciones que subyacen en los desórdenes alimenticios, y dado que fueron obtenidas en un ambiente que no considera nuestras suposiciones e hipótesis acerca de los desórdenes alimenticios, vamos a citar extensamente y comentar algunas de ellas (T es la pregunta del terapeuta, y P la respuesta de Helen).

- T: Usted dice que tiene miedo cuando va a salir a comer. ¿Qué es lo que piensa que pasará? ¿A qué le tiene miedo?
- P: *No sé realmente*. Quizás a comer delante de otra gente. Yo soy muy mañosa con la comida, así que *tengo miedo de lo que los demás puedan pensar de mí*. Yo debería probar todas esas cosas distintas.
- T: ¿Qué piensa que pensará la gente si hace esas cosas?
- P: *Siento que se fijarían en mí*. No me gusta que se fijen en mí (Rowe 1978, p. 131; énfasis añadido).

En este diálogo se indica claramente la tendencia a dar respuestas vagas o contradictorias (Helen dice: "No sé realmente" antes de hacer una

afirmación precisa), la sensibilidad a la crítica y la certeza que se está mejor sin involucrarse y sin que se fijen en uno. Luego de un momento, la conversación sigue así:

- T: ¿Me está diciendo que dentro de una relación se da algo, y cuando llega a eso, *se enreda todo* y lo convierte en un embrollo?
- P: *Sí. Supongo que sí*. También me asusta entregarme a alguien, *me asusta que alguien sepa quién soy yo realmente*.
- T: ¿Qué cree que ocurriría si hiciera eso?
- P: Seré herida nuevamente (p. 131; énfasis añadido).

Aquí el miedo a exponerse y la tendencia a establecer relaciones indefinidas, confusas, empiezan a mostrar una clara conexión. Helen también explica cómo su temor a dejar que otros vean su "verdadero yo" puede relacionarse con sus desilusiones anteriores ("Seré herida *nuevamente*"). Pero este esfuerzo por evitar ser desilusionada por otros la lleva a considerarse como decepcionante para los demás, debido a la renuencia a comprometerse profundamente:

- P: Me asusta que Chris (un amigo *recién* conocido) se involucre conmigo... Él siente un *afecto fuerte* hacia mí y es *maravilloso* saberlo. Tengo miedo por él.
- T: ¿Por qué? ¿Por qué él no debería sentir eso por usted?
- P: En realidad no lo merezco. Debe haber muchas otras personas que pueden corresponderle...
- T: ¿Qué es lo que no tiene para corresponderle?
- P: *Todo*, supongo. Tengo mucho miedo de dejar que alguien me conozca realmente. Ellos podrían decir: "Bueno, ahí estás, ándate, ya no te quiero" (p. 132; énfasis añadido).

El círculo vicioso creado por el miedo a la desilusión, el evitar involucrarse y la sensación de no valía debido al propio desapego, no pueden ser más claramente expresados. Pero las palabras de Helen también muestran la tendencia al entusiasmo excesivo por relaciones que están recién comenzando y que inmediatamente son consideradas "grandes romances" ("*fuerte* afecto", "*maravilloso*", "*todo*", refiriéndose a un amigo que *acaba* de conocer). Helen está casada con Roger y su matrimonio es insatisfactorio.

La percepción de los otros como intrusos —de la propia identidad como siendo amenazada por la relación con los demás— se expresa de la siguiente manera:

T: ¿Usted cree que, si hubiera sido la persona que sus padres y Roger querían que fuera, entonces se hubiera salvado su matrimonio?

P: Sí.

T: ¿Así que si usted es la persona que quiere ser, el matrimonio fracasará?

P: Sí (p. 133).

¿Pero qué tipo de persona quisiera ser Helen? Cuando intenta hablar de sus propios sentimientos, es incapaz de ir más allá de una descripción genérica:

T: ¿Qué palabra usaría para describir ese sentimiento?

P: *Supongo* que diría muy, pero muy infeliz.

T: ¿Cuánto tiempo hace que es muy infeliz?

Después de una larga pausa, Helen responde: “*No lo sé. Sólo sé que cada día soy más infeliz. Supongo que poco después de casarme* (p. 135; énfasis añadido).

Como podemos ver, es difícil para Helen tener una idea clara de sus sentimientos y de los antecedentes de los demás. Su atribución de causalidad para sus sentimientos es incierta y le cuesta hacer planes desarrollados o darle un propósito a su vida. (“Pienso que uno debiera tener un objetivo en la vida, porque entonces todas las cosas que haga tenderán hacia ese propósito... Todas las cosas que hago no tienen ninguna razón” (p. 130). Cuando ella trata de encontrar una razón para justificar su existencia, *lo único de lo que Helen puede hablar es de amor o del interés de las demás personas en ella*: “A veces pienso que debe haber algo por lo que valga la pena vivir —tiene que haber algo. *Ahí están Chris y usted tratando de ayudar*” (p. 136; énfasis añadido).

Así que para Helen, la aprobación y el amor de los demás son una razón para vivir. Pero su conducta hacia el terapeuta parece ser incongruente con la afirmación precedente. El terapeuta comenta:

Parece que me está dando dos mensajes a la vez. Esta es sólo la segunda vez que me mira en más de una hora. Me da la impresión que quiere estar aquí y sin embargo no me mira cuando habla (p. 137).

Aquí Helen comienza a llorar y después podemos notar un cambio en la relación terapéutica. La idea de la paciente sobre su identidad personal es analizada mediante el uso de personajes imaginarios, Jane y Claire, producidas por la imaginación guiada de Helen, y es comparada con el yo ideal y el yo real aplicando el Método de Repertorio de Rejilla (Kelly 1955). Para ajustar las imágenes de Jane y Claire, el terapeuta comienza con los problemas de Helen con la comida:

P: Detesto a las personas que comen demasiado.

T: ¿Qué tipo de persona es ésta?

P: Una cerda codiciosa y glotona (p. 139).

La imaginación guiada de esta “cerda codiciosa y glotona” conduce a la identificación de Jane, que tiene alrededor de 16 años, no tiene amigas y es “grande por todas partes”, tiene piernas gordas, pelo grasoso y “dedos cortos más o menos gruesos”. Jane *no tiene personalidad*. Claire es imaginada como “la otra que está tratando de mantener a Jane en orden”. Claire es “alta, de pelo corto, delgada, pero no flaca... sabría qué está ocurriendo... leería los diarios. *Sería capaz de mantener una conversación*” (p. 139; énfasis añadido).

Luego de la evaluación de su identidad personal, la terapia continúa con una reconsideración de las relaciones durante la niñez de Helen con sus padres, y la paciente reconoce cómo su madre no le brindó aprobación y cómo ella añoraba ser querida:

A ella lo único que le preocupa es cómo me veo... Ella no quiere entender el lado emocional de mi problema... Cuando le pregunté si tenía diez minutos para escucharme, inventó todo tipo de excusas para *irse* (pp. 142-143).

Siento que anhelo su amor y su afecto (p. 143).

Previamente, Helen había comentado la relación con su padre de la siguiente manera:

Vivo con mis padres, pero me siento como una pensionista... No me comunico en absoluto con ellos. Mi padre es el típico irlandés, pero yo pensaba que debería existir más entre mi madre y yo, pero no. No sé cómo pudo haberme tenido y criado sin sentir nada (p. 133).

A pesar que el terapeuta nunca profundizó en esta pregunta, los cargos de Helen contra su madre y la exculpación de su padre parecen confirmar indirectamente la existencia de una relación temprana mejor con su padre (quien más tarde la desilusionó) —un aspecto que consideramos típico de la historia del desarrollo del paciente anoréxico. A estas alturas, tanto la evaluación como la terapia estaban virtualmente terminadas, y Helen se encontraba lista para tomar una serie de decisiones y hacer cambios, incluyendo irse a vivir con Chris a pesar de su temor a fracasar. Por lo tanto, además de ser un buen ejemplo de la evaluación de las estructuras cognitivas en una paciente anoréxica, el caso de Helen, como relata Rowe, también muestra cómo se puede planificar una estrategia terapéutica con pacientes con desórdenes alimenticios.

PLANIFICAR UNA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

Que tus palabras sean: "Sí" si es sí, y "No" si es no.

—Mateo, 5:37

Al tratar con desórdenes alimenticios, el terapeuta primero debe encarar las dificultades que derivan de las propias soluciones que los pacientes dan a sus problemas de contacto con la realidad; esto es, evitando cualquier compromiso serio hasta estar seguros que serán entendidos y aceptados, que no serán decepcionados, y que cualquier información que den acerca de sí mismos no será usada en contra de sus propios objetivos. Dado que los pacientes no especifican cuáles son sus propios propósitos (con frecuencia no son capaces de especificar sus propósitos ante sí mismos, excepto el deseo de no engordar), la tarea es por supuesto difícil. Y no importa cómo el terapeuta decida encarar esta dificultad, la táctica usada tendrá que estar de acuerdo con una estrategia a largo plazo orientada a una corrección estable de la conducta alimentaria anormal ("objetivo superficial") o a una reestructuración cognitiva profunda que implique una modificación de la identidad personal.

Empíricamente los terapeutas conductuales han descubierto que "el procedimiento contractual" es bastante exitoso en corregir la obesidad (Abramsom 1973; Harris y Brunner 1971). Éste consiste en establecer un contrato honesto con el paciente, basado en un sistema de premios y castigos asociado a la pérdida de peso. El mismo método es aplicado en el programa de "Weight Watchers". En nuestra opinión, esta técnica alcanza un éxito relativo porque *implícitamente* corrige varios aspectos cognitivos claves en la organización del conocimiento de los pacientes obesos, y al mismo tiempo, respeta sus modelos representacionales de la realidad.

Por ejemplo, si el terapeuta establece con los pacientes el contrato "Por cada libra que usted pierda, pagará un dólar menos por la siguiente sesión; por cada libra que suba, pagará un dólar más; la tarifa básica es de \$40", la situación así creada es mucho más interesante que lo que los principios del aprendizaje operante pudieran sugerir. Los pacientes son confrontados con una relación que es de partida honesta, definida y organizada y que no requiere de la exposición de sus sentimientos y pensamientos, lo que la hace más aceptable. Una vez que aceptan un contrato honesto, aprenden que ellos pueden operar mejor dentro de un sistema preciso de atribución de responsabilidades, y ésta es tal vez la primera oportunidad en su vida que tienen para establecer una relación explícita, prolongada y regular con otra persona. Al no recibir ninguna crítica general ni juicios respecto a su persona, y viendo que una conducta específica es el objeto de retribuciones y castigos, los pacientes pueden reconsiderar su actitud hacia la realidad que, hasta ahora, estaba marcada por expectativas de crítica y rechazo general. La honestidad del terapeuta al respetar el contrato fortalece la tenue esperanza del paciente de encontrar gente confiable, a pesar que esta relación no tenga nada que ver con el gran romance salvador. En pocas palabras, hay grandes posibilidades que el tratamiento sea por lo menos parcialmente exitoso en un período de tiempo relativamente corto.

La limitación de esta estrategia terapéutica es, claramente, su objetivo superficial. A menos que las estructuras cognitivas que determinan la conducta alimentaria anormal sean *explícitamente* reconocidas, discutidas y corregidas, serán sólo parcialmente modificadas por la nueva situación de aprendizaje. Al final del tratamiento, la conducta interpersonal del paciente probablemente permanecerá sustancialmente inmodificada. En presencia de una decepción o de una condición prolongada de soledad, la

organización cognitiva nuevamente dará la misma evaluación y soluciones falsas que primero causaron los “síntomas”. En otras palabras, habrá una recaída. Más aún, esta terapia “superficial” será de difícil aplicación con pacientes anoréxicas y con pacientes con casos de obesidad más serios.

Si elegimos como el objetivo estratégico “profundo” la modificación de la identidad personal (de modo que los pacientes puedan agregar nuevas experiencias a su conocimiento tácito), dos tácticas principales —una indirecta y otra directa— pueden ser seleccionadas para luchar con las dificultades de la voluntad del paciente por evitar la exposición y el compromiso. La primera es, básicamente, la sugerida por Bruch:

Para un tratamiento efectivo, es decisivo que un paciente se vivencie a sí mismo como un participante activo en el proceso terapéutico. Si hay cosas a ser descubiertas e interpretadas, es importante que el paciente lo descubra por sus propios medios y tenga la oportunidad de *decirlo primero* (Bruch 1973, p. 338; cursivas en el original).

Para muchos, esta colaboración cercana con el terapeuta es un nuevo tipo de experiencia; *el ser escuchado*, y no que otra persona le diga lo que él realmente siente o piensa, es importante porque sus propias contribuciones están siendo tratadas como valiosas (Bruch 1973, p. 337; cursivas en el original).

El enfoque de Bruch ha resultado en muchos éxitos terapéuticos, mientras que sus propias aplicaciones previas de una técnica psicoanalítica ortodoxa produjeron muchos fracasos⁸.

Este nuevo enfoque indudablemente respeta la evasividad inicial de los pacientes y los induce a confiar en el terapeuta antes de exponerse a sí mismos. A medida que el terapeuta confirma sus autodescubrimientos, las creencias del paciente de que lo único que puede esperar de la realidad es crítica, rechazo y decepción, gradualmente cambian. Además de esto,

⁸ En nuestra opinión, el psicoanálisis ortodoxo está destinado al fracaso en el tratamiento de los desórdenes alimenticios, porque puede fácilmente confirmar las estructuras cognitivas perturbadas en estos pacientes. Por ejemplo, el uso de interpretación con toda probabilidad confirmará el sentido de poca confiabilidad de los pensamientos autónomos de la persona; el terapeuta, siendo emocionalmente frío e interpretativo, puede aparecer como otra persona intrusiva, criticando e interfiriendo en la vida del paciente en lugar de ayudando.

la atmósfera de la relación terapéutica puede estimular a los pacientes no sólo a exponerse a sí mismos, sino también a admitir que sus problemas se originan en una valoración excesiva del amor y de la desilusión emocional. Sin embargo, el proceso terapéutico no puede ser muy largo y, sobre todo, la actitud pasiva del terapeuta puede hacer que el tratamiento sea inaplicable a pacientes poco cooperadores. Una táctica más directa sería deseable en estas etapas tempranas del tratamiento y en etapas posteriores con pacientes más cooperadores, de manera de apurar el proceso terapéutico.

La táctica directa en las etapas tempranas consiste fundamentalmente en presionar a los pacientes para obtener un contrato terapéutico definido y en estar preparado para hacerles reconocer su renuencia a comprometerse en un contrato franco. Entonces podemos proponer el destinar varias sesiones a un examen de la naturaleza de esta renuencia.

El siguiente es un ejemplo dramático de cómo la táctica inicial directa puede ser aplicada:

Elsa tenía 17 años cuando fue llevada de urgencia al hospital psiquiátrico a causa de un edema provocado por una severa pérdida de peso. Cuando fue admitida, pesaba 32 kilos. Su anorexia había comenzado dos años antes y desde entonces había seguido perdiendo peso. Durante dos días fue alimentada por vía intravenosa y el edema desapareció, pero ella se negaba a comer y decía que no podía quedarse en la clínica. Dos días más tarde, sus padres fueron citados para una evaluación de la comunicación interpersonal familiar, y Elsa comenzó diciendo (literalmente): “Yo no puedo quedarme aquí; no me pidan este sacrificio”. Su padre respondió: “Pero tú bien sabes que afuera no vas a poder. Lo hemos intentado todo sin ningún éxito”. (Elsa había probado con muchos tratamientos diferentes, incluyendo psicotrópicos y 8 meses de terapia psicoanalítica intensiva, la que terminó en un serio empeoramiento de su condición, después de lo cual el analista había pedido su hospitalización y se había retirado del tratamiento). Elsa repetía: “No me pueden pedir que haga este sacrificio; es demasiado para mí”. Nuevamente su padre le explicó que no podía curarse fuera de la clínica. Elsa una vez más lloraba diciendo que su padre *no le podía pedir* que hiciera ese sacrificio. En este punto, el lector podrá haber notado, tal como lo hizo el terapeuta a cargo, que su padre *no estaba* pidiéndole a Elsa explícitamente hacer el sacrificio de quedarse

en la clínica y que el modo de Elsa de comunicarlo era, por decir lo menos, muy indirecto. Habiendo hecho esta observación, el terapeuta (T) decidió ensayar un enfoque directo para obtener el compromiso de Elsa (P) en el tratamiento. Se produjo el siguiente diálogo:

T: Le pido que haga el sacrificio de aceptar la hospitalización.

P (*llorando*): No, no me puede pedir eso.

T: Se lo estoy pidiendo. Como ve, *puedo* pedirselo.

P: No, es demasiado difícil para mí; no me lo puede pedir.

Esto siguió por más o menos diez minutos. La paciente parecía incapaz de entender que el terapeuta *podía realmente* pedirle a ella algo específico y que ella podía, igual de específicamente, contestar "Sí" o "No". El terapeuta entonces explicitó cómo veía la situación:

T: Usted parece no entenderme. Está claro que yo le *puedo* pedir que se quede en la clínica, dado que se lo *estoy* pidiendo. También es igualmente claro que usted puede responder "Sí" o "No". Si su respuesta es "no", entonces nos diremos adiós y no me sentiré insultado por su negativa. Pero, si luego de responder "No", usted cambia de parecer, estaré ahí para ayudarla. Ahora, le pido nuevamente hacer el sacrificio de quedarse.

Esta vez Elsa dejó de llorar: pareció pensar por un momento y luego respondió "No". El terapeuta les dijo adiós y la guió hacia la puerta. Su padre, que estaba esperando afuera, sobreponiéndose a su sorpresa, dijo: "No seas tonta. Quédate". Elsa lo pensó nuevamente y luego respondió: "Está bien. Me quedaré". Ese mismo día, Elsa voluntariamente aceptó comer con los demás pacientes. También estuvo de acuerdo en discutir con el terapeuta lo sucedido y su historia, de modo de entender el origen de sus problemas alimentarios. Habló de la relación con su padre, de cómo él la había desilusionado por ser irresoluto, inseguro y con tendencia a criticarla. También discutieron su tendencia a enfatizar de manera excesiva las dificultades en sus relaciones emocionales.

Luego de un mes, Elsa fue dada de alta con un programa psicoterapéutico basado en una sesión cada dos semanas en el que ella se-

guiría trabajando en la reconstrucción de sus creencias sobre el amor, la relación con los demás y su idea de la valía personal. Su período menstrual reapareció 2 meses después de su alta. Ella siguió ganando peso hasta que alcanzó cerca de los 50 kilos. Elsa comenzó a comer con su familia un año después, pero comía regularmente sola siguiendo una dieta que había acordado con el terapeuta. Después de 4 años, el peso de Elsa se mantenía sin cambios, aun después de terminar una relación con un joven de su edad.

Cada caso se presenta para la psicoterapia de una manera especial. El de Elsa era particularmente dramático y el terapeuta tuvo que arriesgarse a dar de alta a una paciente en una situación de peligro de vida, simplemente para mostrarle que ella podía comunicarse de una manera que era a la vez clara y respetuosa de sus opiniones y decisiones. En otros casos, basta con enfatizar a los pacientes su dificultad para aceptar una definición precisa del contrato terapéutico y ofrecerse a discutir el origen de esta dificultad. Esto sacará a la luz las creencias de los pacientes y sus expectativas acerca de la incompreensión de los demás y de su probable rechazo, y por lo tanto, acerca de la futilidad de exponerse y comprometerse. Así es fácil reunir datos con respecto a pruebas obtenidas por los pacientes durante su vida que apoyan sus teorías, y el terapeuta está en posición de ventaja para demostrar que esas teorías están muy lejos de ser la pura y simple verdad.

Siempre confirmando y respetando los recuerdos de los pacientes, el terapeuta puede crear una condición favorable para ellos, de modo que puedan adquirir las herramientas mentales previamente deficientes. El estilo atributivo impreciso de los pacientes puede ser corregido y ellos pueden comprobar la utilidad de atribuirse claramente a sí mismos o a los demás la responsabilidad de cada éxito o fracaso. Esto lleva a la corrección de algunas distorsiones cognitivas y los pacientes aprenden a confiar en sus propios pensamientos. Para este efecto podemos usar la batería de intervenciones de reestructuramiento cognitivo creada para la corrección del diálogo interno erróneo, siendo el objetivo la pérdida de peso (dado que el paciente declara desearlo). La batería de procedimientos de reestructuración cognitiva propuesta por Mahoney y Mahoney (1976) es un buen ejemplo.

A estas alturas, el terapeuta está muy cerca de la identidad personal del paciente. Una vez que la actitud hacia la realidad y la conducta alimentaria

anormal han sido corregidas, la conversación se mueve hacia temas tales como la necesidad de ser amado y el peligro de ser desilusionado. Es posible intentar un ataque frontal respecto a las creencias irracionales que tienen que ver con "la enorme necesidad de amor" y "lo absolutamente insoportable de ser decepcionado", como sugiere Ellis (1962). Sin embargo, en la mayoría de los casos, preferimos enseñar destrezas sociales focalizadas fundamentalmente en reducir las críticas directas dirigidas hacia las demás personas incrementando la aceptación, y por sobre todo, reconstruir el desarrollo de las teorías del paciente acerca del amor y la desilusión, comenzando por sus experiencias tempranas en la familia⁹.

Los pasos para una psicoterapia estratégica de objetivos profundos se resumen en el siguiente bosquejo:

1. a. Definición de un contrato terapéutico claro, o
b. Reconocimiento de los problemas para definir el contrato y la utilidad de averiguar acerca de estos problemas.
2. a. En caso que el paciente haya seleccionado un programa definido de cambio de peso, se realiza un contrato conductual más una reestructuración cognitiva superficial.
b. Apuntar a modelos representacionales de la realidad focalizados en las expectativas de crítica, rechazo, desilusión, etc. Reconocimiento del procedimiento de resolución de problemas basado en la evitación del compromiso y la expresión definida de emociones y creencias.
3. Actitud reaseguradora y de escucha del terapeuta (como sugiere Bruch).
4. Reconocimiento del hecho que las pruebas que apoyan la actitud hacia la realidad son parciales y que la actitud misma está basada en una teoría más que en la verdad (distanciamiento).

⁹ En varias fases del tratamiento preferimos, cuando es posible, tener sesiones conjuntas con toda la familia, por dos razones. Primero, a veces es importante ofrecer explicaciones y apoyo emocional a toda la familia (a pesar que no pretendemos transformar la terapia individual en terapia familiar). Segundo, el estudio de las interacciones familiares puede probar ser interesante para reconstruir la organización cognitiva y las posibles fallas del desarrollo; los resultados del estudio también pueden usarse en las sesiones individuales posteriores para ayudar al paciente a reconstruir su desarrollo y reconocer su propia organización cognitiva.

5. Prescripciones conductuales dirigidas a obtener un estilo atributivo más definido, sumado a una aclaración cognitiva de la importancia de este punto.
6. Prescripciones conductuales y cognitivas orientadas al control de peso, si el paciente lo requiere o si las acepta gustoso (por ejemplo, como sugieren Mahoney y Mahoney 1976).
7. Clara *descripción* de las creencias que son fundamentales para la definición de la identidad personal: "la enorme necesidad de amor" y la actitud de "no poder soportar la decepción".
8. Entrenamiento de la asertividad (modificada) y/o reestructuración cognitiva de los ítems precedentes. (Este reestructuramiento se consigue mejor después de completar el paso 9).
9. Reconocimiento de los orígenes de las creencias que tienen que ver con "la enorme necesidad de amor". Si es necesario, se pueden tener sesiones familiares conjuntas de modo de dar al paciente la posibilidad de ver cuál podría ser su esquema emocional.
10. Reconocimiento crítico por parte del paciente de su organización cognitiva global.

EN CONCLUSIÓN

El relato en los capítulos precedentes de nuestra práctica clínica y su resultado es necesariamente esquemático. No siendo lo suficientemente diestros para una exposición escrita y no queriendo imponer a nuestros lectores descripciones teóricas mayores, hemos decidido omitir algunas observaciones clínicas colaterales e hipótesis adicionales. Sin embargo, en estas últimas páginas nos gustaría agregar unas pocas notas fundamentales.

Las organizaciones cognitivas que hemos descrito como típicas de cada síndrome psiquiátrico pueden coexistir en un solo individuo (ver Cap. 10, Nota 6, y Cap. 12, pp. 315-316). En teoría, una persona puede muy bien sufrir durante la niñez por la pérdida temprana de alguno de sus progenitores y al mismo tiempo verse limitada en su conducta exploratoria por el otro padre; en este caso, las bases para el desarrollo depresivo y agorafóbico son establecidas simultáneamente. Ejemplos semejantes podrían darse en relación con la organización cognitiva de los obsesivos y con la organización típica de las personas con desórdenes alimenticios en todas las combinaciones posibles. Sin embargo, en nuestra experiencia clínica, cuando coexisten tales organizaciones "mixtas", una estructura cognitiva generalmente prevalece sobre la otra y ambas están presentes al mismo tiempo (ver ejemplo clínico en Cap. 10, Nota 6) o pueden ser evocadas, por turno, a consecuencia de condiciones ambientales distintas (ver ejemplo clínico en Cap. 12, p. 316).

También es posible que la perturbación más importante expresada por el paciente pudiera ser el desarrollo de uno de los aspectos

secundarios de los síndromes descritos. Algunos ejemplos ilustrarán este punto.

Algunos pacientes que presentaban como su "síntoma" fundamental una "fobia a hablar en público" o "angustia de examen", demostraron tener una organización cognitiva muy semejante a la de los que tienen desórdenes alimenticios. Otros tenían una organización similar a la observada en la agorafobia, la depresión o el síndrome obsesivo-compulsivo, a pesar de que solicitaban psicoterapia para problemas definidos como angustia de examen y/o angustia social. En tales casos, la angustia de examen y la angustia social muestran aspectos que pueden ser atribuidos a la estructura cognitiva básica del paciente. Por ejemplo, cuando la angustia de examen se basaba en una estructura cognitiva típica de pacientes con desórdenes alimenticios, los pensamientos que los acompañaban eran: "No seré capaz de expresarme", "El examinador no entenderá lo que quiero decir", "No captarán el verdadero significado de mis palabras", "Si mis respuestas son correctas, ellos esperarán más y más de mí y yo terminaré decepcionándolos", etc. Estos pacientes también se preocupaban demasiado de su apariencia. Por ejemplo, cuidaban demasiado su ropa y su peso, a veces tenían tendencia a robar en tiendas de departamentos, sufrían de angustia generalmente a nivel gástrico, tenían problemas para expresar claramente sus sentimientos y pensamientos durante la evaluación inicial, etc.

Los pacientes que sufren de angustia de examen o angustia social en base a una organización cognitiva agorafóbica mostraron su angustia durante exámenes o eventos sociales a través de pensamientos tales como: "Siento que me están forzando a sentarme aquí y no lo soporto", "Me siento sola entre toda esta gente", "Parece que todo el mundo me está mirando; haré el loco". Sus problemas fundamentales relacionados con la soledad, la necesidad de tener control y su sensación de constricción están usualmente claros también en otras áreas.

Cuando la angustia de examen ocurría en una organización cognitiva obsesivo-compulsiva, el diálogo interno se focalizaba en el temor a cometer errores, las dudas en relación a la preparación ante un examen a pesar de buenos resultados previos y un evidente comportamiento perfeccionista. A menudo estos pacientes, antes de dar el examen, apelaban a la superstición o a rituales propiciatorios positivamente "mágicos".

Una paciente con una estructura cognitiva depresiva generalmente expresaba la angustia de examen con autodefiniciones como: "No valgo nada", "No soy capaz de estudiar", "Soy un fracaso y este examen lo probará", etc.

Nosotros creemos que hay casos de pacientes con angustia de examen cuya organización cognitiva es una mezcla de aquellas características descritas en los capítulos previos y otros con una organización cognitiva muy peculiar y única. En nuestra experiencia clínica, hemos visto más de una vez pacientes con ansiedad social donde la organización cognitiva era similar a la presentada por pacientes que sufrían de perturbaciones mucho más serias de naturaleza paranoica.

Nuestra experiencia provee otros ejemplos como variaciones sobre el mismo tema: pacientes que presentaban perturbaciones sexuales y dificultades de adaptación a la relación marital. La incapacidad de tener orgasmos, por ejemplo, se presenta tanto en mujeres anoréxicas como en agorafóbicas. Mientras en las primeras se acompaña por problemas tales como indiferencia general hacia el sexo, tendencia a enfatizar excesivamente los malentendidos emocionales con la pareja y a sentirse fácilmente desilusionadas, en las últimas esto se acompaña de miedo a perder el control y sensibilidad exagerada a los problemas de dominio y sumisión en la pareja.

Las pacientes deprimidas pueden volverse incapaces de tener orgasmos debido a su falta de actividad y apatía (la pérdida general de interés y motivación envuelve también la vida sexual) o debido a afirmaciones tales como: "No soy una mujer de verdad", "No vale la pena tener relaciones sexuales si al final me abandonará igual" y "¿Cómo alguien va a querer a una mujer como yo?".

Las pacientes obsesivo-compulsivas a menudo sufren de un "perfeccionismo" moral o religioso con respecto al sexo o, por el contrario, de una especie de perfeccionismo "técnico" en el cual ellas tratan de alcanzar una idea abstracta de logro absoluto en la relación sexual.

Consideraciones parecidas pueden aplicarse a los pacientes varones. En todos estos casos, los aspectos calificadores de los distintos síndromes clínicos (desórdenes alimenticios, temor a salir solos, rituales compulsivos, flojera, melancolía) pueden estar presentes en grados distintos o completamente ausentes. La organización cognitiva que puede deducirse y/o las condiciones ambientales donde viven los pacientes generalmente explican por qué las perturbaciones sexuales —o la angustia social— sobresalen en

relación a los otros aspectos, pero los rasgos fundamentales del síndrome de todas maneras son claros. Todos estos casos, en donde a posteriori se ha detectado una organización cognitiva semejante a la de los cuatro síndromes descritos en este libro, se ha detectado, no han sido incluidos entre los presentados en el Apéndice B, Tabla B-1.

Una última reflexión, y tal vez la más importante, requiere del uso de una metáfora. Nosotros consideramos el desarrollo de la organización cognitiva como algo relativamente fluido. Es como si cada persona, pese a vivenciar pérdida y soledad, limitación a la libertad para explorar el ambiente, simultaneidad de opuestos y muchos otros factores de estrés fundamentales, escogiera un número limitado —o sólo uno— de ellos como el tema básico en torno al cual articular su programa de investigación. Esta elección da inicio y coordina todo el programa de investigación, pero no lo influencia totalmente. Suministra la matriz fundamental de relación dentro de la cual los distintos eventos vitales van a encontrar un significado —y serán “memorizados”—, pero no determina completamente la calidad y cantidad de información que constituye el conocimiento individual. Cuando la matriz de relaciones es suficientemente flexible, vale decir, cuando permite la asimilación y transformación de nuevas experiencias y a su vez es moldeada por tales experiencias sin perder su identidad, entonces el individuo que tenga dicha organización cognitiva aparecerá como “mentalmente sano”. En otras palabras, la “fluidez” de la organización cognitiva de la persona es proporcional a su capacidad de adaptarse a los desafíos del ambiente. Por lo tanto, el objetivo fundamental de la psicoterapia, desde la perspectiva cognitivo-estructural, es aumentar —mediante la liberación progresiva de las “seguridades incuestionables” previas— la flexibilidad de la organización cognitiva de la persona.

No sabemos hasta qué punto hemos tenido éxito en bosquejar un enfoque estructural del estudio del conocimiento humano y de la psicoterapia. Pero a pesar de tener dudas acerca de los resultados alcanzados y presentados en este libro, sentimos poca incertidumbre respecto a la validez de los principios básicos que inspiraron nuestro enfoque. Estos principios son de naturaleza tanto temática como metodológica.

El aspecto temático básico de nuestro enfoque es la concepción del sí mismo como la agencia central y reguladora de toda la organización cognitiva. La idea de la peculiaridad de la especie humana, derivada de consideraciones biológicas, evolutivas y epistemológicas (la autoconciencia, la

capacidad de darse cuenta y el poder creativo de la imaginación emergen únicamente en nuestra especie), y el sentido de singularidad del individuo dentro de la especie (que deriva de nuestra experiencia inmediata) confirman esta concepción. Esta perspectiva orientó nuestra idea de las organizaciones cognitivas —a menudo semejantes debido a ciertas estructuras invariables— como sustancialmente únicas, siendo expresiones de personas vivas, y no como pautas de creencias y emociones genéricas e impersonales.

El principal aspecto metodológico de nuestro enfoque consiste en el esfuerzo de adherir a una perspectiva estructuralista, respetando al mismo tiempo el método científico. La historia de la ciencia muestra que con frecuencia los fenómenos pueden ser adecuadamente entendidos sólo si consideramos la estructura global de la situación en que ellos ocurren. Además de las bien conocidas consideraciones sobre esta materia brindadas por el estudio de la sociología y la antropología, la historia de varios otros campos científicos suministra fácilmente muchas demostraciones de la validez del enfoque estructuralista. Por ejemplo, una serie de fenómenos estudiados por la química pueden ser entendidos sólo si consideramos la estructura espacial de las moléculas, y no su mera composición en términos de átomos constitutivos,

Del mismo modo, estamos convencidos que sólo la consideración de una estructura dentro de la cual los elementos únicos del conocimiento de un individuo están ubicados, nos permite entender cómo estos elementos gobiernan y coordinan las emociones y acciones del individuo. Por supuesto, esta opinión no se sostiene mediante instrumentos y métodos de investigación psicológica completamente satisfactorios. Por lo tanto, estamos conscientes que las observaciones e hipótesis expresadas en este libro están abiertas a muchas críticas desde el punto de vista de su precisión científica en la recolección, ordenamiento y comparación de datos. Nuestra esperanza es que estas críticas puedan estimular mayor investigación de modo que esfuerzos más satisfactorios y completos que los nuestros puedan acercarse más a la meta ideal que una vez vislumbramos, leyendo en la autobiografía intelectual de sir Karl Popper el siguiente comentario iluminador:

Yo no niego la existencia de las experiencias subjetivas, de los estados mentales, de las inteligencias y de las mentes; incluso creo que éstas

son de suma importancia. Pero pienso que nuestras teorías acerca de estas experiencias subjetivas, o acerca de estas mentes, debieran ser tan objetivas como otras teorías. Y cuando digo teoría objetiva, me estoy refiriendo a una teoría argumentable, que puede ser expuesta a la crítica racional, preferentemente una teoría comprobable; no una que apele meramente a nuestras intuiciones subjetivas (1974, p. 110).

Apéndice A

ESTRUCTURA DEL CONOCIMIENTO PSIQUIÁTRICO Y EL PROBLEMA DE LA PERSONALIDAD PREMÓRBIDA

La estructura general del conocimiento psiquiátrico se basa en cinco temas principales.

El primero es el reconocimiento del síntoma, vale decir, la recurrencia regular de pautas anormales constantes de conductas, pensamientos, actitudes y emociones en distintos individuos. A pesar que investigadores de diferentes orientaciones teóricas están de acuerdo en la identificación de los síndromes mayores (depresivo, fóbico, obsesivo-compulsivo, paranoide, esquizofrénico, etc.), el campo del diagnóstico psiquiátrico aún está plagado de argumentos y revisiones. La introducción de nuevas categorías nosográficas (la de desórdenes alimenticios, propuesta por Hilde Bruch, es un ejemplo reciente), la desaparición de algunas antiguas (la histeria está a punto de ser olvidada, tal como lo ha sido la neurastenia) y las disputas acerca de la confiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos son tan sólo algunos ejemplos de las contradicciones que surgen en esta área más básica del conocimiento psiquiátrico.

El segundo gran tema en que se basa el conocimiento psiquiátrico tiene que ver con los modos y las leyes mediante los cuales las pautas anormales de conducta se mantienen en el contexto ambiental y social donde aparecen. Los principios conductuales, las teorías de aprendizaje, la comunicación interpersonal, los principios de la teoría de sistemas, las consideraciones sociológicas, las influencias bioquímicas adversas y muchos otros factores han sido considerados al describir las leyes de la mantención, y con frecuencia han sido extendidos a la explicación causal del origen de la

conducta anormal. Generalmente, sin embargo, se cree que las causas de la conducta anormal pueden ser rastreadas en fases tempranas del desarrollo del individuo. “*In pueris homo*” es un viejo proverbio, cuya importancia para la psicología clínica moderna es todavía frecuentemente olvidada, por lo menos en la práctica clínica de muchos terapeutas conductuales. Sin lugar a dudas, la teoría psiquiátrica clásica es aún la más coherente en dar cuenta de las causas tempranas de la conducta anormal, a pesar que están emergiendo teorías nuevas y supuestamente más satisfactorias (por ejemplo, la teoría del apego de Bowlby, que ha sido ampliamente utilizada en el presente libro; ver Bowlby 1969, 1973, 1980).

El tercer tema tiene que ver con la naturaleza precisa de las experiencias negativas tempranas que tornan al individuo vulnerable a futuros eventos estresantes, de modo que él reacciona a ellos desarrollando esas pautas de conducta, emoción y pensamiento anormales descritas como síndromes psiquiátricos clínicos. La idea de vulnerabilidad adquirida mediante experiencias negativas tempranas compite con el concepto de predisposición genético-bioquímica, que hasta ahora desafía cualquier definición experimental (con excepción, tal vez, de las principales psicosis funcionales).

El cuarto tema central en que se basa el conocimiento psiquiátrico es el más confuso y contradictorio, pero también, en nuestra opinión, el más importante. Tiene que ver con los mecanismos que le permiten a un individuo mantener una adaptación satisfactoria durante el período entre las influencias negativas tempranas y la época, en la adolescencia o adultez, cuando los factores precipitantes producen los “síntomas” psiquiátricos nítidos. El problema surge sin considerar la teoría causal en que uno cree y el punto de vista asumido sobre los eventos precipitantes. De hecho, los siguientes son común y claramente experimentados en psiquiatría:

1. No todos los individuos reaccionan de la misma manera ante los eventos estresantes, aun cuando éstos sean graves.
2. Los antecedentes del mismo síndrome psiquiátrico pueden ser muy diferentes de un caso a otro.
3. Antes de alcanzar los desequilibrios particularmente serios que requieren ayuda psiquiátrica y psicológica, la mayoría de los pacientes muestra un cierto grado de adaptación a su ambiente.

La psiquiatría clínica solía encarar este tipo de dificultades con la idea tradicional de la personalidad premórbida. De acuerdo a este concepto, cualesquiera que hayan sido las influencias negativas tempranas, los individuos cuentan con los mecanismos para encararlas y adaptarse. Estos mecanismos (por ejemplo, los clásicos mecanismos de defensa del pensamiento psicoanalítico; la interacción entre factores tales como la introversión, la neurosis, etc.; hábitos que son adaptativos en el ambiente original, pero que serán maladaptativos en el nuevo) se reflejan en el estilo de vida de uno y en su actitud hacia la realidad —en una palabra, en la “personalidad”. Cuando un evento ambiental escapa a la capacidad de encarar de estos mecanismos, podemos observar el desarrollo de algunos rasgos de personalidad premórbida en “síntomas” psiquiátricos abiertos.

Todo parece claro hasta este punto, pero aquí surgen varios problemas. ¿Cómo debiéramos definir los “rasgos” exactos de una personalidad premórbida? ¿Cómo hemos de demostrar la relación entre estos “rasgos” y los “síntomas” psiquiátricos? ¿Cómo podemos conectar los mecanismos que subyacen a los rasgos de personalidad y los eventos estresantes específicos que precipitan la sintomatología?

No es sólo cuestión de problemas teóricos. Por el contrario, cualquier intento de cambiar la perturbación psiquiátrica permanentemente debiera también, al menos en parte, alterar estos mecanismos básicos. Dado que no se puede cancelar un evento del pasado, ni es posible, en la mayoría de los casos, cambiar las condiciones ambientales que causan el desequilibrio de la adaptación antes alcanzada, el objetivo de la psicoterapia debiera consistir principalmente en cambiar las actitudes básicas que se revelan como rasgos de personalidad indeseables. Es precisamente este objetivo, de tanta importancia teórica y práctica, el que la investigación psicológica y psiquiátrica no ha logrado alcanzar, en la medida que el concepto de personalidad premórbida ya no se menciona en los principales estudios modernos de psicoterapia y psicología clínica. Si los lectores desean tener una idea de las discrepancias entre las teorías acerca de la personalidad premórbida, la investigación clínica sobre la relación entre personalidad premórbida y las correspondientes “enfermedades” psiquiátricas, y la investigación psicométrica acerca del mismo tema, deben remitirse a la revisión crítica de Chodoff de la personalidad depresiva (1974) y a la revisión de Slade de la personalidad obsesiva. Los resultados de estos estudios parecen constantemente ambiguos, vagos, contradictorios y sin uso práctico para el psicoterapeuta.

A pesar de estos decepcionantes resultados, un hecho permanece: no sería posible reconocer, más allá de la variedad y heterogeneidad de los eventos precipitantes de los síndromes clínicos, una clase precisa de causas responsables de la vulnerabilidad del sujeto a esos eventos estresantes, si alguna forma de personalidad premórbida no fuera reconocible como la expresión de su vulnerabilidad latente. Así, el quinto gran tema en que se basa el conocimiento psiquiátrico —el proceso terapéutico— en este caso sería independiente del tercer tema, concerniente a las causas tempranas. Esto significaría que el conocimiento psiquiátrico sufre de tantos vacíos que éste, con toda probabilidad, colapsará bajo la repetición infinita de intervenciones terapéuticas fragmentarias, en un caso apuntando a la modificación directa de algún aspecto del síndrome, en otro intentando corregir las causas hipotéticas tempranas, y en un tercer caso, tratando de controlar las condiciones ambientales dentro de las cuales crece la perturbación. A pesar de ser tentativo y que aún está por verificarse, existe un intento de salvar estas brechas amenazantes en el conocimiento psiquiátrico. Es una traducción del concepto de personalidad premórbida a los términos sugeridos por el enfoque estructural-cognitivo.

Desde el punto de partida de la psicología cognitivo-estructural, la personalidad premórbida es un concepto que puede ser reducido al de la organización cognitiva. Los “rasgos” de personalidad son concebibles como epítome de sistemas de creencias duraderos o de “suposiciones básicas”. Los rasgos de personalidad no deseados deberían ser considerados como expresiones de creencias irracionales específicas (Ellis 1962, Cap. 5). El puente entre las experiencias tempranas y los “síntomas” actuales ya no es la vagamente definida personalidad premórbida, sino el conjunto de creencias y teorías ordenado y estructurado que el individuo ha desarrollado en base a esas experiencias y que impide que él o ella asimile los nuevos, representados por los factores precipitantes de la “enfermedad”.

La pauta general del desarrollo cognitivo que presentamos en la primera parte de este libro nos lleva a considerar las características del pensamiento formal, que constituyen el llamado estilo cognitivo, como *secundarias* en comparación con los contenidos del conjunto de creencias estructurado en que se basa la identidad personal. Muchos de los estudios tempranos sobre el estilo cognitivo se han hecho más difíciles, en lo que a la importancia práctica de sus resultados se refiere, por una inadecuada consideración de las relaciones lógicas y causales entre las variables

formales y de contenido. Las variables formales (por ejemplo, modos de procesar la información) a menudo se han hecho equivalentes a las variables estructurales (ver, por ejemplo, Schroder, Driver y Streufert 1967, p. 4 *ff.*). Sólo rara vez fue claramente establecido que la “distinción entre contenido y estructura no es tan clara como pudiera parecer, por lo que es una y la otra depende del nivel de análisis. A pesar que una estructura constituye una relación entre elementos, puede en sí misma formar un elemento en alguna estructura supraordenada” (Scott 1963, p. 266). Tal vez aún más escasos eran los estudios en que las variables de contenidos, estructurales y del desarrollo eran tomadas en cuenta junto a la consideración de sus relaciones lógicas y causales. Una excepción notable fue la investigación de Harvey acerca del nivel de abstracción (una cualidad formal) visto como una función del contenido de los conceptos más *centrales* del “sistema personal” del individuo (Harvey 1967). A pesar que las suposiciones del desarrollo de Harvey eran bastante generales y limitadas a las experiencias del individuo en relación a la autoridad, él tomó en cuenta su rol en la formación de los conceptos centrales del “sistema personal” y las relaciones *subsiguientes* de algunas características formales del pensamiento con estos conceptos centrales, pero no con conceptos de menor centralidad y compromiso. En relación a la analogía con el concepto de “fijación funcional” (Shaw 1979), podemos decir que el pensamiento productivo se hace difícil en aquellas áreas donde las representaciones del individuo están encadenadas al pasado. Todos los *contenidos* de pensamiento estrechamente ligados a las creencias centrales de la identidad personal serán entonces procesados en la forma “primitiva” de pensamiento más que en la forma “madura” (ver Beck *et al.* 1979, Cap. 1).

Desde este punto de vista, podríamos decir que los factores precipitantes de las reacciones neuróticas actúan creando condiciones de vida donde los pensamientos centrales de la identidad personal conllevan un “desafío” insoportable. El pensamiento “maduro” se desvanece en las áreas de este desafío y predomina el pensamiento “primitivo”. El resultante procesamiento erróneo de información se convierte en la base del “desorden de pensamiento” neurótico. Hay evidencias clínicas y experimentales que apoyan la hipótesis de que las creencias irracionales son primarias en relación a las perturbaciones formales del pensamiento en los *síndromes neuróticos*. (Lo opuesto quizás podría ser verdad en condiciones psicóticas; es decir, los desórdenes primarios del pensamiento pueden ocasionar

la aparición de contenidos de pensamiento "psicótico"). Por ejemplo, los buenos resultados de terapias basadas fundamentalmente en la modificación de los contenidos irracionales del pensamiento (RET tradicional; ver Ellis 1962) nos llevan a suponer que, como una consecuencia, el procesamiento defectuoso de la información también se modifica. En oposición a esto, no hay pruebas clínicas igualmente convincentes de resultados rápidos obtenidos intentando modificar los errores formales de pensamiento sin considerar al mismo tiempo el contenido de las ideas irracionales. A través de la experimentación, Lloyd y Lishman (1975) descubrieron que cuando mejoraba el estado de ánimo de un grupo de pacientes deprimidos, disminuía la tendencia a realizar recuerdos selectivos (una perturbación formal de pensamiento) de experiencias desagradables. A pesar que los autores llegan a distintas conclusiones a partir de este hallazgo, pensamos que están en concordancia con la hipótesis de que la aparición de contenidos depresogénicos de pensamiento implica un aumento de la tendencia al recuerdo selectivo de experiencias desagradables, mientras que una disminución de la depresión y una presencia reducida de contenidos depresogénicos en el flujo de la conciencia promueven la corrección espontánea de este tipo de procesamiento defectuoso de información.

La visión cognitivo-estructural de la personalidad premórbida permite una formulación detallada de una serie de suposiciones e hipótesis comprobables.

1. Los "rasgos" de la personalidad premórbida que la psiquiatría clínica clásica le atribuye a un determinado síndrome no debieran ser entendidos como generales y absolutamente verdaderos para un individuo que sufre de ese síndrome. Por el contrario, debieran ser buscados dentro de los dominios específicos de significado del individuo. Makhoul-Norris *et al.* (1970) y Makhoul-Norris y Norris (1972; ver Cap. 12, Nota 1) muestran en su investigación que los conglomerados de constructos personales (dominios de significados) pueden estar menos vinculados entre sí en los pacientes neuróticos que en los individuos normales. Es una razón más para creer que un cierto "síntoma" y un cierto "rasgo" de la personalidad premórbida pueden ser correlacionados únicamente dentro de cierto dominio de significados. El "perfeccionismo" de un paciente obsesivo-compulsivo, por ejemplo, se puede ver en el modo como efectúa sus rituales o en sus

creencias sobre la conducta moral, pero no en el modo como mantiene su casa (que puede ser muy desordenada). Si la moral y los rituales de los pacientes se correlacionan dentro del mismo dominio de significados (por ejemplo, un ritual expiatorio de oración y el deseo de seguir estrictamente los requerimientos de su religión), entonces el rasgo perfeccionista común a ambos aspectos puede sugerir la existencia de una presuposición básica significativa concerniente a la necesidad de ser perfecto, aun cuando, en una prueba psicométrica general de "perfeccionismo", el paciente haya obtenido únicamente un puntaje promedio. (Esto puede depender del hecho que la prueba evalúa aspectos generales de perfeccionismo, tales como el orden en la casa o la puntualidad, que pueden ser irrelevantes para este paciente en particular). A pesar que esta hipótesis plantea preguntas acerca del uso de instrumentos como lo hace la mayoría de las escalas psicométricas en uso, no implica la imposibilidad de conducir estudios precisos como lo hace la teoría psicoanalítica. Por el contrario, la definición de las creencias irracionales básicas típicas de cada síndrome neurótico (que debiera aparecer en la personalidad del paciente incluso durante los períodos de bienestar) y el uso de instrumentos psicométricos (como el Test de Repertorio de Rejilla de Kelly) que permitirán al paciente expresarse con las verbalizaciones idiosincrásicas y al terapeuta identificar los dominios de significado individuales, podrían permitir tanto estudios transversales como longitudinales de la personalidad premórbida.

2. La gama de eventos precipitantes para cada síndrome neurótico debiera hacerse predecible en relación a los "rasgos" de personalidad premórbida identificados. Debiera entonces ser posible comprobar hipótesis tales como aquellas que conciernen a la vulnerabilidad de los pacientes deprimidos ante la pérdida de un ser querido (ver Cap. 9), la vulnerabilidad de los pacientes agorafóbicos ante el matrimonio y las amenazas de separación (ver Cap. 10), la vulnerabilidad de pacientes con desórdenes alimenticios a la crítica sobre su apariencia (ver Cap. 12), etc.
3. La jerarquía de creencias explicaría las diferentes respuestas de los pacientes a los mismos eventos estresantes. Por ejemplo, los pacientes deprimidos y agorafóbicos son igualmente vulnerables a la amenaza de abandono. Pero mientras para la organización cognitiva de los

agorafóbicos el abandono es una amenaza insoportable, los pacientes deprimidos la esperan como un destino inevitable que deben afrontar y vivir. El evento estresante ocasionará que los primeros entren en pánico y hagan todo lo posible para anular la amenaza, mientras que los últimos caerán en un estado de melancolía, pensando que el momento ha llegado y que no pueden hacer nada para evitarlo. Los agorafóbicos no consideran el abandono como una amenaza para su autoestima; más bien, revela la maldad o indiferencia de los demás. Para los pacientes deprimidos, el abandono prueba su falta de queribilidad. La jerarquía de la organización cognitiva de los agorafóbicos está dominada por el dilema entre el deseo de libertad y el temor a la soledad, y el modo de reaccionar a la separación es una consecuencia de este dilema. La jerarquía de la organización cognitiva de los pacientes deprimidos está regida por el esfuerzo de vivir el propio destino de soledad y la separación es considerada como la prueba de que los propios esfuerzos han sido inútiles.

Una vez que la investigación clínica ha iluminado los conjuntos fundamentales de creencias típicas de la personalidad premórbida de cada síndrome neurótico y de las relaciones jerárquicas dentro de la organización cognitiva, una serie de estudios experimentales serían concebibles y factibles. Podríamos, por ejemplo, seleccionar muestras de pacientes normales que comparten el conjunto de creencias de un cierto síndrome (por ejemplo, que tienen la personalidad premórbida típica de ese síndrome); someter a estos sujetos a la representación de cierto evento estresante (por ejemplo, la crítica y el abandono del ser querido) y estudiar sus reacciones cognitivas y emocionales. La comparación con las reacciones al mismo evento estresante de un grupo de sujetos con distinta personalidad premórbida podría confirmar o negar que la pauta de respuesta específica sea una función del sistema de creencias. Estudios experimentales en este sentido han sido conducidos por Goldfried y Sobocinski (1975) y por Graham, Kabler y Graham (1962).

4. La cuestión de la intensidad de los desórdenes emocionales podría ser vista bajo una nueva luz. La gravedad de una reacción neurótica, desde una perspectiva cognitivo-estructural, es de hecho resultado no sólo de eventos ambientales estresantes o de variables psico-fisiológicas, sino también, y fundamentalmente, de las propiedades estructurales de la

organización cognitiva del paciente. Cuando decimos “propiedades estructurales”, nos estamos refiriendo a algo que involucra variables tanto formales como de contenido y que toma en cuenta los aspectos del desarrollo del pensamiento. Por lo tanto, las propiedades estructurales de la organización cognitiva son todas las *relaciones lógicas* (similitud, diferenciación, relacionamiento, integración, generalidad, deducibilidad, etc.) y todas las *relaciones jerárquicas y del desarrollo* entre los *contenidos* de los sistemas conceptuales del individuo. Estas propiedades estructurales emergen en las diferentes formas de procesamiento defectuoso o “racional” de la información (errores inferenciales, atención selectiva y memoria selectiva, pensamiento polarizado, rigidez, pensamiento no dimensional y global, pensamiento moralista y absolutista, generalización excesiva, magnificación y minimización, pensamiento mágico, etc.). A pesar de que aún está por establecerse una clasificación de las diferentes formas de procesamiento defectuoso de la información con respecto a las distintas propiedades estructurales de la organización cognitiva, es razonable suponer que mientras más irracionales sean los contenidos —y mientras más interconectados estén dentro de las estructuras cognitivas—, más seria (por ejemplo, la resistencia a los cambios) debiera aparecer la resultante condición neurótica.

Apéndice B

MUESTRA DE PACIENTES

Las observaciones clínicas relatadas en este libro derivan de un total de 198 relaciones psicoterapéuticas, en la mayoría de las cuales los autores se involucraron personalmente. La composición de la muestra de pacientes se detalla en la Tabla B-1.

Es imposible, dados los objetivos de este libro, ofrecer un relato detallado de los resultados terapéuticos con estos pacientes. Considerando como un índice de tratamiento exitoso un alivio sintomático importante o completo durante por lo menos 2 años de seguimiento, podemos afirmar que alrededor del 70% de nuestras relaciones terapéuticas terminaron exitosamente. Alrededor del 4% de nuestros pacientes interrumpieron prematuramente el tratamiento, argumentando una insatisfacción declarada y por lo tanto son considerados como abandonos. Los abandonos provienen de los grupos de diagnóstico de pacientes agorafóbicos y con desórdenes alimenticios. El 26% restante son considerados casos sin éxito, en los cuales sólo se obtuvo un alivio menor o nulo a pesar de un tratamiento razonablemente prolongado.

En los casos exitosos, la duración del tratamiento ha sido extremadamente variable, yendo desde un mínimo de 13 sesiones hasta un máximo de 206 (promedio: 79 sesiones). La frecuencia de sesiones fue, en la mayoría de los casos, una vez a la semana y cada sesión duraba alrededor de una hora.

Cuando el tratamiento termina, usualmente pedimos al paciente que vuelva una vez al mes durante un año y después una vez cada 2 ó 3 meses

en el segundo año, de modo de tener una retroalimentación continua en relación a la estabilidad que él o ella haya obtenido de la terapia. En alrededor del 30% de los casos exitosos notamos una tendencia a la recaída, y en estos casos usualmente reanudamos el tratamiento con una frecuencia reducida (generalmente una sesión cada 2 semanas, por un promedio de 15 sesiones). Estas sesiones de apoyo han demostrado ser exitosas en cuanto a recuperar los beneficios iniciales en casi todos los casos en que se llevaron a cabo. Cuando el paciente no puede o no quiere volver a las sesiones de seguimiento, generalmente obtenemos los datos necesarios en relación a la estabilidad de los resultados del tratamiento mediante llamadas telefónicas o cartas. Sin embargo, este procedimiento indirecto ha sido necesario en sólo cuatro casos.

Tabla B-1. Muestra de Pacientes

	Depresión	Agorafobia y fobias múltiples	Desórdenes alimenticios	Pautas obsesivo- compulsivas
Número	24	115 ^a	38 ^b	21
Sexo				
Hombres	10	43	7	12
Mujeres	14	72	31	9
Edad				
Extremos	26-57	21-54	14-36	18-50
Promedios aproximados	36	30	22	29
Estado civil				
Solteros	7	10	29	13
Casados ^c	9	101	8	8
Viudos	4	1	-	-
Divorciados (o legalmente separados)	4	3	1	-

^a El alto número de pacientes agorafóbicos se debe a la inclusión en este estudio de datos reunidos por el autor y otros cuatro terapeutas durante un estudio clínico de 8 años (para esta investigación, ver Liotti 1980).

^b Doce anoréxicos (2 de los cuales eran hombres), 15 pacientes obesos (5 de los cuales eran mujeres) y 11 mujeres "delgadas-gordas".

^c También incluimos en este grupo los pacientes que no estaban legalmente casados, pero que llevaban conviviendo con su pareja al menos 3 años. En nuestra muestra, ocho pacientes estaban en esta condición.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, E.E. "A Review of Behavioral Approaches to Weight Control". *Behaviour Research and Therapy*, 1973, 11, 547-556.
- Abramson, L.Y., M.E.P. Seligman y J.D. Teasdale. "Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation". *Journal of Abnormal Psychology*, 1978, 87, 49-74.
- Adams, P.L. *Obsessive Children*. Nueva York: Brunner/Mazel, 1973.
- Ainsworth, M.D.S., M.C. Blehar, E. Waters y S. Wall. *Patterns of Attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1978.
- Arieti, S. *The Intrapsychic Self*. Nueva York: Basic Books, 1967.
- Arnkoﬀ, D.B. "Psychotherapy from the Perspective of Cognitive Theory". En M.J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy Process*. Nueva York: Plenum, 1980.
- Bandura, A. *Principios de Modificación de Conducta*. Salamanca: Ediciones Sígueme, 1983.
- . "Psychotherapy Based Upon Modeling Principles". En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Nueva York: Wiley, 1971.
- . "The Self System in Reciprocal Determinism". *American Psychologist*, 1978, 33, 344-358.
- Bandura, A. y A.C. Huston. "Identification as a Process of Incidental Learning". *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1969, 63, 311-318.
- Bara, B.G. "Changing Connections Between Knowledge Representation and Problem-Solving". En M. Borillo (Ed.), *Représentation des Connaissances et Raisonnement dans les Sciences de l'homme et de la Société*. Le Chesnay, Francia: Editions INRIA-CNRS, 1980 (a).
- . "Il Tempo del Pensiero". En V.F. Guidano y M. Reda (Eds.), *Cognitivismo e Psicoterapia*. Milán: F. Angeli, 1980 (b).
- Bateson, G. *Espíritu y Naturaleza*. Barcelona: Amorrotu, 1990.